

Palliative Care Atlas of the Americas 2025

Vilma A. Tripodoro, Daniela Suárez, Ana Cristina Béjar, Álvaro Montero, Paola Ruiz Ospina, José Mario López Saca, Mark Stoltenberg, Stephen Connor, Eduardo Garralda, Fernanda Bastos, Laura Monzón Llamas, Julen Herrero, Juan José Pons and Carlos Centeno.



EUNSA

Palliative Care Atlas of the Americas 2025

Vilma A. Tripodoro, Daniela Suárez, Ana Cristina Béjar, Álvaro Montero,
Paola Ruiz Ospina, José Mario López Saca, Mark Stoltenberg, Stephen Connor,
Eduardo Garralda, Fernanda Bastos, Laura Monzón Llamas, Julen Herrero,
Juan José Pons and Carlos Centeno.



Palliative Care Atlas
of the Americas, 2025

AUTHORS

Vilma A. Tripodoro, Daniela Suárez, Ana Cristina Béjar, Álvaro Montero, Paola Ruiz Ospina, José Mario López Saca, Mark Stoltenberg, Stephen Connor, Eduardo Garralda, Fernanda Bastos, Laura Monzón Llamas, Julen Herrero, Juan José Pons and Carlos Centeno.

EDITORS

Vilma A. Tripodoro, Álvaro Montero and Carlos Centeno
University of Navarra
ATLANTES Global Observatory of Palliative Care
Institute for Culture and Society (ICS)
Campus Universitario
31009 Pamplona, Spain

CARTOGRAPHY

Juan José Pons, Álvaro Montero Calero
and Julen Herrero
University of Navarra
Department of Geography
Campus Universitario
31009 Pamplona, Spain

DESIGN AND PRODUCTION

Errea (www.somoserrea.es)

COVER ILLUSTRATION

María Expósito

EDITORIAL

Ediciones Universidad de Navarra, S.A. (EUNSA)
Campus Universitario
University of Navarra
31009 Pamplona, Spain
T 34 948 256 850
eunsa@eunsa.es
www.eunsa.es

SUBJECTS

Palliative Care | Hospice Care | Pan American Health
Organization, PAHO

SUGGESTED CITATION

APA style: Tripodoro, V. A., Suárez, D., Béjar, A. C., Montero, A., Ruiz Ospina, P., López Saca, J. M., Stoltenberg, M., Connor, S., Garralda, E., Bastos, F., Monzón Llamas, L., Herrero, J., Pons, J. J., & Centeno, C. (2025). *Palliative Care Atlas of the Americas, 2025*. EUNSA.

Vancouver style: Tripodoro VA, Suárez D, Béjar AC, Montero A, Ruiz Ospina P, López Saca JM, Stoltenberg M, Connor S, Garralda E, Bastos F, Monzón Llamas L, Herrero J, Pons JJ, Centeno C. *Palliative Care Atlas of the Americas, 2025*. Pamplona: EUNSA; 2025.

THIRD-PARTY MATERIALS

Suppose you wish to reuse material from this work attributed to a third party, such as tables, figures, or images. In that case, it is your responsibility to determine whether permission is needed for that reuse and to obtain permission from the copyright holder. The risk of claims resulting from the infringement of any third-party-owned component in the work rests solely with the user.

GENERAL DISCLAIMERS

Boundaries and Geopolitical Designations

The boundaries, names, and designations used in this palliative care atlas for the American region follow the cartographic guidelines of the World Health Organization (WHO). Their inclusion does not imply any judgment on the part of the authors or editors concerning the legal status of any country, territory, city, or area, or its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be complete agreement. This atlas is intended solely to provide information on palliative care in the American region and does not aim to make statements on geopolitical matters.

Commercial Mentions and Responsibility

The mention of specific companies or certain manufacturers’ products does not imply that they are endorsed or recommended in preference to others of a similar nature that are not mentioned. The authors have taken all reasonable precautions to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the authors or the publishing institution be liable for damages arising from its use.

The study included 35 countries and territories from the American Region according to the Pan American Health Organization PAHO/OPS: North America: Canada, the United States of America, and Mexico*. Central America: Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panama. Caribbean: Antigua and Barbuda, Bahamas, Barbados, Cuba, Dominica, Dominican Republic, Grenada, Haiti, Jamaica, Saint Kitts and Nevis, Saint Lucia, Saint Vincent and the Grenadines, Trinidad and Tobago. South America: Argentina, Bolivia (Plurinational State of), Brazil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Peru, Suriname, Uruguay, Venezuela.

*For cultural and linguistic reasons, we will describe Mexico in the Latin American region.

© 2025 EUNSA and the authors.

Some rights reserved. This Atlas may be used for non-commercial educational, advocacy, and scientific purposes, provided that the source is appropriately cited. Commercial use or reproduction without permission is not permitted.

DL NA 1879-2025 | ISBN 978-84-313-4069-8



Authors

Vilma A. Tripodoro

University of Navarra
Institute for Culture and Society (ICS)
ATLANTES Global Observatory of Palliative Care
Pamplona (Navarra), Spain

Daniela Suárez

University of Navarra
Institute for Culture and Society (ICS)
ATLANTES Global Observatory of Palliative Care
Pamplona (Navarra), Spain

Ana Cristina Béjar

University of Navarra
Institute for Culture and Society (ICS)
ATLANTES Global Observatory of Palliative Care
Pamplona (Navarra), Spain

Álvaro Montero

University of Navarra
Institute for Culture and Society (ICS)
ATLANTES Global Observatory of Palliative Care
Pamplona (Navarra), Spain

Paola Ruiz Ospina

Asociación Latinoamericana de Cuidados paliativos (ALCP)
Colombia

José Mario López Saca

Asociación Latinoamericana de Cuidados paliativos (ALCP)
El Salvador

Mark Stoltenberg

Harvard Medical School
United States of America

Stephen R. Connor

Worldwide Hospice and Palliative Care Alliance
United States of America

Eduardo Garralda

University of Navarra
Institute for Culture and Society (ICS)
ATLANTES Global Observatory of Palliative Care
Pamplona (Navarra), Spain

Fernanda Bastos

University of Navarra
Institute for Culture and Society (ICS)
ATLANTES Global Observatory of Palliative Care
Pamplona (Navarra), Spain

Laura Monzón Llamas

University of Navarra
Institute for Culture and Society (ICS)
ATLANTES Global Observatory of Palliative Care
Pamplona (Navarra), Spain

Julen Herrero

University of Navarra
Institute for Culture and Society (ICS)
ATLANTES Global Observatory of Palliative Care
Pamplona (Navarra), Spain

Juan José Pons

University of Navarra
Department of Geography
Pamplona (Navarra), Spain

Carlos Centeno

University of Navarra
Institute for Culture and Society (ICS)
ATLANTES Global Observatory of Palliative Care
Pamplona (Navarra), Spain



Introduction

Palliative care (PC) is a key component of universal health coverage (UHC), as it alleviates serious health-related suffering (SHS) and improves quality of life. In the Americas, however, PC integration and access remain limited and highly unequal, despite an estimated 2,9 million people, including 110,000 children, requiring PC annually. Evaluating PC development across the region provides critical insight into the capacity of national health systems to respond equitably to these needs.

Objectives

This Atlas aims to describe the current state of PC in the Americas, focusing on health policies, integration into health systems, pediatric services, professional training, access to opioids and essential medicines, research development, and community engagement. The ultimate goal is to identify gaps, support advocacy efforts, and promote the inclusion of PC within UHC benefit packages across the region.

Methodology

The methodology for this project was refined from previous editions and followed several steps. First, Building Networks of National Informants involved forming a network of consultants from key organizations like national PC associations and experienced in-country informants. Consultants were selected based on expertise in PC and validated the data gathered. Second, the set of WHO indicators was adapted to the American context through an international workshop held in Colombia (only for Latin American countries). Third, data collection through the E-Course utilized a free online course accredited by the University of Navarra, where consultants completed modules that introduced PC development dimensions and indicators, providing figures and narrative justifications and supporting documents for their responses. The fourth step, analysis, involved

conciliation (compiling and harmonizing in ATLANTES the diverse data from consultants with available literature to create country reports), validation (incorporating quantitative and qualitative data validated by the consultants in one single country report per country), and endorsement of validated reports by the national PC associations (when existing). Finally, a comparative analysis was conducted to identify regional trends and gaps presented in this Palliative Care Atlas of the Americas, 2025.

Results

A total of 274 national key informants were contacted, of whom **141 participated in the study: 132 completed the e-course and served as national consultants (76.5% female), and fifteen contributed through surveys or country report review.** Most countries had two or more contributors (average: 4.6; range: 1 to 28). Reports were validated in **32 of 35 countries (91.4%), and 18 of the 23 countries with national PC associations formally endorsed their reports.** In Uruguay, Costa Rica, and Peru, the Ministry of Health also officially supported the process and results. Only three countries, Suriname, Saint Kitts and Nevis, and Saint Vincent and the Grenadines, did not submit complete data; their reports were reconstructed using literature and AI tools.

Community engagement is active in more than 30 countries, with national PC associations operating in 23 of them. Only three countries, Chile, Uruguay, and the United States, have adopted a national policy on advance care planning.

The study identified **10,526 specialized PC services across the Americas (2,865 in Latin America and 7,627 in North America), with a regional median of 0.33/average of 0.70 services per 100,000 inhabitants.** Pediatric PC services were reported in 22 countries, totaling 375. Only 10 countries (28.5%) include PC in their General Health Law as a guaranteed primary care service. Fourteen coun-

tries have national PC laws or strategies, and 19 others incorporate PC into broader health plans. Only five countries report a well-defined coordinating authority within the Ministry of Health, and eight have partial structures. **In total, twelve countries have enacted specific PC laws.**

In 20 out of 35 countries, PC is not mandatory for medical students. Trinidad and Tobago is the only country where all medical and nursing students receive mandatory PC training, although this applies to a single university and nursing school. In addition, 13 countries offer official medical specialization, and 6 provide other recognized diplomas or certifications.

Research remains limited: only 15 countries hold regular national PC conferences, and just Canada and the United States report very high levels of PC-related scientific output.

Access to essential PC medicines at the primary care level is inconsistent and often limited, particularly in rural areas, despite their inclusion in national formularies in many countries. Only **8 of 35 countries report urban availability of essential PC medicines at primary care centers,** and just 5 of 35 report urban availability of immediate-release oral morphine at this level. Opioid consumption, measured in S-DDD per million inhabitants/day, ranged from **17 in Venezuela to 18,178 in the United States, with subregional averages of 428.3 in Latin America, 171.3 in the Caribbean, and 15,431 in North America,** reflecting deep inequalities. In Peru, Ecuador, and El Salvador, key formulations such as oral liquid morphine remain unavailable.



Conclusion

This first edition of the Palliative Care Atlas of the Americas 2025 reveals a region marked by both progress and persistent inequities. While some countries have advanced integration, many still lack robust policies, services, training, and access to medicines, particularly in primary care and rural areas. Structural and geographic barriers continue to limit equitable PC access across the continent. Utilizing WHO indicators to establish continuous monitoring mechanisms and involving more countries is deemed critical for advancing PC development.

WayForward

The atlas findings highlight key priorities and opportunities to strengthen PC across the American region, emphasizing health policies, service provision, access to medicines, research, education, and community empowerment. To accelerate PC development, countries should adopt national strategies, incorporate PC into UHC benefit packages, and expand service delivery in primary and home-based care. Ensuring access to essential medicines, investing in training and research, and empowering communities are key steps toward building more inclusive and resilient PC systems in the Americas. ●

Presentation	11
Foreword	13
Note from the authors	15
Network of collaborators	17
The Atlas project	22
The institutions involved	23
Aim and objectives	26
Population and methods	27
Geopolitical context	29
Socio-economic context	30
PC needs across the PAHO region	32
Methods of the project	36
Abbreviations	44
Palliative Care Atlas in the Americas 2025: At a Glance	45
Thematic maps	49
Map 1. Empowerment of people and communities	50
Map 2. National palliative care policy or strategies	53
Map 3. Research	57
Map 4. Essential medicines	59
Map 5. Palliative care education	63
Map 6. Integrated Health Services	69

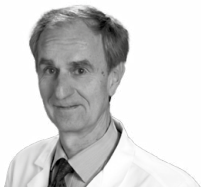
COUNTRY REPORTS	75
North America and the Caribbean	75
Antigua and Barbuda	76
Bahamas	84
Barbados	92
Belize	100
Canada	108
Dominica	116
Grenada	124
Guyana	132
Haiti	140
Jamaica	148
Saint Kitts and Nevis	156
Saint Lucia	164
Saint Vincent and the Grenadines	172
Suriname	180
Trinidad and Tobago	188
United States of America	196
Latin America	205
Argentina	206
Bolivia	214
Brasil	222
Chile	230
Colombia	238
Costa Rica	246
Cuba	254
Ecuador	262
El Salvador	270
Guatemala	278
Honduras	286
México*	294
Nicaragua	302
Panamá	310
Paraguay	318
Perú	326
República Dominicana	334
Uruguay	342
Venezuela	350
The way forward	359

* Mexico geographically is part of North America.

Presentation



Foreword



Eduardo Bruera
MD, FT McGraw Chair in the Treatment of Cancer
Chair, Department of Palliative, Rehabilitation,
& Integrative Medicine
UT MD Anderson Cancer Center

An Atlas for Hope and Change

Modern palliative care developed through the 1960s in the United Kingdom. Small Community based and funded programs were established to deliver person centered care to patients suffering with progressive incurable diseases. This model of care demonstrated spectacular results in reducing unnecessary suffering close to the end of life, and rapidly became a global movement.

Major hospitals, universities and healthcare organizations were mainly focused on developing programs for diseases rather than patients, and the recognition and support for palliative care has been slow and limited worldwide. While many disciplines of health care such as intensive care, emergency care, and even oncology are considerably younger than palliative care, those disciplines emerged within the existing mainstream clinical and academic healthcare and therefore the necessary structures, processes, and outcomes were rapidly established and funded for these new disciplines. Palliative care teams have received much less support and, as a result, patients globally continue to have minimal access to care, and clinical teams frequently experience burnout related to very difficult working conditions.

Within this context, advocacy by clinical teams and community organizations is essential for the survival and growth of our field. However, the first main request for those who make proposals for new or enlarged programs, is to provide data. Until today, such data was largely unavailable.

The Atlantes team and the University of Navarra have made an enormous contribution to the progress of palliative care in the Americas. This great effort for the first

time provides reliable and comparable data on the “state of the art” of palliative care in each country.

The information is provided in a user-friendly format for rapid understanding by those who are less familiar with palliative care, and it covers all the main aspects of program development.

A sobering lesson for those of us who have been in this field for more than 40 years, is the enormous level of unrelieved suffering on our continent. However, the Atlas provides reasons for great hope and emphasizes that the development of palliative care programs is only partially related to the socio-economic level of nations, and that enlightened leaders in some nations with limited resources have been successful at reducing unnecessary suffering close to the end of life.

This Atlas will encourage networking and dialogue among teams from different nations, and it will empower palliative care teams to demand the same level of attention as other areas of health care.

Martin Luther King, in his “Letters from Alabama”, from a prison there, wrote that “in a segregated society, the segregator (organized disease-oriented establishment) has a false sense of superiority, and the segregated (palliative care teams) a false sense of inferiority”. This Atlas is a powerful tool for change: Carpe diem! ●



“This Atlas will encourage networking and dialogue among teams from different nations, and it will empower palliative care teams to demand the same level of attention as other areas of health care.”

AM Foreword



Paola Ruiz

President of the Latin American Association for Palliative Care (ALCP)

Building Palliative Care in the Americas

The advancement of palliative care in Latin America has been a sustained and challenging process, in which many individuals and institutions have worked—often against the tide—to bring visibility to and strengthen this essential dimension of healthcare.

The cultural, political, social, and legislative particularities of each country have shaped a diverse and, at the same time, enriching path. Although progress has been uneven across nations, this journey has clearly demonstrated that regional and international cooperation, collaborative networks, and the willingness to learn from shared experiences are key tools in building comprehensive, accessible, and high-quality palliative care throughout the Americas.

As a result of this joint effort, and in coordination with other regions of the world—particularly Spain—we succeeded in applying the World Health Organization (WHO) methodology to obtain critical data on the current state of palliative care in the Americas. This information serves as a strategic roadmap, guiding us in understanding where we stand and what actions must be prioritized to advance the effective integration of palliative care within health systems.

From the presidency of the Latin American Association for Palliative Care (ALCP), and as a Latin American deeply convinced that palliative care is an essential expression of humanized and ethical medical practice and interdisciplinary health work, I hope that this *Atlas of Palliative Care of the Americas 2025*, developed according to international standards, becomes a

lasting resource for strengthening a wide range of initiatives, programs, and policies across the region.

Moreover, the data presented in the Atlas will nourish and strengthen the Latin American Palliative Care Observatory, a strategic initiative for the continuous monitoring of the field's development in our countries.

We will continue moving forward—with data, commitment, and a shared vision of a future in which avoidable suffering can be relieved with humanity, science, and compassion. ●



“This Atlas of Palliative Care of the Americas 2025, developed according to international standards, becomes a lasting resource for strengthening initiatives, programs, and policies across the region”

AM Note from the authors

Evaluating the development of PC in countries provides a vital lens through which to assess the capacity of health systems to address the multifaceted needs of individuals experiencing SHS. PC represents a cornerstone of UHC by focusing on alleviating suffering and improving quality of life, yet its integration and accessibility remain uneven across regions.

To accomplish a thorough evaluation, it was imperative to identify reliable indicators and methodologies capable of monitoring the breadth and impact of health policies on PC service provision. This includes measuring the integration of these services into broader health systems, the availability of PPC, the development of undergraduate professional training programs, the accessibility and appropriate use of opioids and essential palliative medicines, and the empowerment of individuals and communities who benefit from these resources. These indicators serve as tools for analysis and reflect health systems' commitment to equity and inclusivity in care delivery.

This publication is the first edition of the Palliative Care Atlas of the Americas, a landmark achievement that, for the first time, sheds light on the current state and historic trends of PC in the countries and territories of the Americas—including North, Central, and South America and the Caribbean. The project was coordinated with the engagement of the WHO Geneva headquarters and follow-up of PAHO, alongside valuable collaboration from various stakeholders. The extensive data collection process aimed to compile actionable insights and define evidence-based strategies to enhance the study's impact, fostering advocacy efforts for the comprehensive inclusion of PC services in UHC frameworks and health benefits packages across the region.

The ATLANTES Global Observatory of Palliative Care, based at the University of Navarra, played a pivotal role in designing the evaluation process and compiling this report. This Atlas offers a unique and indispensable tool for understanding PC development in the American region by systematically assessing resources, strengths, and opportunities. The insights from the selected indicators provide decision-makers with essential information to prioritize healthcare needs, address policy gaps, allocate resources effectively, and strengthen healthcare activities.

Beyond supporting decision-making, measurement also drives improvement. By standardizing and tracking indicators, we can elevate the quality of PC services, raise awareness about their importance, mobilize essential resources, and foster greater transparency. All these efforts align with global UHC objectives, significantly reducing health inequities and improving access to care for vulnerable populations. The indicators proposed in this report not only serve as benchmarks for progress but also hold the potential to align with global PHC measurement frameworks, enriching national and regional health planning efforts.

The report is structured to provide a detailed analysis and practical tools for action. The first section offers a comprehensive overview of each PC component, presenting comparative data to highlight existing gaps and opportunities for improvement in the short term. Country comparisons facilitate benchmarking, helping policymakers and stakeholders draw meaningful conclusions to guide future initiatives. In the second section, infographics are featured for each country and area, serving as visually engaging tools to support decision-making, promote innovative approaches, and strengthen advocacy for PC integration.



“This publication is the first edition of the Palliative Care Atlas of the Americas, a landmark achievement that, for the first time, sheds light on the current state and historic trends of PC in the countries and territories of the Americas—including North, Central, and South America and the Caribbean”

AM Note from the authors

The work encapsulated in this Atlas reflects a collaborative and multidisciplinary effort. It establishes a baseline for developing a regional PC monitoring system, enabling periodic evaluations to track progress. The 35 country-specific data in this publication result from meticulous data collection, drawing from available literature, contributions from national leaders and consultants, and consultations with PAHO country offices, the Latin American

Association of Palliative Care, and National Associations of Palliative Care. These efforts ensured depth and contextual accuracy, with findings reviewed and endorsed by key stakeholders. Each country’s report will be presented in the official language of the corresponding country—English for English-speaking countries and Spanish for Spanish-speaking countries—except for Brazil, whose report will be presented in Spanish. ●



ATLANTES Global Observatory of Palliative Care: Juan José Pons, Álvaro Montero, Fernanda Bastos, Daniela Suárez, Vilma Tripodoro, Laura Monzón Llamas, Carlos Centeno, Eduardo Garralda, and Jesús López Fidalgo (from left to right).

AM Network of collaborators

On behalf of the project team and their supporting institutions, we express our gratitude to the organizations, institutions, associations, and professionals who made this project possible by contributing valuable time to provide information, feedback, and support. The following individuals participated in the training process and completed the survey as consultants, providing essential information on the development of palliative care in their respective countries and territories. A potential network of American informants was built with around 32 in-country informants, most of whom had participated in a variety of

publications, including previous Latin American atlases. In total, despite failing to find informants in three countries (where reports were built based on AI tools and available literature), 141 in-country experts participated in the study: 132 completed the accredited online e-course, and 15 completed the e-survey or revised the documents. In addition, in 2023, during a summit organized by the ALCP, Latin American national associations expressed their support and commitment to advancing the regional evaluation in alignment with the WHO framework. The attending presidents are listed in Table 2. ●

TABLE 1. Collaborators who participated as key informants for their respective countries/territories and country’s representatives

Country	Name	Organisation
NORTH AMERICA		
United States	Sean Morrison	American Academy of Hospice & Palliative Medicine
	Kristina Newport	American Academy of Hospice & Palliative Medicine
	Stephen Connor	Worldwide Hospice and Palliative Care Alliance
	Leonie Herx	University of Calgary, Alberta.
Canada	Ebru Kaya	University Health Network / Princess Margaret Cancer Centre, Toronto, Ontario
	David Henderson	Nova Scotia Health Authority, Halifax, Nueva Escocia.
	Jose Pereira	Pallium Canada
CARIBBEAN		
Antigua and Barbuda	Cherie Tulloch	The Cervical Cancer Elimination Programme, The Ministry of Health, Wellness, and the Environment
Bahamas	Margo Munroe	Princess Margaret Hospital
Barbados	Natalie Greaves	Department of Clinical and Health Sciences, The Faculty of Medical Sciences, The University of the West Indies
	Nekeisha Griffith	Barbados Association of Palliative Care
	Shannon Carrington	Carrington Medical
Belize	Ramon Yacab	Belize Hospice Palliative Care Foundation
Dominica	Priscilla Prevost	East Caribbean Conference of Seventh-day Adventists / Dominica Nurses Association/ Dominica Diabetes Association
Grenada	Christine Childs	Spice Residential Care Facility Inc
Guyana	Bibi Salim	Beacon Foundation Domiciliary Hospice Care
	Sheba Thomas	Beacon Foundation
	Teshauna Bollers	Ministry of Health
Haiti	Pascale Yola Gassant	Nos Petits Frères et Soeurs/Hôpital Saint-Damien
	Regine Roche	SOHAD (Haitian Society for Pain Training and Management), HUEH (Haiti State University Hospital), UEH (State University of Haiti)
Jamaica	Dingle Spence	University of the West Indies
	Patrick Jason Toppin	University of the West Indies
St. Lucia	Jeaneen Payne	M-CARE Medical Clinic
	Jenalyn Joseph	M-CARE Medical Clinic



Network of collaborators

Country	Name	Organisation
Trinidad & Tobago	Chelsea Garcia	LivHealth
	Karen Cox	Caura Palliative Care Unit
	Nicholas Jennings	Caura Palliative Care Unit
	Stacey Chamely	LivHealth
LATIN AMERICA		
Argentina	Andrea Conte	Hospital Zonal Bariloche, Río Negro.
	Diego Candelmi	Clínica Universidad de Navarra
	Jose Miguel Calero Carreño	Centro Gallego Buenos Aires
	Rut Kiman	Instituto Pallium Latinoamérica
	Sofia Bunge	Programa Argentino de Medicina Paliativa Fundación FEMEBA (PAMP-FF)
Bolivia	Alejandra Covarrubias	Instituto Oncológico del Oriente Bolivia
	Ana María Maldonado Baković	Caja Petrolera de Salud
	Brenda Taboada Ovando	Caja Petrolera de Salud
	Javier Muñoz	Fundación sembrando esperanza
	Lorena Natividad Medina Torres	Humanizar la Salud Bolivia
	Marcela López Osio	Humanizar la Salud Bolivia
	María Gabriela Rodríguez Garnica	Fundación sembrando esperanza
	Mirna Garcia Burgoa	Universidad del Valle
Brazil	Amirah Adnan Salman	Instituto Premier
	Julieta Fripp	Zilah Fripp e Mário Fripp
	Lorena Agrizzi	Universidade do Estado do Pará
	Manuela Salman Samir Maciel Salman	Instituto Premier
	María Pérez Soares D' Alessandro	Hospital Sirio Libanés
	Mônica Da Silva Marinho	Frente Paliativistas
	Rodrigo Kappel Castilho	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
	Samir Salman	Instituto Premier
	Danielle Soler Lopes	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
Chile	Alfredo Rodríguez-Nuñez	Pontificia Universidad Católica de Chile
	Carolina Valdebenito Torres	Sociedad Médica Cuidados Paliativos Chile
	Claudio Robles Tapia	Atencion Domiciliaria SpA
	Dayane Köpfer Jensen	Hospital La Serena
	Harry Macías	Unidad de Cuidados Paliativos en Institución privada
	Pilar Bonati	Atención Domiciliaria SpA
Colombia	Juan Esteban Correa-Morales	Universidad de La Sabana
	Maria Alejandra Umbacia Parra	Universidad de La Sabana
	Maria Isabel Cuervo Suarez	Fundación Valle de Lili
	Nidia Mantilla Manosalva	Especialista Cuidado Paliativo y Medicina del Dolor
	Santiago Guadarrama Vega	Universidad de La Sabana
Costa Rica	Adriana Osorio	Former president of the Costa Rica National Council of PC
	Carlos Fernando Acuña Aguilar	Universidad Santa Paula
	María Auxiliadora Brenes Fernández	Caja Costarricense de Seguro Social
Cuba	Celita Celada Cifuentes	Grupo especial de trabajo de cuidados paliativos
	María del Carmen Llantá Abreu	Instituto de Oncología y Radiobiología
	Mariuska Forteza Sáez	Instituto de Oncología y Radiobiología



Network of collaborators

Country	Name	Organisation
Dominican Republic	Ángela Isabel Marmolejos Dumé	Oncoserv Santo Domingo
	Bethania Martínez	Asociación Dominicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor y CP (ADETDYCP)
	Brelín Maria Hernández Tupete	Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos
	Gloria Castillo	Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares
Ecuador	Patricia Bonilla	Universidad Técnica Particular de Loja
	Adriana Elizabeth Estrella Lima	SOLCA-Sociedad de Lucha contra el Cáncer
	Andrea Carolina Villao Recalde	SOLCA-Sociedad de Lucha contra el Cáncer
	Cristina Colcha Gonzalez	SOLCA-Sociedad de Lucha contra el Cáncer
	Mariano Fabricio Morales Baidal	IESS Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo
	Mariana Vallejo Martinez	SOLCA Matriz
	Marjorie Castro Holguin	SOLCA-Sociedad de Lucha contra el Cáncer
	Fausto Gady Torres Toala	Suportamed
	Francisco Torres C.	SOLCA-Sociedad de Lucha contra el Cáncer
	Gianella marcela Ávila alcivar	SOLCA-Sociedad de Lucha contra el Cáncer
	Héctor Leon	SOLCA-Sociedad de Lucha contra el Cáncer
	Jacqueline Elizabeth Heras Solis	SOLCA-Sociedad de Lucha contra el Cáncer
	Jeniffer Elizabeth Baque Hidalgo	Hospital de Especialidades Portoviejo
	Jenny Vela Chulde	Hospital Especialidades Carlos Andrade Marín
	Katiuska Figueredo Villa	Universidad Nacional de Chimborazo
	Luis Marcelo Delgado Saldarriaga	SOLCA-Sociedad de Lucha contra el Cáncer
	Maria Cervantes	SOLCA-Sociedad de Lucha contra el Cáncer
	Martha Viviana Araujo Lugo	Asociación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos
	Mirian Maribel Miñarcaja Gualancañay	SOLCA-Sociedad de Lucha contra el Cáncer
	Nathalie Lerqué	Clínica Interhospital
	Paula Hidalgo Andrade	Universidad de Las Américas y Asociación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos
El Salvador	Roberto Carlos Bermeo Herrera	SOLCA-Sociedad de Lucha contra el Cáncer
	Silvia Lisette Mármol Egas	Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos
	Silvia Patricia Pineda Hoyos	Asociación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos, UNIANDES
	Sofía Venegas	Fundación al Servicio del Enfermo de Cáncer
	Tatiana Fernández Dávila	Clínica Nuestra Señora de Guadalupe
	Yamilet Pérez de Pérez	Hospital IESS Quito Sur
	Graciela Beatriz Rivera Medrano	Ministerio de Salud
	María José Flores Flores	Ministerio de Salud
	Willians Antonio López	Ministerio de Salud, Hospice La Cima
Guatemala	Alexandra Aceituno	Fundación Ammar Ayudando
	Eva Rossina Duarte Juárez	Hospital El Pilar
	Myriam Patricia Rios Castellanos	Hospice Villa de la Esperanza, Fundacion Ammar Ayudando
Honduras	Gloria J. Mancía	Hospital María
	Sandra Deras Fuentes	Hospital San Felipe
	Tulio Velasques Castellanos	Fundación Omega
Mexico	Elvira Livier Ortiz Coronado	Práctica privada
	Eréndira Vicencio Rosas	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado



Network of collaborators

Country	Name	Organisation
Mexico	Jorge Alberto Ramos Guerrero	Hospital General de Occidente, Secretaría de Salud Jalisco
	Nina Judith Contreras Martínez	Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos
	Ana Laura Saldivar Ruiz	Instituto Nacional de Cancerología
	María del Carmen García Caballero	Hospital de la Mujer
	Nayely Salazar	Universidad Nacional Autónoma de Mexico
Nicaragua	María Johana Barberena Prado	Práctica privada
	Nineth Carolina Baltodano Algaba	Hospital Vivian Pellas
Panama	Dafnia de Gracia	Asociación Panameña de Cuidados Paliativos
	Gaspar Da Costa	Programa nacional de Cuidados Paliativos
	Maria Sabina Ah Chu Sanchez	Ministerio de Salud
	Milagros Cubilla	Caja de Seguro Social
	Myrna C. de Anderson	Facultad de enfermería de Universidad de Panamá
	Nisla Camaño	Caja de Seguro Social
Paraguay	Andrea Ferreira Valiente	Fundación San Rafael, Universidad Centro Médico Bautista
	Miriam Elisa Riveros Rios	Universidad Nacional de Asuncion
Peru	Elizabeth Collanqui Diaz	Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos
	Jeanne Nadia Ramos Alarcón	Hospital Nacional Cayetano Heredia
	Vanessa Pedraza Valenzuela	Hospital Almenara
	Carla Milagros Zapata Del Mar	ONCOCENTER PERÚ S.A.C. -Unidad de cuidados continuos
	Carlos Miguel Mendoza Llamoca	Sociedad Peruana de Geriatria
	Carolina Elena Estrada Vitorino	EsSalud
	Luz María Loo de Li	Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja Perú
	María Isabel Isla Torres	Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos
	Paul Muñoz Aguirre	Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria (SOPEMFYC)
Uruguay	Adriana Della Valle	Programa Nacional de Cuidados Paliativos del Ministerio de Salud Pública (former coordinator)
	Alejandra Nikicer	Hospital Británico/ Círculo Catolico/ Sociedad Uruguaya de Cuidados Paliativos
	Alvaro Méndez Guerra	Servicio Medicina Paliativa-Hospital Maciel
	Ana Núñez	Programa Nacional de Cuidados Paliativos del Ministerio de Salud Pública (former coordinator)
	Fernando Elhordoy Arregui	Sociedad Uruguaya de Medicina y Cuidados Paliativos
	Tulio W González C	Hospital oncológico Luis Razetti
	Patricia Papa	Médica Uruguaya
	Pedro Emiliano Pollara Vespa	Servicio Médico Integral
Venezuela	Belkys Consuelo Vásquez Zambrano	Hospital Central de Maracay
	Jonathan González	Hospital Oncológico Padre Machado
	Middy Alvarez	Hospital oncológico Luis Razetti
	Nexduar Ortuño Ortuño	Ministerio del Poder Popular para la Salud
	Tulio W González C	Hospital oncológico Luis Razetti



TABLE 2. National Representation at the 2023 ALCP Summit on Regional Evaluation

National Associations	Country	President
Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos (AAMyCP)	Argentina	Liliana Rodríguez
Asociación Alianza Boliviana de Cuidados Paliativos (AABCP)	Bolivia	Ana María Maldonado
Asociación Paceña de Cuidados Paliativos	Bolivia	Mirna García Burgoa
Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) Brasil	Brasil	Rodrigo Kappel Castilho
Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos (ACHED)	Chile	Carlos Aguayo Zamora
Sociedad Médica de Cuidados Paliativos de Chile (SMCP)	Chile	Carolina Valdebenito
Asociación Cuidados Paliativos de Colombia-ASOCUPAC	Colombia	María Adelaida Córdoba
Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos-ACCP	Colombia	Luisa Rodríguez
Asociación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (ASECUP)	Ecuador	Viviana Araújo
Asociación Salvadoreña para el Estudio y Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos (ASEDP)	El Salvador	Carlos Alfonso Reyes Silva
Asociación Guatemalteca de Dolor y Cuidados Paliativos (AGDP)	Guatemala	María Elena Alcántara
Asociación Interdisciplinaria de CP de Guatemala (AIdCP/Gu)	Guatemala	Alexandra Aceituno
Asociación Panameña de Cuidados Paliativos (APCP)	Panamá	Dafnia De Gracia
Asociación Paraguaya de Medicina y Cuidados Paliativos (APMyCP)	Paraguay	Gladys Moreira
Asociación Peruana de Cuidados Paliativos (APCP)	Perú	Gloria Elizabeth Díaz Pérez
Sociedad Uruguaya de Medicina y Cuidados Paliativos (SUMyCP)	Uruguay	Fernando Elhordoy Arregui
Sociedad Venezolana de Cuidados Paliativos (SVMP)	Venezuela	Tulio González

AM The Atlas project

The Palliative Care Atlas of the Americas, 2025 is an initiative implemented by the ATLANTES Global Observatory of Palliative Care at the Institute for Culture and Society, University of Navarra (Spain). In 2022, ATLANTES was designated as a WHO Collaborating Centre for the Global Monitoring of Palliative Care Development, and the Atlas project forms part of its official work plan as a Collaborating Centre.

Since 2022, ATLANTES—under the coordination of international palliative care associations—has conducted the Global Study on the Development of Palliative Care in every country of the world, using the methodology based on the WHO's 2021 technical report *Assessing the Development of Palliative Care Worldwide: A Set of Actionable Indicators*.

The project benefits from the collaboration and scientific guidance of the International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC), the Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA), and the World Health Organization, particularly through its Regional Office for the Americas (PAHO).

The development of this project was coordinated by the ATLANTES Global Observatory of Palliative Care at the University of Navarra, with Vilma Tripodoro and Alvaro Montero serving as project leads. The core technical team was composed of Fernanda Bastos, Cristina Béjar, Daniela Suárez, Laura Monzón Llamas, Eduardo Garralda, Julen Herrero, Juan José Pons, and Carlos Centeno. We also counted on the essential support of experts and leaders from the ALCP and national palliative care associations across the Pan American region.

The project was carried out with the valuable support of key collaborators from the WHO, including colleagues at PAHO and the WHO Headquarters in Geneva, Department of Integrated Health Services.

We are deeply grateful to the members of our Advisory Board for their invaluable guidance throughout the development of this Atlas. Their expertise and insight were instrumental in shaping this project.

Our sincere thanks go to:

- Megan Doherty and Marie-Charlotte Bouësseau (WHO Geneva)
- ulie Ling (WHO EURO)
- Issimouha Dille Mahamadou (WHO AFRO)
- Lamia Mahmoud (WHO EMRO)
- Mark Stoltenberg (PAHO)
- Liliana De Lima, Katherine Pettus, and Hibah Osman (IAHPC)
- Emmanuel Luyirika and Eve Namisango (APCA)
- Stephen Connor (WHPCA)
- Joanne Brennan (EAPC)
- Julia Downing (ICPCN)
- José Luis Pereira (ICS–University of Navarra)
- Ednin Hamzah (APHN)
- Daniel Cobos (Swiss Tropical Medicine Institute)

AM The institutions involved

ATLANTES GLOBAL OBSERVATORY OF PALLIATIVE CARE WHO Collaborating Centre for the Global Monitoring of Palliative Care Development

Prof. Carlos Centeno, Director



The ATLANTES Global Observatory of Palliative Care is committed to promoting the global development of palliative care (PC) with the aim of improving the quality of life of individuals facing serious and life-limiting illnesses. Through a combination of scientific research, international collaboration, and knowledge dissemination, ATLANTES seeks to integrate palliative care into health systems worldwide, ensuring its accessibility and sustainability.

As part of the Institute for Culture and Society at the University of Navarra (Spain), ATLANTES brings together a multidisciplinary team of researchers and professionals specialising in medicine, social sciences, public health, bioethics, and policy analysis. The observatory works closely with international experts, professional organisations, and policymakers to generate and translate evidence into actionable strategies.

A central aspect of ATLANTES' work is fostering a positive perception of palliative care in both society and the medical profession. The observatory promotes a patient-centred approach based on the principles of human dignity, holistic support, and respect for the natural course of life. This includes not only medical care but also the psychosocial, emotional, and spiritual dimensions of well-being.

Since 2022, ATLANTES has been designated as a WHO Collaborating Centre for the Global Monitoring of Palliative Care Development, taking on specific commitments aligned with the World Health Organization's mission. These responsibilities include:

1. Evaluating and monitoring the development of palliative care services globally, using evidence-based methodologies to track progress and identify gaps in access and quality. This is carried out through regional and global Atlases, offering a comprehensive analysis of palliative care integration in different health systems.
2. Disseminating key findings and data to inform policymakers, health authorities, and stakeholders, ensuring

that palliative care becomes an integral part of national and international health planning.

3. Providing strategic guidance for the advancement of palliative care, by assessing trends, challenges, and policy frameworks that influence its implementation and sustainability.

As part of these efforts, ATLANTES collaborates closely with leading global institutions, including the World Health Organization (WHO), the International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC), the Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA), and regional palliative care networks.

By fulfilling these commitments, ATLANTES contributes to WHO's overarching goal of ensuring that palliative care is recognised as a fundamental component of health services worldwide. A particular focus is placed on low- and middle-income countries where palliative care remains scarce, and on fostering capacity-building initiatives that empower local healthcare providers.

Through its continued research, advocacy, and collaboration, the ATLANTES Global Observatory of Palliative Care remains dedicated to advancing the field, shaping global policy, and reinforcing the importance of compassionate, high-quality care for all individuals facing serious illnesses.

THE LATIN AMERICAN ASSOCIATION OF PALLIATIVE CARE

María Mercedes Marroquín
ALCP Administrative Director



Since its founding in Buenos Aires in 2001, the Latin American Association for Palliative Care (ALCP) has remained firmly committed to articulating regional efforts and strengthening palliative care across Latin America. Guided by the mission of promoting palliative care as a human right and an ethical imperative within health systems, ALCP has consistently worked to foster specialized training for professionals, improve access to essential treatments, and reduce suffering related to advanced illness. Its vision—a Latin America where all individuals who need palliative care can access it in a timely, comprehensive, and dignified manner—has guided every initiative throughout its more than two decades of work.

AM The institutions involved

Over more than two decades, the ALCP has played a central role in strengthening regional collaboration through the creation of networks such as the Latin American Network of National Palliative Care Associations. This initiative was solidified during the First High-Level Summit held in Bogotá in 2023, which brought together representatives from 18 countries and resulted in the adoption of the Declaration of Bogotá. This milestone document defined common priorities and lines of action, including advocacy, education, pediatric and geriatric care, access to essential medicines, psychosocial support, and the development of a regional palliative care observatory, aimed at advancing universal access to quality palliative care. Through these efforts, and with its specialized technical commissions, ALCP has contributed significantly to the regional integration of palliative care, influencing national health agendas and reinforcing its recognition as a fundamental component of comprehensive health systems.

The publication of the *First Atlas of Palliative Care of the Americas* marks a significant milestone in this journey. This joint initiative between ALCP and ATLANTES, the Global Observatory of Palliative Care at the University of Navarra, is the result of sustained collaboration and shared commitment. The Atlas offers an up-to-date, detailed view of the current status of palliative care in the Americas. It highlights existing strengths, identifies gaps, and provides evidence to support policy design, strategic planning, and the development of comprehensive services.

The partnership with ATLANTES has been essential to ensuring methodological rigor, analytical depth, and a respectful understanding of the cultural and social diversity of the continent. Their research experience and humanistic approach have enriched each phase of this project. Through this collaboration, it has been possible to create a tool that goes beyond data: it invites reflection, dialogue, and action among professionals, institutions, governments, and civil society.

This Atlas is more than a technical document—it is a call to action. It aims to support decision-making, inspire innovation, and promote equitable policies that guarantee access to palliative care for all. It reaffirms that addressing suffering and preserving human dignity must be central components of health systems.

We invite all stakeholders to use this Atlas as a strategic resource and to join efforts to ensure that palliative care becomes a universal reality—accessible, compassionate, and centered on the needs of people across the Americas.

THE INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE AND PALLIATIVE CARE (IAHPC)

Katherine Pettus



The International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) is a global membership organisation officially chartered in the US since 2000. It is a non-state actor in official relations with the World Health Organization (WHO) and a civil society organisation in consultative status with the UN Economic and Social Council (ECOSOC). These official accreditations entitle the IAHPC to participate, by invitation, in official meetings of the multilateral organisations and specialised agencies of the UN, and in technical consultations on specific projects executed by Secretariat staff.

The IAHPC's vision is “a world free from health-related suffering,” and its mission is to “serve as a global platform to inspire, inform, and empower individuals, governments, and organisations to increase access to, and optimise the practice of, palliative care.” The global board of directors supervises the organisation's four pillars of work: education, advocacy, research, and communications.

The IAHPC has collaborated closely with regional palliative care organisations and has recently focused on strengthening national associations and partnering with academic institutions to advance global palliative care integration and quality care provision at the national level.

IAHPC members are regularly invited to participate in research projects such as the GAP Project to develop Essential and Expanded Palliative Care Packages and a Manual on the Use of Essential Medicines. Forthcoming projects will be associated with work plans agreed under its accreditation relationships with WHO and UN ECOSOC organisations, as well as the International Narcotics Control Board.

Pallipedia, the IAHPC Calendar of Events, and the Directory of Services—regularly updated by IAHPC staff—provide palliative care workers, professional associations, and the global public with valuable resources at no charge. This includes information published by institutional partners, including the dissemination of the ATLANTES Atlases through institutional websites, social and traditional media, and regularly scheduled webinars, courses, or conferences.

AM The institutions involved

The IAHPC has played a key role in building the network of contributors who made the Global Survey possible by:

- Refining the indicators and consulting on the ATLANTES survey methodology.
- Sharing membership lists by region to facilitate member participation in ATLANTES surveys.
- Extending membership benefits to all individuals who participated in the ATLANTES surveys.

The IAHPC collaborates with ATLANTES by supporting national-level palliative care planning based on the GAP Essential and Expanded Palliative Care Packages and the ATLANTES Global Survey indicators and baseline assessment. The ATLANTES Regional Atlases will serve as a key resource for individual and academic researchers, advocates, and national palliative care organisations whose members will take the forthcoming six-module IAHPC/PROESA course on the GAP Essential Packages.

THE WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE (WHPCA)

Dr. Stephen R. Connor, Executive Director



The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA) is an international non-governmental organisation focusing exclusively on hospice and palliative care development worldwide. We are a network of national and regional hospice and palliative care associations and affiliate organisations.

The WHPCA was formed in 2008 as a global voice for palliative care provider organisations through a series of global summits at regional conferences starting in 2005. The WHPCA is in official relations with the World Health Organization (WHO) and holds consultative status with the United Nations through its Economic and Social Council (ECOSOC). This enables us to influence global health policy at WHO and UN meetings.

Our primary advocacy focus is on ensuring the inclusion of palliative care within the UN Sustainable Development Goals, particularly Goal 3: Improving Health and Well-Being, specifically under target 3.8, achieving Universal Health Coverage (UHC). WHPCA played a key role in ensuring palliative care was recognised as an essential compo-

nent of the UHC continuum (Promotion–Prevention–Treatment–Rehabilitation–Palliative Care).

Today, the WHPCA has over 500 organisational members across 103 countries. Organisational membership is free, and all WHPCA resources are accessible on our website: <https://thewhpca.org>.

Mission

To improve access to timely, quality palliative care globally and reduce serious health-related suffering through impactful collaboration with the global health community. We believe that no one with a life-limiting condition, such as cancer, organ failure, or HIV, should endure unnecessary pain and distress.

Vision

A world with universal access to hospice and palliative care.

Key Facts

- The WHPCA is a registered charity in the UK, where our secretariat is based.
- Over 70 million people require palliative care annually, including more than 27 million at the end of life. Over 20 million of these individuals die in avoidable pain and distress.
- Pain management is fundamental to hospice and palliative care. The WHPCA actively works to improve access to essential medications. Currently, about 80% of the world's population lacks adequate access to the medications required to manage pain and other symptoms.
- The WHPCA upholds a patient-centred approach, addressing the physical, psychological, social, practical, legal, and spiritual needs of patients and their families.
- The WHPCA advocates for the integration of hospice and palliative care into national and regional health systems and supports organisations in achieving this goal.
- We collaborate with partner organisations to support patients, families, and caregivers in alleviating pain and distress while promoting quality of life.

Strategic Plan Goals 2024-2025

- **Strategic Goal 1:** Advocate for the inclusion of palliative care services under universal health coverage at all levels, including primary care.
- **Strategic Goal 2:** Work with member organisations to build leadership and management capacity, enhance evidence-based advocacy and policy skills, provide technical assistance, and strengthen communication capabilities. ●



Aim and objectives

For the first time in the PAHO, this work aimed to implement a set of actionable indicators for evaluating PC development across North America, the Caribbean, and Latin America (including Mexico). The goal was to establish and consolidate the monitoring of PC development in the Member States of the Americas.

The objectives were to:

- Implement a set of WHO quantitative and qualitative indicators to monitor PC development in the PAHO region.
- Identify areas for improvement in the development of PC in the region.
- Present updated, reliable, evidence-based information and comprehensive analysis on PC development regionally.
- Provide open-access data on PC development in each country of the PAHO to facilitate discussion and benchmarking. ●



This Atlas presents the most relevant information to palliative care development in a way that is clear, accessible, and easy to interpret for professionals, policymakers, and the general public.

Population and methods

AM Geopolitical context



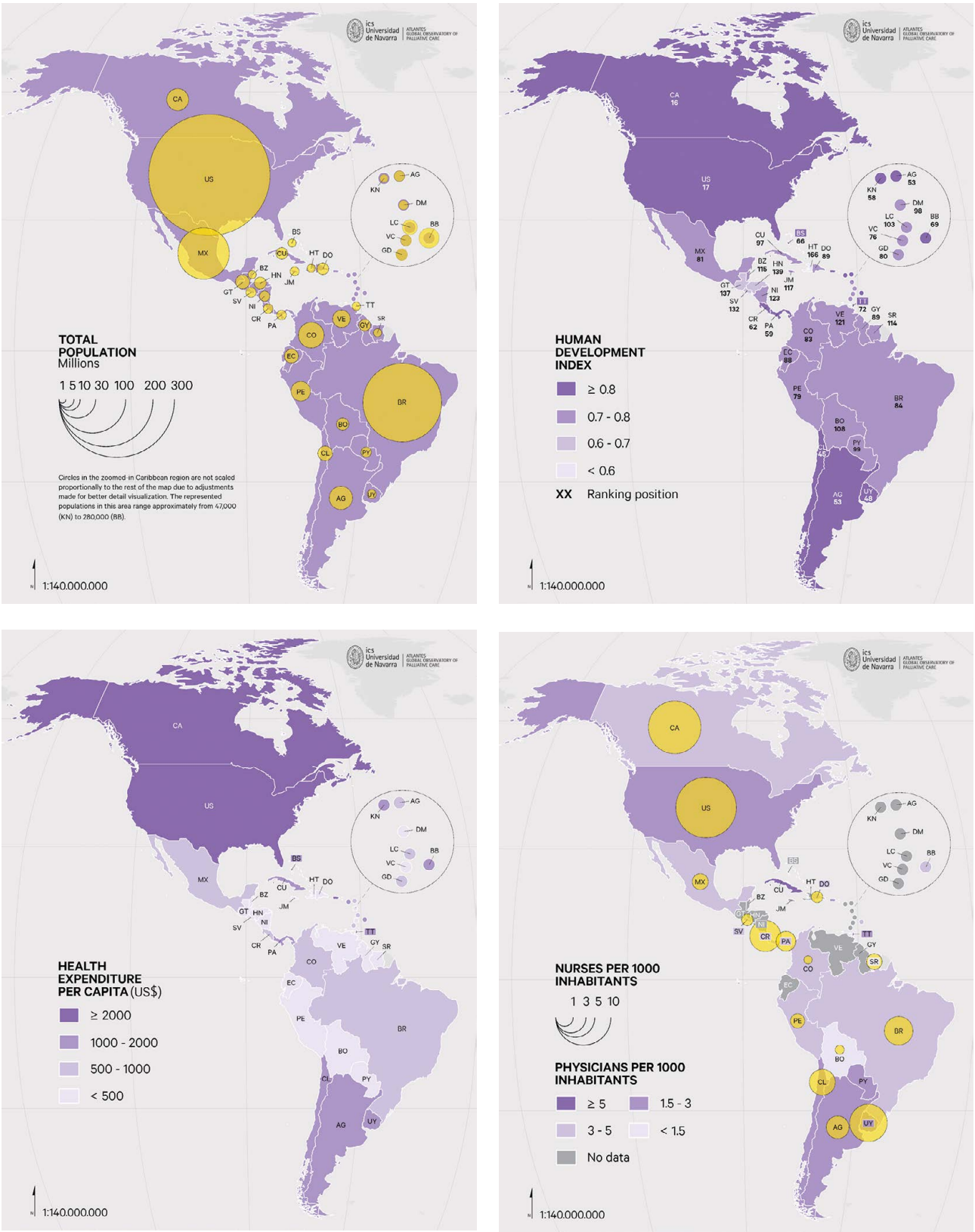
AM Socioeconomic context

TABLE 3. Demographic and economic overview of the PAHO Region

Country or Area	Population 2024	Health expenditure (per capita, current\$) 2021	Income Level	HDI rank, 2021	Physicians/ 1000 inh 2021-2022	Nurses/ 1000 inh 2021-2022
Antigua and Barbuda	93,772	923.41	High income	53	NA	NA
Argentina	45,696,159	1,044.77	Upper middle income	47	4.08	4.35
Bahamas, The	401,283	1,961.68	High income	66	NA	NA
Barbados	284,467	1,400.44	High income	69	2.96	NA
Belize	417,070	310.20	Upper middle income	115	NA	NA
Bolivia (Plurinational State of)	12,413,315	272.96	Lower middle income	108	1.27	1.60
Brazil	211,998,573	761.27	Upper middle income	84	2.14	5.51
Canada	41,288,599	6,207.18	High income	16	2.50	10.31
Chile	19,764,771	1,380.69	High income	45	3.17	4.97
Colombia	52,886,363	557.54	Upper middle income	83	2.45	1.45
Costa Rica	5,129,910	948.92	Upper middle income	62	2.64	6.03
Cuba	10,979,783	1,186.16*	Upper middle income	97	9.43	NA
Dominica	66,205	482.43	Upper middle income	98	NA	NA
Dominican Republic	11,427,557	416.90	Upper middle income	89	2.23	2.08
Ecuador	18,135,478	494.31	Upper middle income	88	NA	NA
El Salvador	6,338,193	442.21	Upper middle income	132	1.55	2.16
Grenada	117,207	505.40	Upper middle income	80	NA	NA
Guatemala	18,406,359	340.96	Upper middle income	137	NA	NA
Guyana	10,825,703	470.57	High income	89	NA	NA
Haiti	831,087	57.88	Lower middle income	166	NA	NA
Honduras	11,772,557	253.92	Lower middle income	139	NA	NA
Jamaica	2,839,175	372.45	Upper middle income	117	NA	NA
Mexico	130,861,007	610.65	Upper middle income	81	2.56	2.99
Nicaragua	6,916,140	198.08	Lower middle income	123	NA	NA
Panama	4,515,577	1,415.24	High income	59	1.73	3.75
Paraguay	6,929,153	478.71	Upper middle income	99	3.88	NA
Peru	34,217,848	412.21	Upper middle income	79	1.62	2.65
St. Kitts and Nevis	46,843	1,114.37	High income	58	NA	NA
St. Lucia	179,744	584.67	Upper middle income	103	NA	NA
St. Vincent and the Grenadines	100,616	448.31	Upper middle income	76	NA	NA
Suriname	634,431	298.93	Upper middle income	114	1.48	2.95
Trinidad and Tobago	1,368,333	1,125.40	High income	72	3.41	NA
United States	340,110,988	12,473.79	High income	17	3.61	11.88
Uruguay	3,386,588	1,620.33	High income	48	4.63	7.32
Venezuela, RB	28,405,543	160.10		121	NA	NA

* Health expenditure per capita from Cuba in 2020.

AM Socioeconomic context



AM

PC needs across the PAHO region

Estimates of PC needs at the global level have recently been studied as the world’s population is aging, and, therefore, an increased prevalence of non-communicable diseases and the persistence of other chronic and infectious diseases are happening. This population needing PC is estimated to rise significantly in the future, and the Pan American region is not an exception.

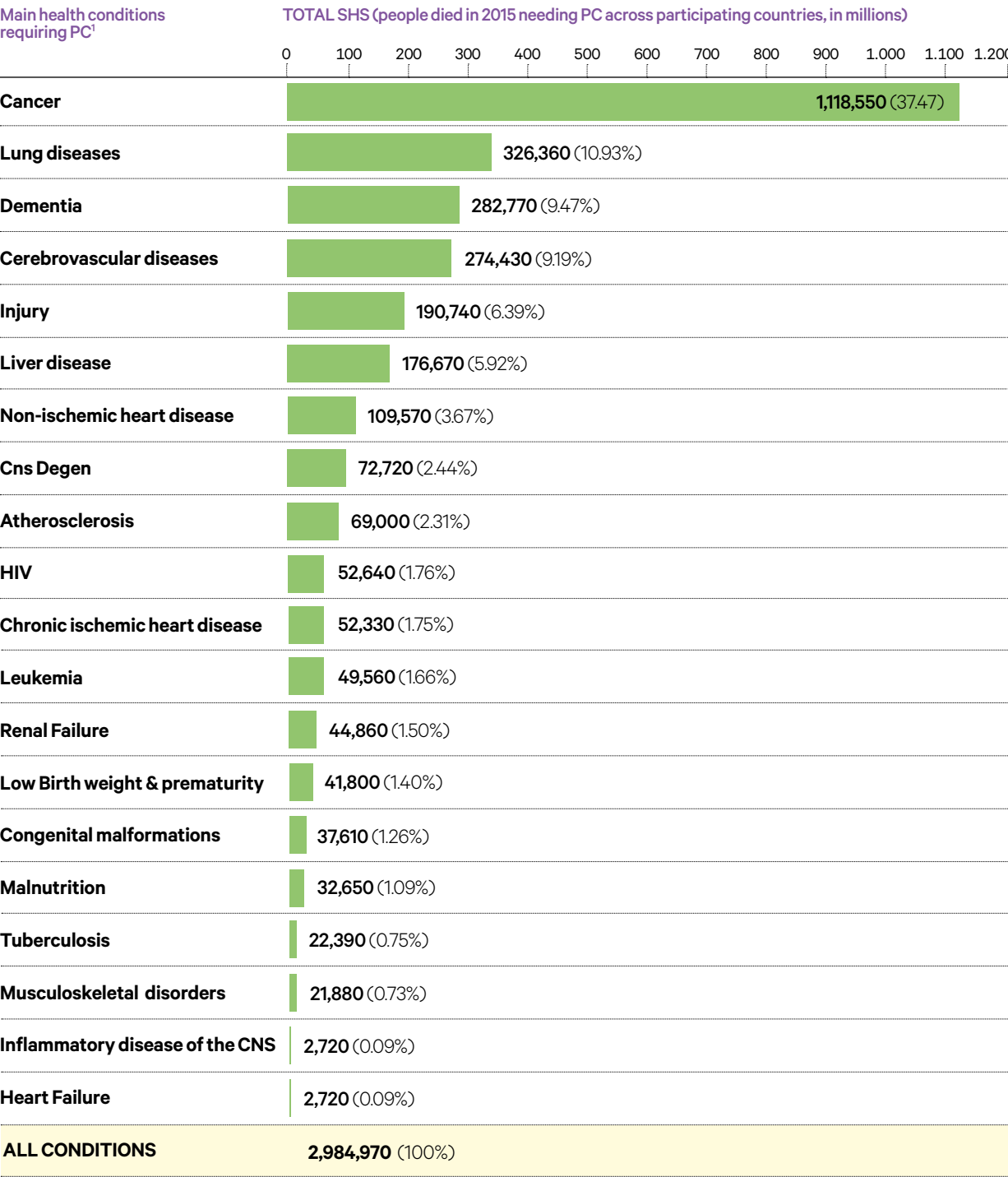
For this edition of the ATLAS, we estimate the people affected by serious health-related suffering every year in the Americas and each country by estimating decedents and non-decedents with life-threatening or life-limiting health conditions. We used the 2015 data from the IAHPC Global Data Platform, as it was the most complete and recent, to calculate SHS, based on the Lancet Commission Report on Palliative Care and Pain Relief (Knaul FM, et al 2018). SHS is defined as suffering associated with a need for PC. The work of the Commission estimated the global burden using mortality data for 20 conditions, adjusted for the prevalence of both physical and psychosocial symptoms that cause most of the burden of SHS. Based on this burden of symptoms, they calculate a multiplier for each condition to estimate the proportion of patients who can benefit from PC.

The need for PC for the total population and children in a given year is presented by country and broken down by disease group. The ATLAS estimates that over 2,984,970 people in 2015 in the Americas experienced SHS (110,010 of them being children under the age of 15). ●

AM

PC needs across the PAHO region

FIGURE 1. Main health conditions requiring palliative care



¹ Source: The Lancet Commission on Global Access to Palliative Care and Pain Relief. Serious health-related suffering database, 2015.

AM

PC needs across the PAHO region

TABLE 4. Palliative care needs of people who die each year with serious health-related suffering (SHS) in selected countries of the PAHO region (in thousands)

Country	Heart Failure	Tuberculosis	HIV	Cancer	Leukemia	Dementia	Inflammatory disease of the CNS	CNS degenerative diseases	Cerebro-vascular diseases	Non-ischemic heart disease
Antigua and Barbuda	0	0	0.01	0.09	0	0	0	0	0.03	0.02
Argentina	0.02	0.72	2.31	62.25	1.71	8.67	0.27	1.36	15.99	8.62
Bahamas	0	0	0.22	0.38	0.01	0.03	0	0.02	0.12	0.1
Barbados	0	0	0.03	0.6	0.02	0.08	0	0.03	0.22	0.07
Belize	0	0.02	0.13	0.19	0.01	0.01	0	0.02	0.09	0.05
Bolivia (Pl. State of)	0.01	0.37	0.77	6.7	0.24	1.34	0.35	0.23	3.59	0.84
Brazil	0.77	6.59	14.34	193.78	7.29	16.88	1.07	10.9	70.19	24.16
Canada	0.16	0.27	0.32	66.43	2.65	18.83	0.06	4.06	8.25	1.88
Chile	0.05	0.52	0.54	22.47	0.77	3.17	0.07	1.17	6.18	2.57
Colombia	0.1	1.52	3.64	39.84	2.24	0.8	0.32	1.54	10.56	4.02
Costa Rica	0	0.06	0.18	4.57	0.24	0.41	0.02	0.25	1	0.48
Cuba	0.01	0.06	0.34	21.04	0.56	3.62	0.05	0.77	5.93	1.68
Dominican Republic	0	0.5	3.14	8.88	0.32	1.42	0.09	0.18	4	1.16
Ecuador	0.04	0.68	1.24	11.51	0.83	0.49	0.19	0.66	3.26	2.65
El Salvador	0	0.12	0.44	5.52	0.27	1.3	0.07	0.1	1.21	0.46
Grenada	0	0	0	0.15	0	0.01	0	0.01	0.06	0.02
Guatemala	0.05	0.43	1.22	7.28	0.55	0.28	0.26	0.58	2.68	0.61
Guyana	0	0.11	0.21	0.43	0.02	0.01	0.01	0.03	0.46	0.19
Haiti	0.02	2.03	3.58	5.74	0.16	1.09	0.85	0.38	6.08	2.26
Honduras	0	0.11	1.07	4.52	0.25	0.66	0.1	0.13	1.74	0.54
Jamaica	0.01	0.02	0.87	3.07	0.11	0.17	0.01	0.14	1.61	0.57
Mexico	0.23	2.85	4.73	65.16	4.11	3	0.47	4.47	22.17	7.28
Nicaragua	0	0.15	0.35	3.41	0.19	0.88	0.11	0.12	1.36	0.49
Panama	0.02	0.26	0.64	2.92	0.18	0.17	0.02	0.23	1.06	0.34
Paraguay	0	0.26	0.77	4.76	0.27	0.93	0.08	0.17	2.52	0.61
Peru	0.01	2	1.59	24.42	0.98	5.57	0.45	0.51	6.66	1.29
Saint Lucia	0	0	0.01	0.23	0.01	0	0	0.01	0.11	0.05
S. V. & Grenadines	0	0	0.02	0.15	0	0	0	0.01	0.06	0.03
Suriname	0	0.01	0.15	0.48	0.02	0.08	0.01	0.02	0.37	0.08
Trinidad and Tobago	0.01	0.04	0.26	1.7	0.06	0.09	0.01	0.1	0.76	0.26
USA	1.14	1.72	6.66	518.33	24.34	211.13	0.55	43.23	85.77	42.45
Uruguay	0.01	0.08	0.2	7.4	0.23	1.13	0.02	0.38	1.77	0.46
Venezuela (BR)	0.06	0.89	2.66	24.15	0.92	0.52	0.14	0.91	8.57	3.28
TOTAL	2,720	22,390	52,640	1,118,550	49,560	282,770	5,650	72,720	274,430	109,570

Source: <https://iahpc.org/what-we-do/research/global-data-platform-to-calculate-shs-and-palliative-care-need/database/>

AM

PC needs across the PAHO region

Chronic ischemic heart disease	Lung diseases	Liver disease	Renal Failure	Low birth weight & prematurity	Congenital malformations	Injury	Athero-sclerosis	Musculo-skeletal disorders	Mal-nutrition	Total children with SHS in thousands	Total people with SHS (all ages) in thousands
0	0.01	0.01	0	0	0	0.01	0.01	0	0	230	10
3	14.79	7.58	2.88	1.98	1.99	7.05	4.39	0.52	1.27	147,390	5,120
0.02	0.04	0.04	0.02	0.02	0.01	0.07	0.04	0.01	0.01	1,150	30
0.02	0.06	0.04	0.02	0.01	0.01	0.04	0.05	0.01	0	1,320	20
0.01	0.07	0.07	0.02	0.02	0.02	0.1	0.01	0.01	0.01	870	80
0.39	1.62	4.54	0.86	1.87	1.01	3.25	0.54	0.12	1.06	29,710	4,670
8.23	54.87	32.4	5.82	9.37	8.42	48.7	14.44	3.63	7.87	539,700	24,450
1.89	13.07	4.4	0.96	0.44	0.66	4.71	2.94	0.98	0.2	133,170	1,060
0.59	4.42	3.64	0.67	0.41	0.61	2.33	1.25	0.34	0.55	52,330	1,370
2.07	12.91	4.11	1.53	2.15	2.06	12.54	2.13	1.82	2.01	107,900	6,410
0.19	1.03	0.64	0.13	0.16	0.18	0.7	0.21	0.15	0.03	10,640	430
0.98	3.85	1.73	0.32	0.1	0.24	2.23	0.9	0.23	0.05	44,700	390
0.57	0.91	1.52	0.44	1.77	0.77	2.56	0.33	0.07	0.21	28,850	3,250
0.42	3.1	2.9	0.74	1.34	1.07	3.15	0.65	0.27	0.7	35,890	3,590
0.32	0.75	1.41	1.32	0.33	0.32	2.11	0.2	0.07	0.33	16,650	950
0.01	0.02	0.01	0.01	0	0	0.02	0.01	0	0	340	10
0.41	1.87	3.68	0.88	2.01	1.09	4.73	0.4	0.19	2.16	31,360	5,440
0.05	0.11	0.18	0.05	0.13	0.05	0.24	0.04	0	0.04	2,380	290
0.53	1.52	2.02	0.68	2.56	1.49	3.48	0.48	0.09	1.26	36,310	7,330
0.28	0.93	0.88	0.12	0.59	0.49	2.76	0.08	0.02	0.29	15,560	1,790
0.1	0.5	0.13	0.12	0.16	0.12	0.54	0.14	0.06	0.05	8,520	360
4.74	25.68	32.59	5.36	5.65	5.96	20.06	3.49	3.31	8.03	229,350	15,760
0.21	0.78	1.51	0.48	0.44	0.38	1.03	0.12	0.08	0.22	12,290	1,270
0.14	0.9	0.43	0.15	0.22	0.23	0.58	0.13	0.05	0.14	8,790	640
0.25	0.83	0.7	0.19	0.57	0.45	1.25	0.23	0.14	0.25	15,220	1,390
1	5.81	7.47	2.14	1.85	1.8	5.62	1	0.23	1.71	72,090	5,660
0.01	0.05	0.03	0.01	0.01	0.01	0.03	0.02	0	0	580	30
0.01	0.02	0.01	0.01	0.01	0	0.02	0.01	0	0	370	20
0.03	0.06	0.09	0.04	0.05	0.03	0.13	0.03	0.01	0.01	1,700	110
0.12	0.25	0.19	0.1	0.08	0.08	0.32	0.12	0.05	0.03	4,620	210
23.96	168.83	57.98	17.88	5.46	6.61	49.44	33.25	8.82	3.56	1,311,130	13,240
0.21	1.86	0.45	0.25	0.08	0.13	0.75	0.53	0.18	0.08	16,190	260
1.57	4.84	3.29	0.66	1.96	1.32	10.19	0.83	0.42	0.52	67,670	4,370
52,330	326,360	176,670	44,860	41,800	37,610	190,740	69,000	21,880	32,650	2,984,970	110,010

Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief: an imperative of universal health coverage. The Lancet Commission report. Lancet 2018; 391(10128): 1391-454 <http://www.thelancet.com/commissions/palliative-care>
Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, Arreola-Ornelas H, et. al. Technical Note and Data Appendix for “Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: The Lancet Commission report”. Background Document. Miami: University of Miami Institute for Advanced Study of the Americas. Available at: <https://miami.edu/lancet>

AM

Methods of the project

In 2021, a consensus-building process led by ATLANTES and coordinated by WHO was conducted to identify a refined set of indicators to monitor the development of PC programs in different contexts, especially in countries where PC is at an initial stage of development. The straight set was chosen from a long list of validated indicators used in different settings worldwide. The consensus was reached by a panel of international experts representing all WHO regions through a series of meetings, group work, and a two-round Delphi process. The group agreed upon a working concept of PC development and fed it into an updated conceptual model. The technical report titled *Assessing the Development of Palliative Care Worldwide: A Set of Actionable Indicators* presents a set of palliative care indicators that Member States can universally apply to monitor and evaluate the provision of PC services¹.

The proposed model highlights six essential components required to provide an optimal PC for those people with severe health-related suffering (Figure 2):

1. Empowerment of people and communities.
2. Robust health policies related to PC.
3. PC-related research.
4. Use of essential PC medicines.
5. Education and training for health workers and volunteers providing PC.
6. Provision of PC within integrated health services.

The WHO established a set of 14 PC indicators using the updated PC development conceptual model (Table 4). These indicators were applied to each country by gathering information from experts. The project for each country involved a national cross-sectional observational study. Each country was profiled individually and presented in this final report. The data included quantitative outcomes along with supplementary qualitative information. Each country produced and validated its national report.

The set of 14 indicators for the Latin American Region underwent a discussion and rating process to assess their relevance and feasibility within the regional context. This took place during a pre-congress workshop organized by ALCP in Cartagena de Indias, Colombia, in March 2024, with the participation of 25 PC referents from 13 different countries. The vast majority of participants represented national PC associations. As a result of the workshop, the wording of several indicators was refined, and additional attributes were incorporated. For Indicator 1, a distinction was added between professional PC associations and those representing patients and their advocates.



Figure 2. The WHO's new framework for Palliative care Development: The House of Palliative Care.

AM

Methods of the project

TABLE 5. WHO indicators

Indicator	Core	Estrategic
Empowerment of peoples and communities		
1 Existence of groups dedicated to promote the rights of patients in need of palliative care, their families, their caregivers and disease survivors	✓	✓
2 Existence of national policy or guideline addressing advance care planning of medical decisions for use of life-sustaining treatment or end-of-life care	✓	
Health policies		
3 Existence of a current national palliative care plan, programme, policy or strategy with defined implementation framework	✓	✓
4 Inclusion of palliative care in the list of health services provided at the primary care level in the national health system		✓
5 Existence of national coordinating authority for palliative care (labelled as unit, branch, department) in the Ministry of Health (or equivalent) responsible for palliative care		✓
Research		
6 Existence of congresses or scientific meetings at the national level specifically related to palliative care	✓	
7 Palliative care research on the country estimated by peer reviewed articles	✓	
Use of essential medicines		
8 Reported annual opioid consumption —excluding methadone— in Defined Daily dosis for statistical purposes (S-DDD)	✓	✓
9 Availability of essential medicines for pain and palliative care at all levels of care		✓
10 General availability of immediate-release oral morphine (liquid or tablet) at the primary care level		✓
Education and training		
11 Proportion of medical and nursing schools with palliative care formal education in undergraduate curricula	✓	✓
12 Specialization in palliative medicine for physicians	✓	
Integrated palliative care services		
13 Number of specialized palliative care programmes in the country per population	✓	✓
14 Number of specialized palliative care programmes for paediatric population in the country	✓	

Source: Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators. WHO, 2021.

AM Methods of the project

ATLANTES structured the research process in four steps (Figure 3):

- 1. Building an informant network
- 2. Data collection through the E-Course
- 3. Analysis: conciliation, validation and endorsement of National associations
- 4. Results dissemination

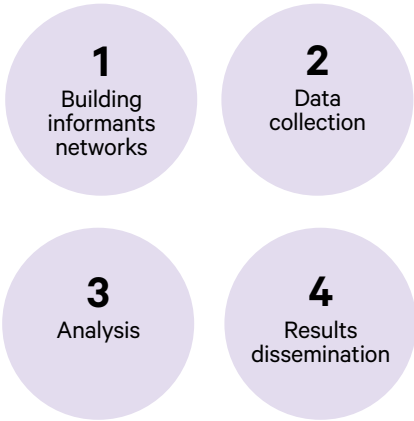


Figure 3. Methodology scheme in four steps

1. BUILDING NETWORKS OF NATIONAL INFORMANTS

Since March 2024, ATLANTES has built a network of consultants among the following organizations: PAHO, the IAHP, the WHPCA, the ALCP, the National PC associations, and ATLANTES’ previous collaborators. In each country, data were agreed upon by at least two consultants who met two or more of the selection criteria:

- 1. More than 5 years of PC professional experience
- 2. Identified as PC National Champion for an International or National Association
- 3. Participation in previous Atlas studies
- 4. Publications on PC development
- 5. Member of a PC organisation
- 6. High interest in PC development

Experts were asked whether they consented to having their data made public in upcoming publications.

2. DATA COLLECTION THROUGH THE E-COURSE

A free, asynchronous, tutored online course accredited by the University of Navarra was created. This e-course carries one European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS) credit (25 hours) and comprises seven units. The first unit includes a didactic guide with general information such as overall objectives, course modules, methodology, resources, and critical dates. The second unit gathers the socio-demographic information of the participants necessary for granting official certification. Units three to six feature short videos introducing PC development dimensions, a measurement framework, supporting PDF documents, and a questionnaire. Each question corresponds to a WHO indicator within its dimension and includes a multiple-choice option to determine the country’s level of development in that indicator. After selecting the level, participants were prompted to provide a narrative justification and upload supporting documents to validate their responses. The final unit contains Benin and Uruguay’s country reports, the outcome of the first pilot project validating the WHO conceptual framework. The course was available in English and Spanish.

The PC experts were invited via official email based on detailed criteria. By May 2024, invitations were shared via social media and international PC association websites to expand the reach and capacity-building potential. Additional incentives, like free International IAHP membership, were offered upon course completion (Figure 4).

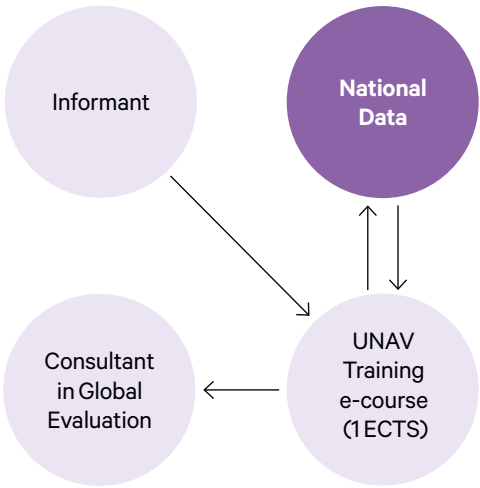


Figure 4. Data Collection through the E-Course with experts from each country.

AM Methods of the project

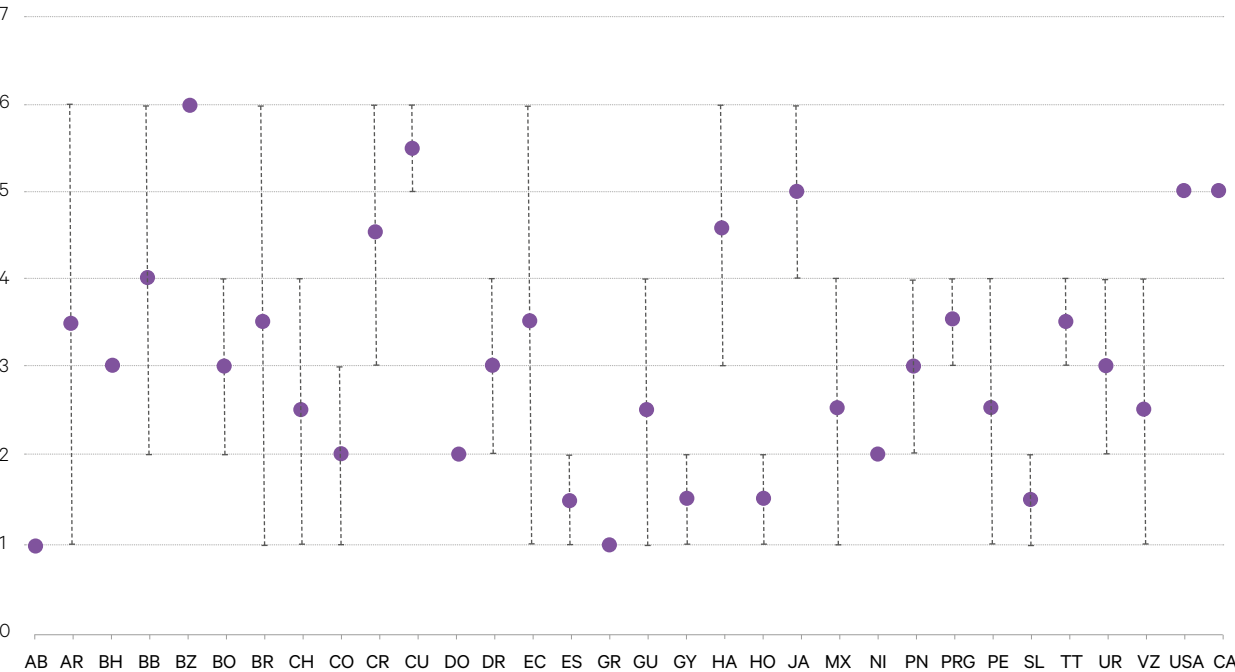
A total of 274 key informants were contacted, of whom 141 participated in the study. Among them, 132 took part in both the online course and the data collection process and 15 completed the e-survey or revised the documents. It was accredited as consultants (76.5% female), and an additional nine contributed through either survey completion or thorough review of their country’s data. The study covered 35 countries, with completed questionnaires received from 32 of them (91.4%). In most countries, two or more key informants contributed (average: 4.6; range: 1 to 28). In four Caribbean countries, Antigua and Barbuda, Belize, Grenada, and Dominica, only one consultant participated in the survey. In three Latin American countries, Uruguay, Costa Rica, and Peru, the Ministry of Health also supported the report. Countries without completed information

include Suriname, Saint Kitts and Nevis, and Saint Vincent and the Grenadines. The network of key informants comprised professionals from diverse fields and areas of PC practice, ensuring a comprehensive and multidisciplinary perspective that enhances the study’s rigor and validity.

Each country included at least two informants who met two or more of the following selection criteria:

- 1. Over 5 years of professional experience in PC
- 2. Identified as a National PC Champion by international or national associations
- 3. Participant in previous studies
- 4. Member of a National or Regional Association
- 5. Publications on national development
- 6. High interest in PC development

Consultants’ Palliative Care Expertise Profile



AM Methods of the project



Network of collaborators.

AM Methods of the project

3. ANALYSIS: CONCILIATION, VALIDATION AND ENDORSEMENT OF NATIONAL ASSOCIATIONS

Data has been collected through online questionnaires and compiled into a structured country-wise database. A total of 35 country reports have been produced, including 32 reports with conciliated information from key informants and three reports based on a literature review (specifically for the previously mentioned Suriname, Saint Kitts and Nevis, and Saint Vincent and the Grenadines). The path of the collected data is shown in figure 6.

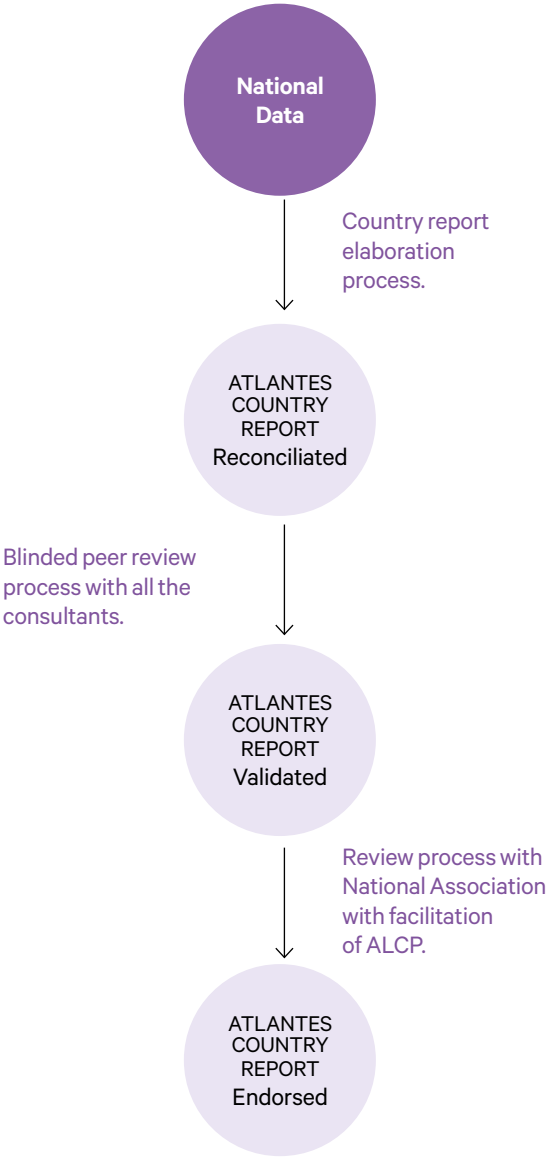


Figure 6. The path of the collected data.

Initially, all consultant inputs have been conciliated for each indicator to ensure consistency. Subsequently, the gathered information has been supplemented with available literature, with a level assigned to each indicator and a valid justification for the assignment. As a result, structured Country Reports have been developed, incorporating assigned levels of PC development and a narrative contextualization for each assessed indicator. Key informants have validated these reports (originals, and also further experts based on each report’s needs) and, when possible, they have been endorsed by National PC Associations affiliated to the ALCP. In specific cases, such as Uruguay, Peru, and Costa Rica, the country reports were also approved by the Ministry of Health. Each report lists the validation level, the consultants’ names, and the national associations’ involvement.

Statistical analysis

The 14 indicators were obtained from the different scores collected for each country. In particular, indicators 1 (Groups promoting the rights of patients), 2 (Advance care planning-related policies), 4 (Inclusion of PC in the basic health package at the primary care level), 6 (Existence of congresses or scientific meetings), 7 (PC-related research articles), and 12 (Recognition of PC specialty) had just one integer score between 1 and 4. Indicators 3 (National PC plan or strategy), 5 (Responsible authority for PC in the Ministry of Health), 9 (Overall availability of essential medicines for pain and PC at the primary level), 10 (General availability of immediate-release oral morphine at the primary level), 10.1 (General availability of different opioids in different formulations) and 13 (Provision of PC (Specialized Services) were obtained as each median score. It means values between 1 and 4, including decimals.

Indicator 8 comes from the consumption of opioids in defined daily doses for statistical purposes per million inhabitants per day (S-DDD), average consumption of narcotic drugs (excluding methadone), 2020–2022.

Source: Narcotic Drugs 2022: Estimated World Requirements for 2023 – Statistics for 2021 International Narcotics Control Board. https://digitallibrary.un.org/record/4061663/files/E_INCB_2023_2-EN.pdf

Cartography

Alvaro Montero and Julen Herrero developed the cartography under the supervision of Professor Juan José Pons from the Department of History, History of Art and Geography of the University of Navarra. The software used for map construction is ArcGIS Pro 3.3.2. The digital coverage used for the country boundaries is adapted to a small scale and was obtained from the ESRI ArcGIS Online repository; on the other hand, the disputed borders and areas were obtained from the WHO ArcGIS Hub repository. For the cities, a point map was used from Esri ArcGIS Online. The projec-

AM

Methods of the project

tion used for all the maps is Robinson, with a central meridian at -85°. The scale is 1:68,000,000 for the Geopolitical and thematic maps, and 1:140,000,000 for the smaller socioeconomic maps. All of the maps include a zoom of the Caribbean region at 1:20,000,000. Choropleth and symbol maps are used for categorical and quantitative variables. Proportional symbol maps and chart maps are used for quantitative data. In terms of stylistic representation, “ranges” of constant colors have been adopted and used throughout this publication: “lavender purple” for choropleths and “bright yellow” and “light green” for symbols and charts.

Boundaries and geopolitical designations

The boundaries, names, and designations used in this palliative care atlas for the PAHO region follow the cartographic guidelines of the WHO. Their inclusion does not imply any judgment on the part of the authors or editors concerning the legal status of any country, territory, city, or area, or its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries.

Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be complete agreement. This atlas is intended solely to provide information on palliative care in the PAHO region and does not aim to make statements on geopolitical matters.

Commercial mentions and responsibility

The mention of specific companies or certain manufacturers’ products does not imply that they are endorsed or recommended in preference to others of a similar nature that are not mentioned.

The authors have taken all reasonable precautions to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the authors or the publishing institution be liable for damages arising from its use.

4. RESULTS DISSEMINATION

The upcoming release of the first Palliative Care Atlas of the Americas 2025, marks a new milestone in advancing PC across the region. This comprehensive atlas, to be launched at the ALCP Second Presidents’ Summit of National Palliative Care Associations in Colombia, on October 31st to November 1st, 2025, results from a collaborative effort involving healthcare professionals, policymakers, and stakeholders. It provides critical insights and data to support us all in improving PC services. By disseminating this valuable resource, the atlas seeks to enhance awareness, inform policy development, and foster collaboration among countries to ensure accessible, high-quality PC for all needy individuals. The presenta-

tion at the ALCP High Level Meeting will serve as a platform to engage the global PC community and highlight the ongoing efforts to address challenges in the PAHO region.

Limitations and constraints

All 35 countries have had information either provided by both key informants and available literature or at least revised and amended by one in-country expert. Therefore, we have relied solely on information from available literature: Suriname, Saint Kitts and Nevis, and Saint Vincent and the Grenadines. The lack of engagement has been attributed to the selection criteria for key informants, as well as the limited or non-existent PC activity in some countries.

This study is based on official documents, perspectives, and knowledge from national experts, PAHO’s regional PC key persons, and trained consultants. Although this methodology is widely accepted for data collection, the data are still considered estimates. Consequently, the accuracy and precision of the data can be challenging to verify on occasion. However, it remains the best and most up-to-date information available in the region.

Based in Spain, the ATLANTES Global Observatory of Palliative Care contributed its experience and knowledge from previous international atlas studies (overall previous editions of the ALCP Latin American Atlas). Nevertheless, the implementation of the WHO’s new indicators and the limited evidence regarding exploring PC activity within national health systems should be considered.

Source:

1. Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators. Geneva: World Health Organization, 2021. Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators
2. Tripodoro VA, Ray A, Garralda E, Bastos F, Montero Á, Béjar AC, Pons JJ, Bouësseau MC, Centeno C. Implementing the WHO Indicators for Assessing Palliative Care Development in Three Countries: A Do-It-Yourself Approach. J Pain Symptom Manage. 2025 Jan;69(1):e61-e69. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2024.09.017. Implementing the WHO Indicators for Assessing Palliative Care Development in Three Countries: A Do-It-Yourself Approach - PubMed

AM

Methods of the project

INTEGRATING PC INTO RESPONSES TO HEALTH EMERGENCIES IN THE PAHO REGION

Following the lessons learned from the COVID-19 pandemic, the WHO’s Fourteenth General Programme of Work (GPW 14, 2025–2028) sets a strategic agenda to accelerate progress towards health-related Sustainable Development Goals (SDGs), emphasizing health equity and system resilience in a context of increasing global instability. Grounded in WHO’s mission to promote, provide, and protect health for all, GPW 14 establishes six strategic objectives, including the advancement of PHC, UHC, and robust responses to health emergencies. Achieving these goals in the Region of the Americas will require the explicit integration of PC into preparedness, response, and recovery efforts during health emergencies and humanitarian crises. PC, focused on the relief of pain, distressing symptoms, and psychosocial and spiritual suffering, must be recognized as a core component of essential health services and emergency response strategies.

The Americas have been disproportionately affected by complex emergencies, including natural disasters, socio-political instability, infectious disease outbreaks, and the compounded effects of climate change. These events disproportionately impact vulnerable populations, including older adults, persons with chronic conditions, indigenous communities, and those in underserved areas. The suffering experienced during and after such crises highlights the urgent need to embed PC into emergency health responses across national and subnational levels.

To operationalize this, Ministries of Health, public and private health institutions, and humanitarian actors in the Region should consider the following actions:

- **Ensure national policies explicitly include PC** as part of essential, universally accessible health services, including during emergencies.
- **Mandate the inclusion of PC in domestic and international humanitarian response protocols**, aligning with the WHO Essential Package of Palliative Care for Humanitarian Emergencies and Crises (EP-PCHEC).
- **Facilitate access to essential palliative medicines**, including controlled substances, by both local and international humanitarian providers.
- **Train all emergency health teams in palliative care principles**, including the dual imperatives of life-saving and suffering relief.
- **Equip response teams with the full WHO EP-PCHEC**, adapted to the regional context.

- **Engage local mental health professionals** to ensure culturally appropriate psychosocial support for affected individuals, families, and humanitarian workers.

The implementation of the WHO EP-PCHEC provides a standardized yet adaptable framework for integrating PC into complex settings, ensuring that those affected by emergencies receive appropriate care, dignity, and symptom relief.

In the PAHO Region, where inequalities in health system preparedness persist, strengthening the integration of PC into emergency health strategies is not only ethically imperative but also essential to achieving equitable, people-centered, and resilient health systems. ●

Source:

1. A Global Health Strategy for 2025-2028 - advancing equity and resilience in a turbulent world: Fourteenth General Programme of Work. A Global Health Strategy for 2025–2028
2. Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide. Geneva: World Health Organization; 2018. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274565/9789241514460-eng.pdf?sequence=1>

AM

Abbreviations

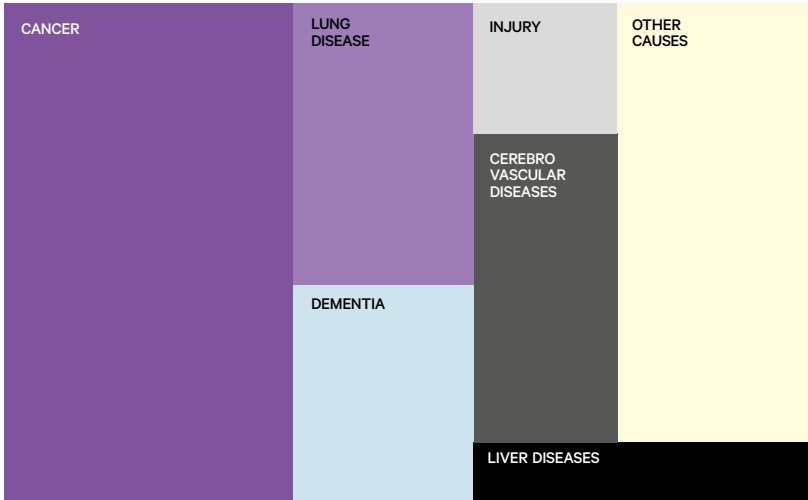
ACP	Advance Care Planning
AD	Advance Directives
ALCP	Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos
EML	Essential Medicines List
GP	General Practitioner
ArcGIS	Geographic Information System software
HIS	Health System Information
IAHPC	International Association for Hospice and Palliative Care
ICS	Institute for Culture and Society (Universidad de Navarra)
LMICs	Low- and Middle-Income Countries
MoH	Ministry of Health
NGOs	Nongovernmental Associations
NCDs	Non-Communicable Diseases
NLM	National Library of Medicine
OPD	Outpatient Department
PAHO/OPS	Pan American Health Organization Organización Panamericana de la Salud
PHC	Primary health care
PC	Palliative care
PPC	Paediatric palliative care
S-DDD	Defined daily doses for statistical purposes per million inhabitants per day
SDGs	Sustainable Development Goals
SHS	Serious Health-related Suffering
UHC	Universal health coverage
UN	United Nations
WHO	World Health Organisation
WHPCA	Worldwide Hospice Palliative Care Alliance

Palliative Care in
the Americas 2025:
At a Glance

Over 2,984,970 people faced serious health-related suffering (SHS) in the PAHO region

CONDITION	SHS IN THOUSANDS
Cancer	1,118,550
Lung disease	326,360
Dementia	282,770
Cerebrovascular diseases	274,430
Injury	190,740
Liver diseases	176,670
Other causes	615,38
Total	2,984,970

¹ Source: The Lancet Commission on Global Access to Palliative Care and Pain Relief. Serious health-related suffering database, 2015.



Education and Training

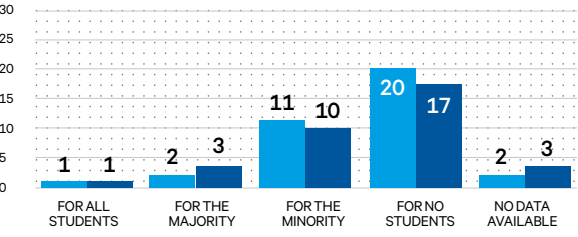
13/35

countries officially recognize PC as a medical specialty or subspecialty through national regulatory authorities.

DIPLOMAS
6/35 have other kinds of diplomas with official recognition (i.e., certification of the professional category or the job position)



DOCTORS



NURSES

PALLIATIVE CARE EDUCATION FOR FUTURE DOCTORS AND NURSES: THE NUMBER OF COUNTRIES TEACHING MANDATORY PC

Research

15/35

countries host national PC conferences at least every three years.

2/35

Two of the 35 countries have an advanced level of **peer-reviewed articles** focusing on PC research: the United States and Canada.

Health Policies

LEVEL	CONTENT	COUNTRIES
4	Actualized, evaluated or audited in last 5 years	5
3	Actualized but not evaluated or audited in last 5 years	9
2	Developed over 5 years ago	4
1	Not known or does not exist	17

PALLIATIVE CARE LAWS

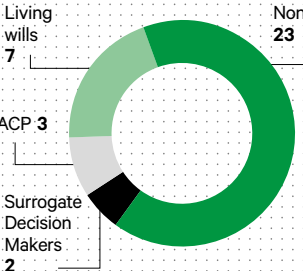
	YEAR	NAME
Uruguay	2008	Law No. 18.335 - Palliative Care
Mexico	2008	Federal Law on Palliative Care
Colombia	2014	Law Consuelo Devis Saavedra.
Canada	2017	Framework on Palliative Care in Canada Act
Peru	2018	Law that Creates the National Plan for Palliative Care for Oncological and Non-Oncological Diseases
Chile	2021	Law No. 21.375 - Establishes Palliative Care and the Rights of Persons with Terminal or Serious Illnesses.
Costa Rica	2022	Palliative Care Law
Argentina	2022	Law No. 27.678 - Palliative Care Law
Guatemala	2022	Decree Number 7-2022 - National Law for Comprehensive Cancer Care
Brazil	2023	Law N° 14.758 of December 29, 2023 - National Policy for Cancer Prevention and Control within the SUS
Paraguay	2024	Palliative Care Law
Ecuador	2025	Organic PC Law

Empowerment people and communities

23/35

have a strong national and sub-national presence of PC advocacy and promoting **patient rights**.

NATIONAL POLICY OR GUIDELINE ON ADVANCE CARE PLANNING (ACP) OR ADVANCE DIRECTIVES



Specialized services

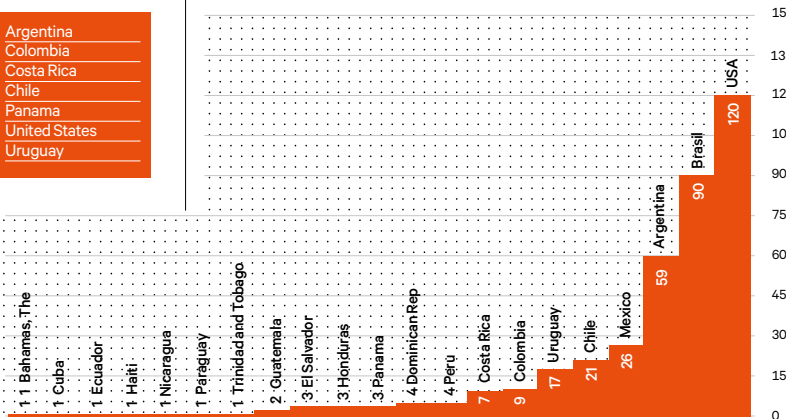
PROVISION OF PALLIATIVE CARE

LEVEL 1 NO OR MINIMAL	LEVEL 2 EXIST BUT ONLY IN SOME GEOGRAPHIC AREAS	LEVEL 3 EXISTS IN MANY PARTS OF THE COUNTRY	LEVEL 4 SYSTEMATICALLY PROVIDED
Bolivia Guatemala Guyana Haiti Nicaragua Paraguay Peru Venezuela	Brazil Cuba El Salvador Honduras Jamaica Mexico Suriname	Antigua and Barbuda Bahamas, The Belize Dominican Rep. Ecuador Trinidad and Tobago	Argentina Colombia Costa Rica Chile Panama United States Uruguay

SPECIALIZED PEDIATRIC PALLIATIVE CARE SERVICES
375 pediatric services are present in 22 countries

10,528

specialized PC services.



Use of Medicines

8/35

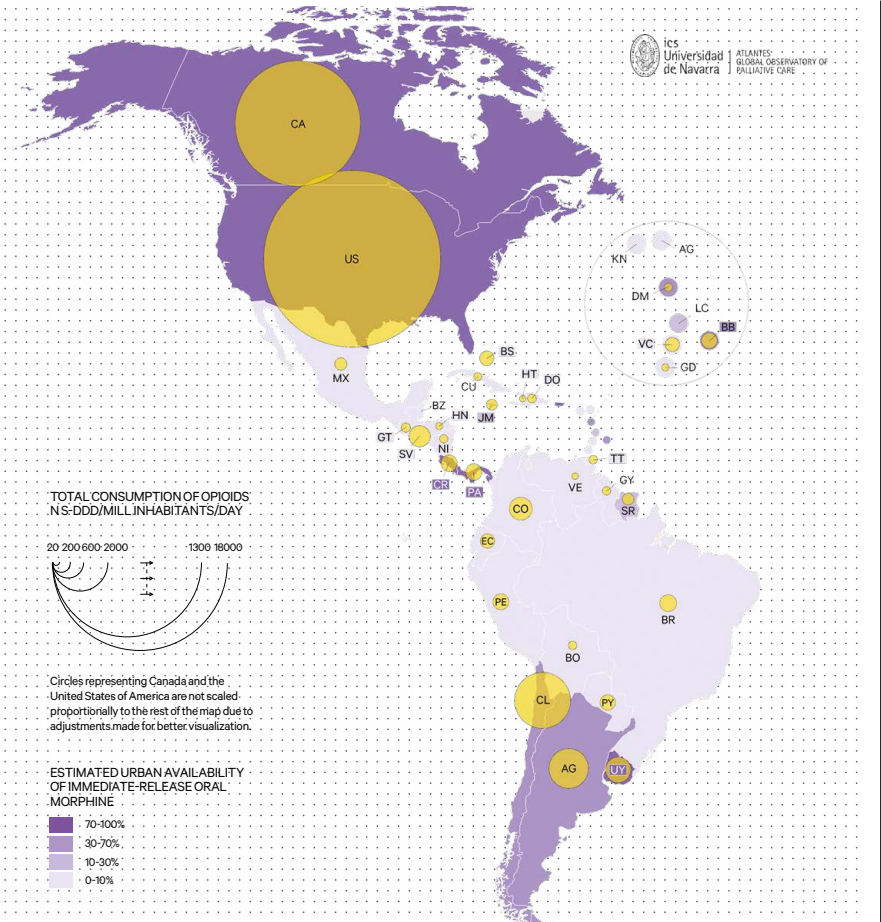
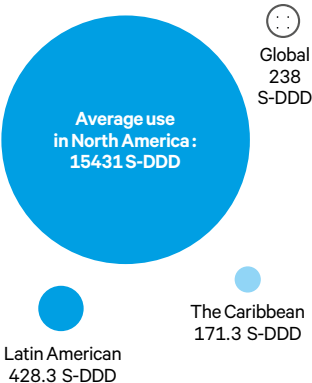
Urban Availability of Essential medicines at **primary care centres**

5/35

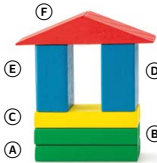
Urban Availability of Immediate-Release Oral Morphine

In the Americas, **stark disparities** persist between urban and rural areas in access to essential palliative care medicines, particularly opioids.

USE OF OPIOIDS



GLOBAL FRAMEWORK FOR THE DEVELOPMENT OF PALLIATIVE CARE IN COUNTRIES AND AREAS (WHO, 2021)



- (A) EMPOWERMENT OF PEOPLE AND COMMUNITIES
- (B) POLICIES
- (C) RESEARCH
- (D) USE OF ESSENTIAL MEDICINES
- (E) EDUCATION AND TRAINING
- (F) PROVISION OF PC

- LEVEL OF DEVELOPMENT
- (1) EMERGING
- (2) PROGRESSING
- (3) ESTABLISHED
- (4) ADVANCED

Thematic maps

AM Map 1: Empower people and communities

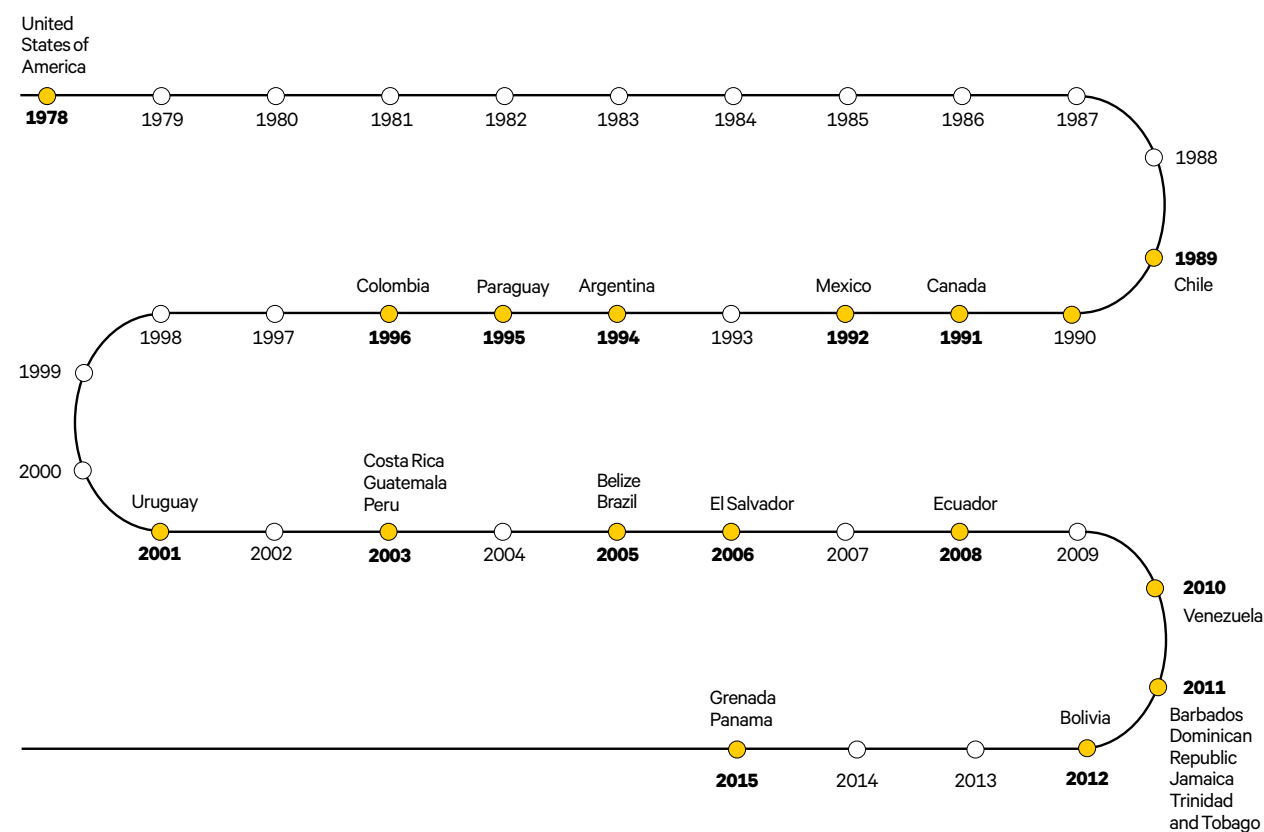
The empowerment of people and communities relates to the capacity of a country to empower individuals, families, and communities as partners in the development of health and social services, as well as in the engagement in shared decision-making about their health. It entails the availability of advocacy resources to protect and enhance the participation of patients and caregivers in the development of PC programs.

GROUPS DEDICATED TO PROMOTING THE RIGHTS OF PATIENTS IN NEED OF PC, THEIR CAREGIVERS, AND DISEASE SURVIVORS

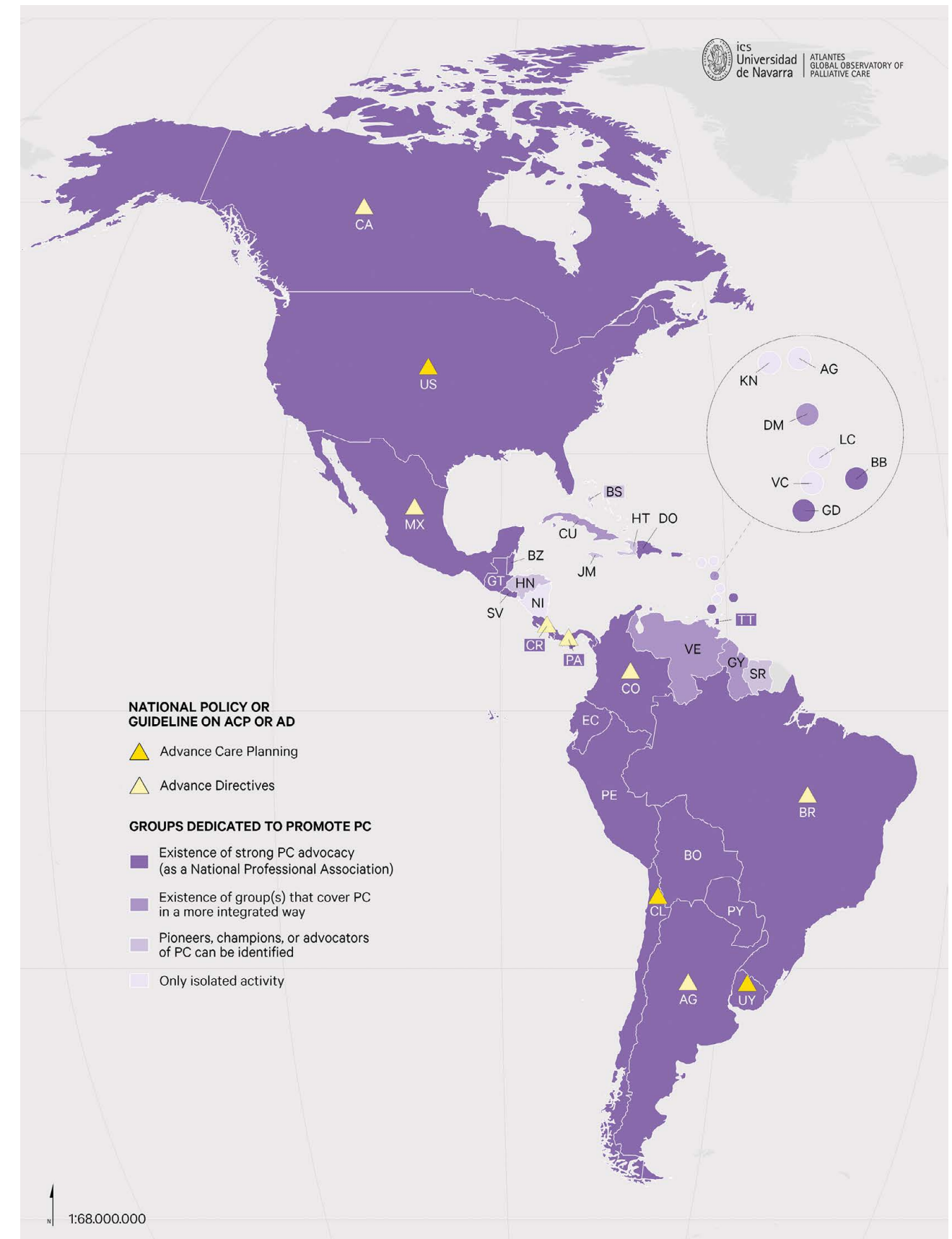
Across the Americas, the most frequently reported groups advocating for the rights of patients in need of PC, and their families are professional PC associations founded since 1978. Currently, at least one national association exists in 23 countries, with some nations, such as Mexico, Bolivia (Plurinational State of), Colombia, Chile, and Canada, hosting more than one.

Several countries also report activities led by NGOs, and patient organizations are active in at least 30 countries. In contrast, only isolated or sporadic activity has been identified in others, such as Nicaragua, Antigua and Barbuda, Saint Lucia, Saint Vincent and the Grenadines, and Saint Kitts and Nevis.

Time line of National Associations' creation



AM Map 1: Empower people and communities



Map 1. Empowerment of people and communities.



Map 1: Empower people and communities

NATIONAL POLICY OR GUIDELINE ON ADVANCE DIRECTIVES OR ADVANCE CARE PLANNING (ACP)

The recognition of individuals, families, and communities as partners in the development of health services may be reflected in national policies that promote their involvement in shared decision-making about their health. This shared decision-making can take shape through mechanisms such as ACP, living wills, or the designation of surrogate decision-makers.

ACP is defined as the process of planning someone's future health care, what someone would or would not like to receive if becoming seriously ill or injured and is unable to communicate their preferences or make decisions, and giving the opportunity to think, discuss, and record preferences for the type of care and the outcomes someone would consider acceptable. Ideally, ACP will result in preferences being documented in a plan known as an advance care directive and the appointment of a substitute decision-maker to help ensure their choices are respected. Living Wills (or Advance Directives) are a legal document that specifies the type of medical care that an individual wishes to receive or decline in the event they are unable to communicate their wishes. And finally, surrogate Decision makers' policies, also known as a health care proxy or as agents, are individuals designated as advocates for incompetent patients. If a patient is unable to make decisions for themselves about personal care, some agents must make decisions for them.

In the Americas, only 10 countries report some level of national policy or guideline regarding ACP, while 23 countries remain at the lowest level of development. Two countries, Ecuador and El Salvador are developing these strategies in their general laws. However, even in countries with official recommendations or legal frameworks promoting ACP, implementation is often recent, limited in use, or hindered by a lack of professional training, awareness, and standardized procedures. In some settings, policies are not legally binding or regulated by law, and knowledge of their use in practice remains scarce. In others, frameworks exist but are still under development in terms of dissemination and operationalization.

Only three countries, Chile, Uruguay, and the United States, have reached the highest level of development, with consolidated national policies that include legal recognition of advance directives, established processes for surrogate decision-making, and regulatory and educational efforts to ensure their application. ●



Map 2: Health policy related to PC

The political commitment and leadership expressed in governance and policy frameworks (strategies, standards, guidelines) are essential to palliative care development. It includes the development of a legal framework and regulations that guarantee the rights of patients, access to palliative care services and essential medicines, and the financing and inclusion of palliative care in the national health service and benefits package. It also includes health system design and health care organization, in addition to stewardship and multi-stakeholder action.

NATIONAL PALLIATIVE CARE POLICIES OR STRATEGIES

A few countries in the Americas, Belize, Brazil, Canada, Colombia, Costa Rica, Chile, El Salvador, Panamá, Uruguay, and Paraguay, report having a stand-alone national PC strategy or plan. Uruguay and Chile also integrate PC into their national health systems and legislation. Canada has a national framework adopted in 2018, but it lacks legal enforceability and remains unevenly implemented. In the United States, there is no unified national strategy, but PC is included in federal and state legislation. In most other countries, PC is only partially included in broader health agendas or not addressed at all. Canada adopted a National Palliative Care Framework in 2018 and a federal Action Plan in 2019, but implementation has been limited, with no dedicated national coordination office established and no active monitoring or evaluation mechanisms in place.

INCLUSION OF PALLIATIVE CARE IN THE LIST OF PRIORITY SERVICES FOR UHC IN THE NATIONAL HEALTH SYSTEM

In the Americas, 10 countries (28.5%) include PC in the list of health services provided at the primary care level under their General Health Law, making it part of the essential healthcare package for UHC and contributing to the achievement of SDG 3.8. PC is not explicitly recognized as a critical service under the Canada Health Act, leaving its funding to provincial discretion and resulting in significant disparities. While palliative care is often delivered at the primary care level in the United States, it is not explicitly mandated under federal law.



Key notes on some countries

Fewer than one-third of countries in the region, such as **Argentina, Costa Rica, El Salvador, Panamá, Paraguay, and Uruguay**, have formally included PC in their national health laws and basic service packages.

Chile represents a country in transition, with recent legislation (2022) advancing the integration of PC, though full regulatory implementation is still pending.

In **Cuba**, PC is part of the PHC service; home-based care is integrated into the national primary care program and is considered an indicator for end-of-life care.

Most countries, including **Canada** and the **United States**, lack explicit legal mandates or defined responsibilities for PC at the national level, resulting in fragmented access and uneven protection under UHC frameworks.



Key notes on some countries

Some countries, such as **Canada, Uruguay** and **Chile**, have established comprehensive national strategies backed by legislation and integrated into public health systems, with active government stewardship and monitoring.

Argentina, and **Peru** show partial development, either through policies under construction, outdated frameworks, or strong legal recognition without a dedicated national plan.

Many countries like **Trinidad & Tobago, Antigua and Barbuda** or **Nicaragua** remain at an initial stage, where PC is absent from national policies, with only fragmented or civil society-led initiatives and no formal coordination or funding.

AM Map 2: Health policy related to PC

LEGAL INCLUSION OF PALLIATIVE CARE FOR UHC

The way PC is incorporated into general healthcare laws and governmental decrees varies considerably across countries. In some cases, it involves assigning a formal role to general practitioners in delivering PC; in others, it mandates that PC be provided in all primary care settings. Some frameworks go further by including PC within pension schemes or health insurance plans, particularly through medication reimbursement policies. In several countries, laws establish requirements for specific training of professionals delivering basic PC, regulate service availability at primary care centers, or simply declare PC as part of the essential public health services package. This variability reflects differing levels of legal commitment and operational enforcement across the region.

NATIONAL AUTHORITY FOR PC WITHIN THE GOVERNMENT OR THE MINISTRY OF HEALTH

Only five countries in the Americas, such as Costa Rica, Panamá, El Salvador, Paraguay, and Uruguay, report having a well-defined and structured national authority for PC, usually within the MoH and supported by scientific and technical components. Another eight countries, including Barbados, Belize, Brazil, Chile, Colombia, Cuba, and Perú, report a designated person or branch responsible for PC, but with an incomplete structure lacking formal authority or technical development. **Nearly half of the countries, 17 in total, do not have a defined national authority for PC.** These differences reflect varying degrees of institutionalization and commitment to national coordination. ●

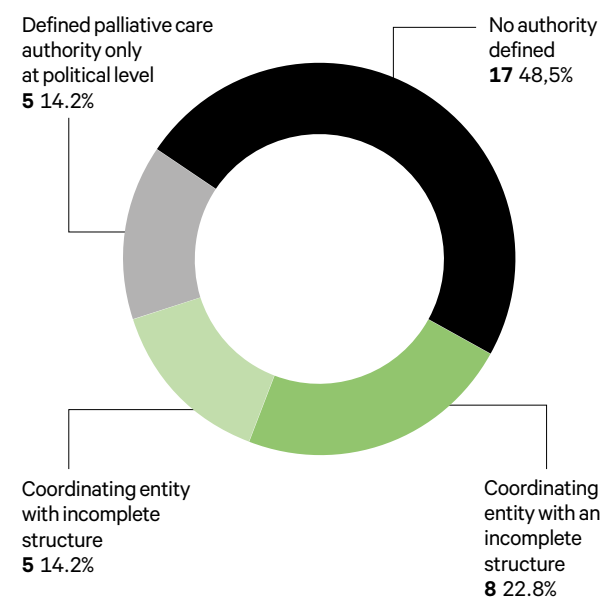


Figure 7. Responsible authority for PC within the Ministries of Health.

Key notes on some countries

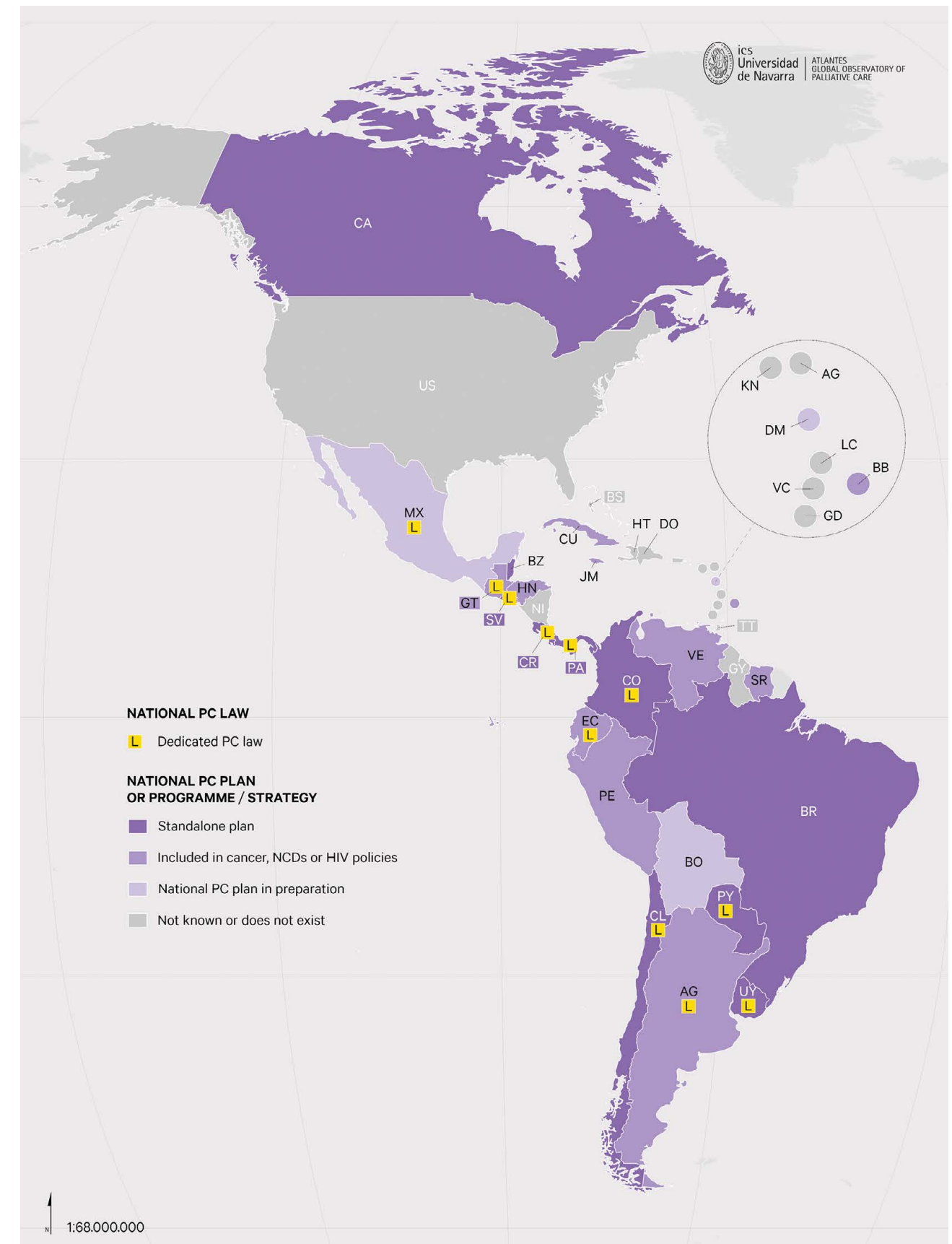
Uruguay has a formally structured National PC Program within the MoH, with dedicated budget, staff, and coordination capacity. It serves as a regional example of institutional commitment.

Chile has multiple technical teams for cancer and non-cancer PC within the MoH, each with dedicated personnel and budget. However, fragmentation between departments, insufficient funding, and the absence of a unified scientific committee limit effective coordination.

Colombia addresses PC needs under the Subdirectorato of NCDs within the MoH. While some responsibilities are present at the national level, the lack of a dedicated department and reliance on local authorities and insurers lead to uneven implementation and diluted national stewardship.

Countries like **Suriname, Saint Lucia, and Grenada** report no official national structure, policy, or coordinating body for PC. In these settings, the absence of technical leadership limits visibility, prioritization, and integration of PC into national health planning.

AM Map 2: Health policy related to PC



Map 1. Health Policy related to Palliative Care.

AM Map 2: Health policy related to PC



Map 2. Health Policy related to Palliative Care

AM Map 3: Research

Research aims at improving the level of scientific evidence to guide the care of people and decisions about the organization of health services. Two indicators measure the extent to which countries are progressing concerning PC research: (a) the existence of national congresses or scientific meetings specifically related to PC, and (b) PC research production estimated through peer-reviewed articles. In the Americas, 15 countries report holding at least one national congress specifically dedicated to PC at least every three years, qualifying as Level 4 in this indicator. These countries include Argentina, Barbados, Brazil, Chile, Colombia, Mexico, Canada, and the United States, among others. In many cases, these events are multidisciplinary and address diverse populations, including pediatric populations.

A further group of countries, such as Cuba, Ecuador, and Panama (Level 3), reports regular PC tracks within broader congresses such as oncology or chronic disease meetings, held every 1–2 years. In contrast, several other countries, such as Grenada, the Dominican Republic, Nicaragua, and Venezuela, report only sporadic scientific events (Level 2) or none at all, such as Guyana and Haiti (Level 1), indicating an ongoing gap in national platforms for knowledge exchange and research dissemination.

The perception of PC research production varies widely across countries in the Americas. Twenty-three countries report very low levels of research output, often reflecting the absence of academic programs, research infrastructure, or sustained funding. Nine countries, including Chile, Costa Rica, El Salvador, Mexico, and Uruguay, consider their PC research production to be low, usually lim-

ited to isolated initiatives or small-scale studies without consistent academic visibility. Only Argentina reports a perception of a high level of research activity. Until its closure in 2024, the former National Cancer Institute maintained open calls for clinical, epidemiological, and social research, prioritizing topics such as PC. In contrast, just two countries, Canada and the United States, report a very high level of PC-related scientific production, supported by robust academic ecosystems, postgraduate programs, and continuous output in peer-reviewed journals. These disparities highlight the pressing need to strengthen research capacity across the region as a fundamental axis of PC development.

COMPLEMENTARY RESEARCH CONTEXT

Beyond general perceptions of scientific production, some countries describe specific institutional or structural supports for PC research. In Costa Rica, each public and private pain and PC clinic is required to contribute to research projects or academic activities, encouraging integration between service provision and knowledge generation. Colombia highlights that PC research is part of broader initiatives in NCDs, though not always funded or prioritized independently. In contrast, Guatemala and El Salvador underscore the limited availability of resources to support research, despite isolated efforts from academic or hospital-based initiatives. These examples suggest that while formal publication output remains limited in most countries, there is a growing awareness of the importance of embedding research into clinical and educational PC structures. ●

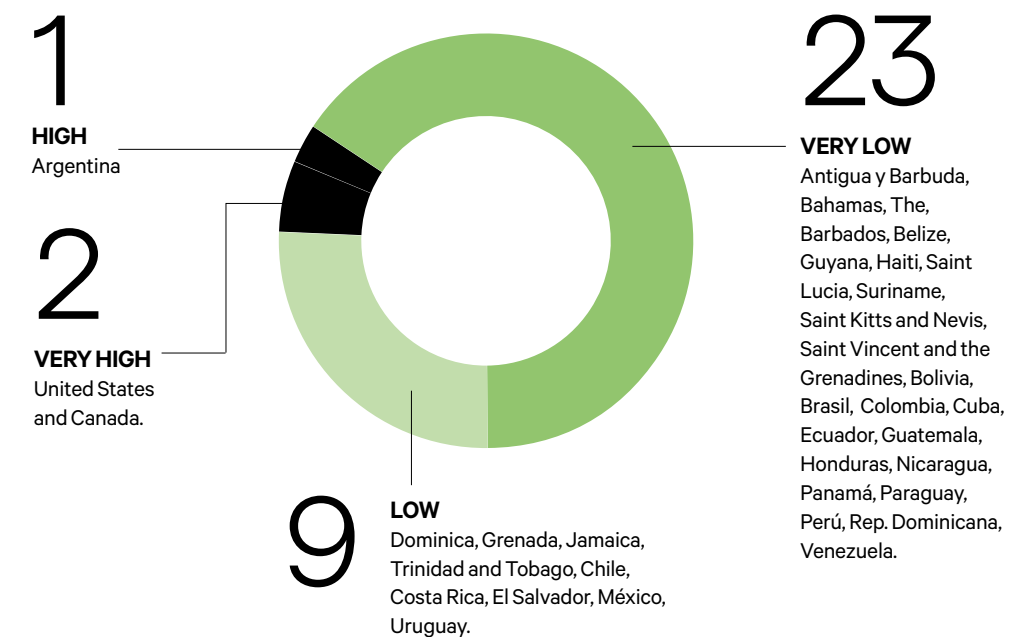


Figure 8. Perception of the production of PC-related peer-reviewed articles.

AM Map 3: Research



Map 3. Research

AM Map 4: Essential Medicines

This chapter focuses on the availability and access to essential medicines for palliative care across all levels of the health system, with special emphasis on the use of opioids for the management of pain and other symptoms, supported by respective risk management strategies. This list of essential medicines includes non-opioids and non-steroidal anti-inflammatory medicines; opioids analgesics; and medicines for other common symptoms in palliative care.

This list of essential medicines as defined in the WHO

Acetylsalicylic acid	Docusate sodium
Ibuprofen	Fluoxetine
Paracetamol: acetaminophen	Haloperidol
Codeine	Hyoscine butylbromide
Fentanyl	Hyoscine hydrobromide
Morphine. Therapeutic alternatives: hydromorphone, oxycodone	Lactulose
	Loperamide
Methadone	Metoclopramide
Amitriptyline	Midazolam
Cyclizine	Ondansetron. Therapeutic alternatives: dolasetron, granisetron, palonosetron, tropisetron.
Dexamethasone	
Diazepam	

To measure availability and accessibility, the following measures have been explored: a) Reported annual opioid consumption —excluding methadone— in S-DDD per million inhabitants/day, b) Availability of essential medicines for pain and PC in the country at the primary level, c) General availability of immediate-release oral morphine (liquid or tablet) at the primary level, and d) availability of different opioids and in different formulations at the primary level.

REPORTED ANNUAL OPIOID CONSUMPTION – EXCLUDING METHADONE – IN ORAL MORPHINE EQUIVALENCE (OME) per million inhabitants/day

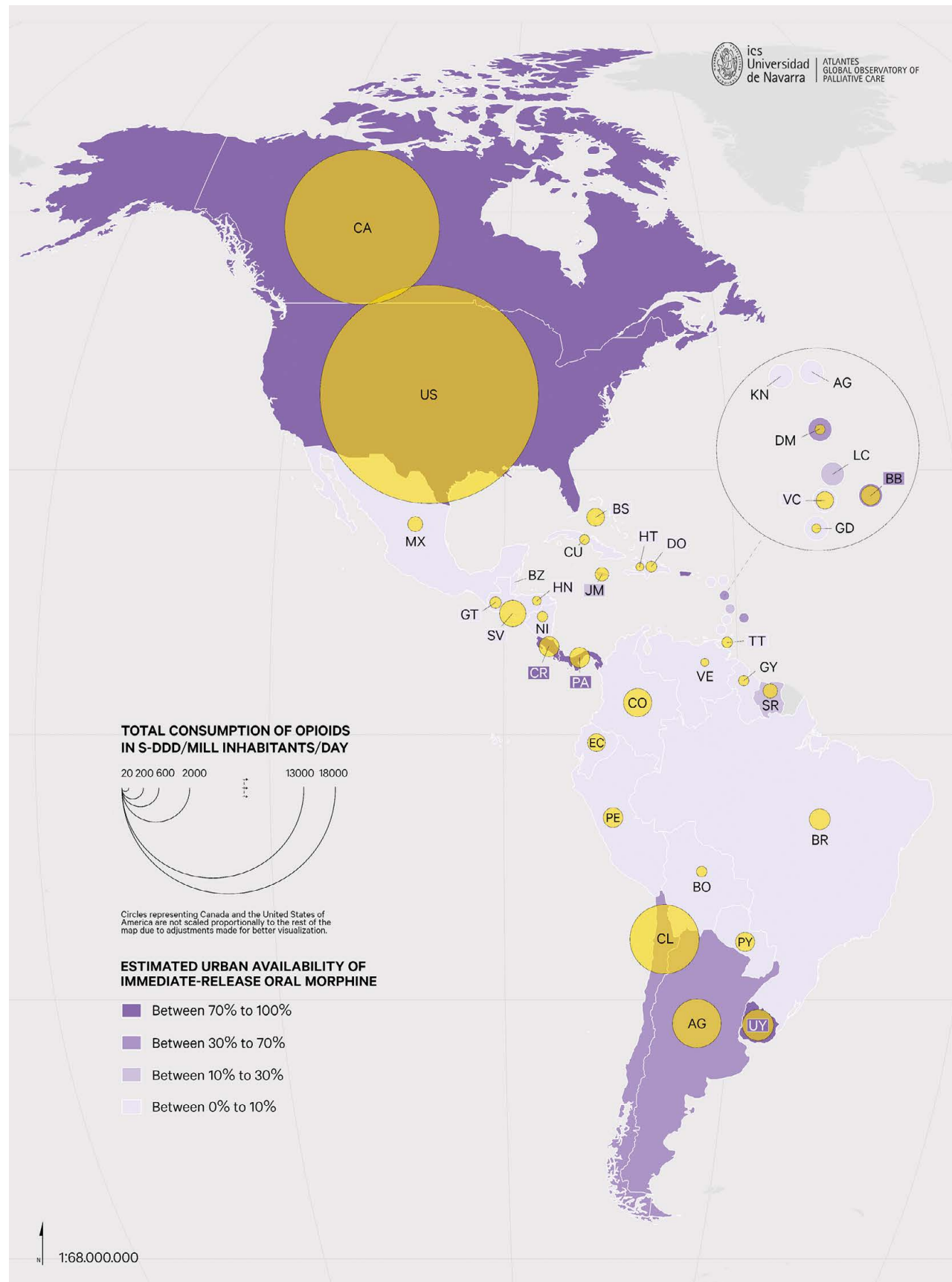
According to the INCB, the average consumption of narcotic drugs (excluding preparations in Schedule III and methadone) and the average use of six strong opioids (morphine, codeine, fentanyl, hydromorphone, buprenorphine, and oxycodone) between 2020–2022, measured in defined daily doses per million inhabitants per day (S-DDD), varies significantly across the Americas.

Average consumption of opioids in DDD (S-DDD) for statistical purposes 2020–2022

Country	S-DDD
Venezuela	17
Haiti	21
Grenada	43
Honduras	45
Cuba	67
Dominica	81
Guyana	86
Nicaragua	91
Trinidad and Tobago	96
Bolivia	102
Rep. Dominicana	106
Guatemala	128
Jamaica	182
Suriname	211
México	230
Bahamas	313
Saint Vincent and the Grenadines	313
Ecuador	318
Paraguay	357
Barbados	367
Perú	376
Costa Rica	385
Panamá	388
Brasil	412
El Salvador	579
Colombia	645
Uruguay	728
Argentina	1,268
Chile	1,896
Canada	2,684
United States	8,178
Antigua y Barbuda	N/A
Belize	N/A
Saint Lucia	N/A

Reported opioid consumption ranges from as low as 17 S-DDD in Venezuela, 21 S-DDD in Haiti, and 43 S-DDD in Grenada, to 12,684 S-DDD in Canada and 18,178 S-DDD in the United States. These vast disparities underscore inequities in access to pain relief and PC, with many LMICs remaining far below thresholds considered adequate for basic medical needs. In contrast, in high-income countries like Canada and the United States, extremely high consumption levels reflect not only greater access but also the influence of other factors, such as the misuse of opioids, which have shaped both public perception and policy responses in ways that differ markedly from those in low- and middle-income countries.

AM Map 4: Essential Medicines



Map 4. Essential medicines.

AM Map 4: Essential Medicines

Key notes. Opioid Consumption in the Americas (2020–2022)

1. Extreme disparities in access: Opioid consumption varies more than 1,000-fold across the region, from 17 S-DDD in Venezuela to over 18,000 S-DDD in the United States, highlighting severe inequities in access to pain relief and PC.

2. Low consumption in most countries: More than 20 countries report very low levels of opioid use (below 400 S-DDD), often reflecting regulatory barriers, lack of trained prescribers, and limited availability in public health systems.

3. High opioid consumption concentrated in two countries, Canada and the United States, shows the highest consumption levels, reflecting not only greater access but also potential patterns of misuse and overprescription, accounting for a disproportionate share of regional availability.

4. In the Americas, stark disparities persist between urban and rural areas in access to essential PC medicines, particularly opioids.

AVAILABILITY OF ESSENTIAL MEDICINES FOR PAIN AND PC AT THE PRIMARY CARE LEVEL

Across the Americas, rural populations face significant barriers to accessing essential PC medicines. While urban areas may have limited availability through hospitals or specialized centers, rural regions often lack services entirely, with access hindered by distance, poor infrastructure, and regulatory restrictions.

Access to essential medicines for pain and PC in Latin America remains highly unequal and fragmented. While most countries have formally incorporated opioids and symptom-control medications into national formularies, real-world availability is restricted, especially at the primary care level and in rural areas. Morphine, methadone, and other strong opioids are typically confined to tertiary hospitals in urban centers. Barriers include complex regulatory frameworks, limited provider training, and a lack of supply chain infrastructure. Argentina and Costa Rica offer promising models, such as Argentina's opioid access strategy (PrAO), discontinued in 2025, and Costa Rica's regularly updated national formulary. In Peru, Ecuador, and El Salvador, key formulations like oral liquid morphine are still absent. Even in countries with legal guarantees, such as Chile or Mexico, rural coverage remains weak. Pediatric formulations and access for home-based care are rare, further limiting effective symptom control.

The Caribbean presents a diverse yet fragmented picture. Many countries rely on the Organisation of Eastern Caribbean States (OECS) procurement systems or the PAHO Strategic Fund to acquire pain and PC medicines, and most have formal essential medicine lists. However, availability at the primary care level is inconsistent. Urban areas such as Barbados, Antigua and Barbuda, and Jamaica generally report better access, including to strong opioids like morphine and fentanyl. Rural areas, however, face recurring stock-outs, weak infrastructure, and regulatory limitations. In Dominica and Trinidad and Tobago, programs such as the Chronic Disease Assistance Programme (CDAP) have improved access through private providers. Still, these are often limited to specific formulations or urban regions. Countries like Saint Vincent and the Grenadines and Grenada lack public data or precise monitoring mechanisms. Prescriptions may be restricted to specialists or hospital pharmacies, which adds delays and travel burdens. While inclusion in formularies is widespread, supply chain fragility and regulatory barriers continue to hinder equitable access.

In North America, essential PC medicines are broadly available in urban settings, but access remains stratified. In the United States, outpatient access to most WHO-recommended PC drugs is possible, yet regulatory restrictions limit opioid use outside of end-of-life or PC contexts. Recent reforms have aimed to ease these constraints, but disparities persist in rural and remote areas. Canada offers UHC, yet access to PC medications outside hospital settings is often restricted to those enrolled in late-stage palliative programs. **Indigenous populations, incarcerated individuals, and residents in remote territories face systemic barriers due to geographic isolation, insurance gaps, and a lack of provider authorization.** ●

%	N°	Countries
Poor 0%-10%	9	The Bahamas, St. Kitts and Nevis, St. Vincent and the Grenadines, Bolivia (Plurinational State of), Nicaragua, Guatemala, Paraguay, Perú and Venezuela
Fair 10%-30%	9	Guyana, Haiti, Suriname, Brazil, Colombia, Cuba, Ecuador, Honduras and México
Good 30%-70%	9	Argentina, Chile, Dominican Rep. El Salvador, Antigua and Barbuda Barbados, Jamaica, St. Lucia, Trinidad and Tobago
Very good 70%-100%	8	Grenada, Dominica, Canada, Belize Costa Rica, Panama, USA, Uruguay

Figure 9. Percentage of primary health centers where EM are available.

AM Map 4: Essential Medicines

GENERAL AVAILABILITY OF IMMEDIATE-RELEASE ORAL MORPHINE (LIQUID OR TABLET) AT THE PRIMARY LEVEL

Across Latin America, the Caribbean, and North America, access to immediate-release oral morphine remains fragmented and inequitable, despite its formal inclusion in many national formularies. Only 5 out of 35 countries reported very good availability at the primary care level, while 18 countries indicated a generalized lack of access to oral morphine.

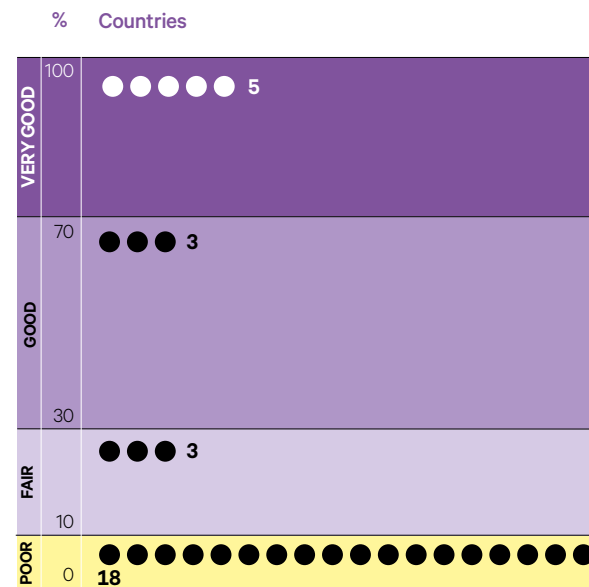


Figure 10. General availability of immediate-release oral morphine (liquid or tablet) at the primary level

In North America, formal access is higher, particularly in urban areas. Canada includes immediate-release morphine in its formulary and ensures widespread pharmacy access, but rural and Indigenous communities continue to face supply gaps and coverage restrictions outside hospital settings. In the United States, opioids are accessible through pharmacies, yet are rarely stocked in primary care clinics due to state-level regulations and prescription monitoring systems. Access is shaped by geography, insurance status, and care eligibility, particularly for patients not enrolled in formal PC or hospice programs.

In the Caribbean, national policies often include essential PC medicines, and regional procurement mechanisms (e.g., OECS, PAHO Strategic Fund) are in place. However, real-world access to immediate-release oral morphine at the primary care level remains unreliable. In countries like Saint Vincent and Belize, morphine is technically authorized but not consistently available due to weak supply chains and limited provider capacity. In Trinidad & Tobago and Dominica, morphine access is centralized in hospitals and often requires prescriptions from oncologists or specialists. Patients in rural areas face

additional burdens of distance and bureaucracy. Common challenges across the region include stigma around opioid use, restrictive prescribing policies, and undertrained staff, limiting effective community-based pain management.

In Latin America, most countries list opioids in their essential medicines' registries, but availability at the primary care level is limited, particularly in rural areas. Morphine is often restricted to tertiary hospitals, with access impeded by stock-outs, strict regulations, and a lack of provider training. Oral liquid morphine and pediatric formulations are rarely available. Countries like Bolivia, Guatemala, and Venezuela report virtually no access to oral morphine at the community level. Even where coverage exists, as in Peru, Mexico, or Brazil, distribution challenges persist. While Costa Rica and Uruguay stand out for structured policies that ensure access at the primary care level, such models are the exception. Overall, regulatory, logistical, and geographic barriers continue to limit equitable pain relief.

Despite policy progress across the Americas, a consistent pattern emerges: inclusion in essential medicines lists does not guarantee real-world availability. Structural health system limitations, ranging from regulation and logistics to workforce and stigma, continue to constrain equitable access to pain relief. Addressing these gaps requires integrated strategies that move beyond formulary inclusion toward implementation, monitoring, and sustained investment in PC infrastructure at the primary care level.

Some key points on the availability of different opioids

Immediate-release oral morphine is rarely available at the primary care level in most Latin American and Caribbean countries, even when included in national formularies.

Sustained-release formulations are more commonly available than immediate-release ones in several countries, but their use is limited by inadequate provider training and prescription barriers.

Oral liquid morphine is virtually absent across the region, limiting options for pediatric, home-based, or dysphagic patients.

In several Latin American countries, including Argentina, Chile, and Uruguay, methadone is commonly used as the first-choice opioid for managing cancer-related pain.

AM Map 5: Palliative Care Education

This chapter will present the availability of undergraduate education resources (integrated into curricula) in medicine and nursing schools, and the existence of a specialization in palliative medicine. Across the Americas, undergraduate education in PC remains limited and uneven, particularly in nursing. While some progress has been made, most countries lack mandatory PC content in medical and nursing curricula.

In North America, Canada has the highest integration, with most medical schools offering elective PC content, and two-thirds including some mandatory instruction. However, clinical exposure is limited. In the United States, there is no national requirement for PC education, and implementation varies widely. Most nursing programs lack standardized PC content, though some use frameworks like the End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC).

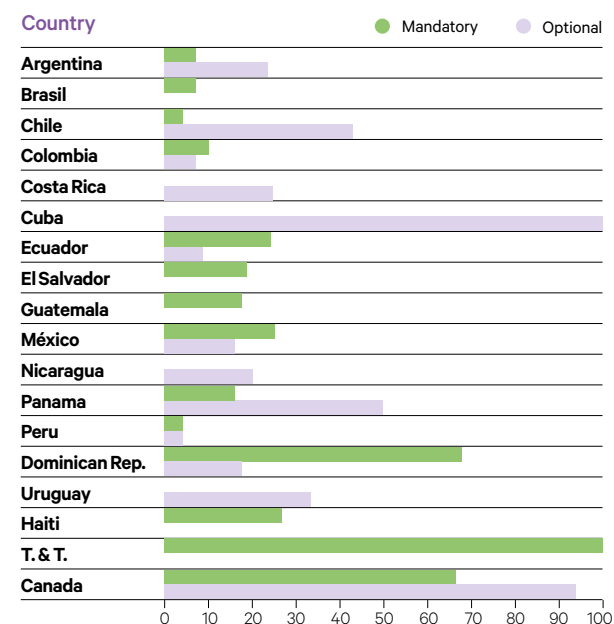
In the Caribbean, PC education is absent mainly at the undergraduate level. Only isolated programs, such as in Haiti and Trinidad and Tobago, provide structured PC mandatory content. In most countries, medical and nursing

students graduate without formal PC training. In Latin America, few medical schools include PC as a required subject; some offer it as an elective (Cuba) or within related fields (geriatrics, oncology). Barriers include a lack of trained faculty, limited curricular space, and weak policy enforcement.

PC TEACHING IN NURSING SCHOOLS

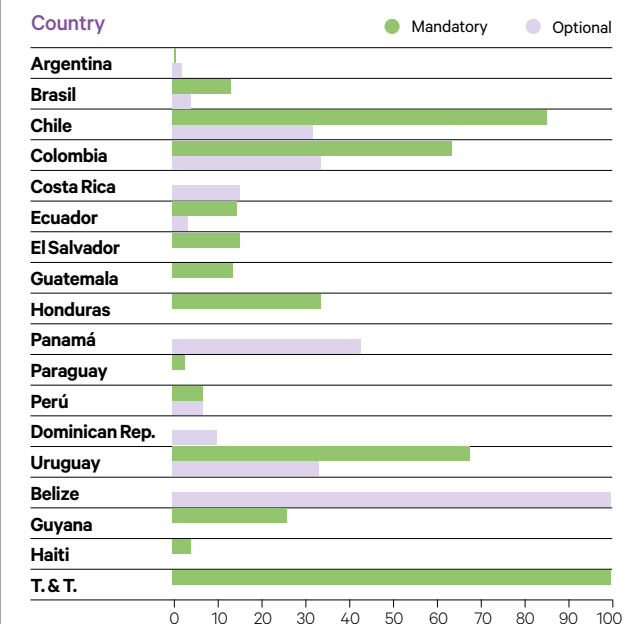
In 14 countries, mandatory PC is taught in at least one nursing school. Only 4.5% of the nursing schools teach mandatory PC in the whole region. Still, only in four countries, Chile, Uruguay, Colombia, and Trinidad & Tobago, do more than 60% of schools include it as a compulsory subject. In contrast, 16 countries report that 0% of nursing schools offer mandatory PC education, and a further four countries (Mexico, Canada, Cuba, and the United States) have no available information. Additionally, 11 countries report that optional PC is taught in most nursing schools that offer the subject, including Chile, Colombia, Panama, and Belize.

Palliative Care Teaching in Medical Schools

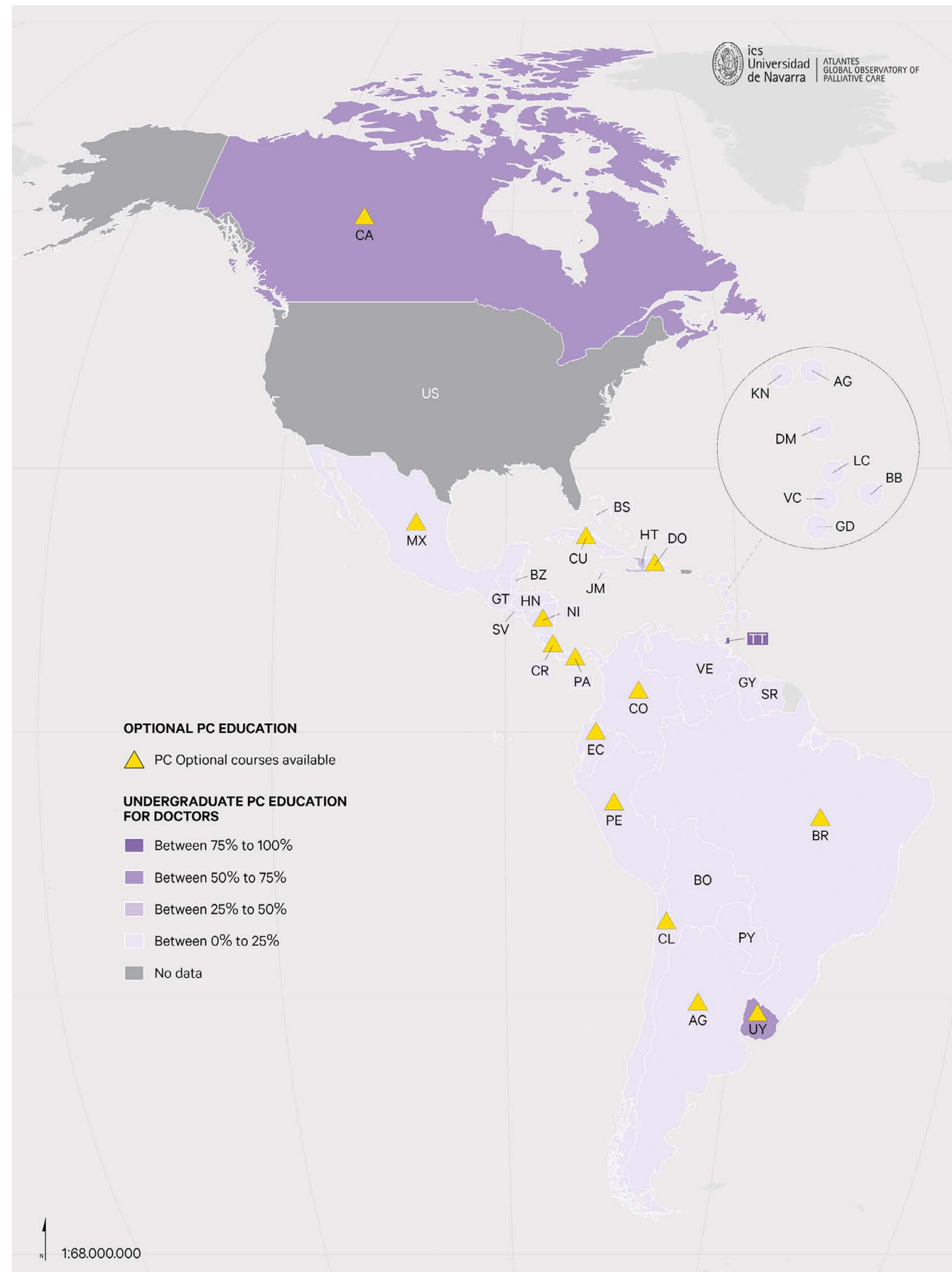


The graphics include only countries that reported mandatory or optional undergraduate education in medical or nursing schools. Data from Bolivia and the United States are not available.

Palliative Care Teaching in Nursing Schools

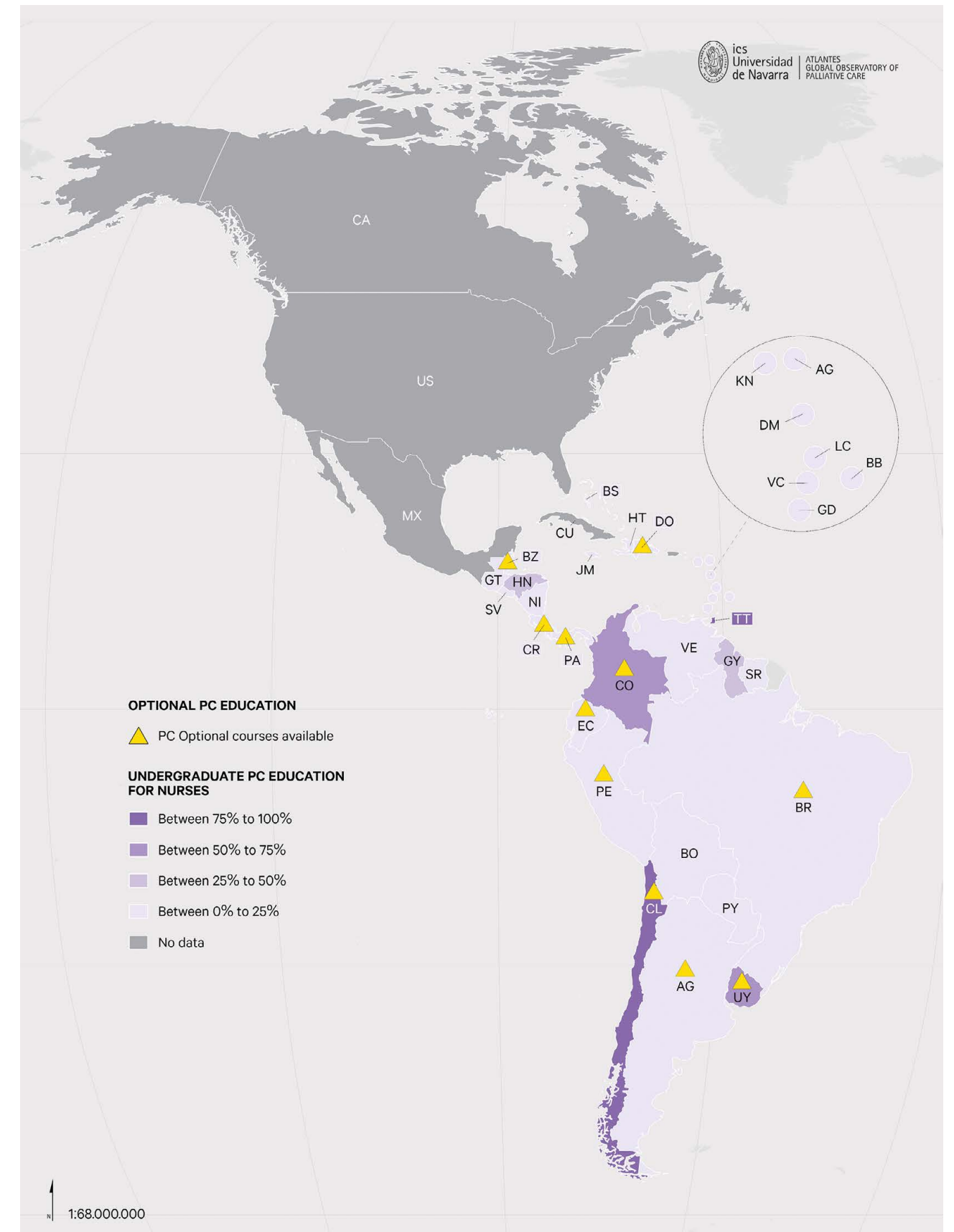


AM Map 5. Palliative Care Education



Map 5.1. Palliative Care Education (Doctors).

AM Map 5. Palliative Care Education



Map 5.2. Palliative Care Education (Nurses).

AM Map 5. Palliative Care Education

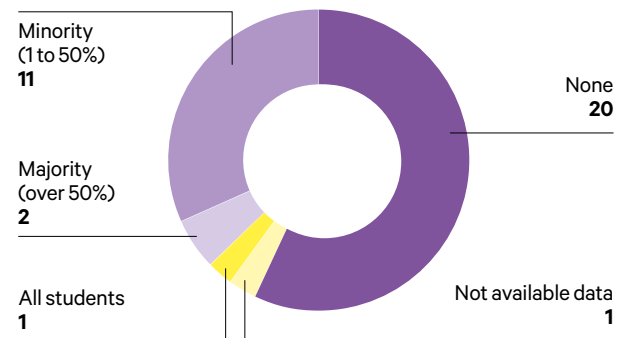


Figure 11. Proportion of future physicians across the Americas receiving mandatory palliative care.

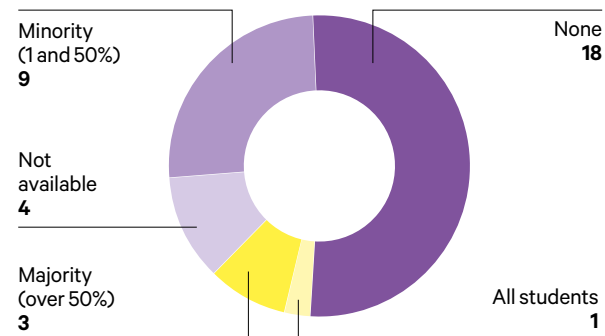


Figure 12. Proportion of future nurses across the Americas receiving mandatory PC teaching

SPECIALIZATION IN PALLIATIVE MEDICINE FOR PHYSICIANS

Palliative medicine is recognized as a specialty or subspecialty (or equivalent designation) by competent national authorities in 13 countries (37 % of those in the Americas). In six additional countries, while there is no formal specialization process, other types of officially recognized diplomas exist, such as certifications for professional categories or job titles related to PC physicians.

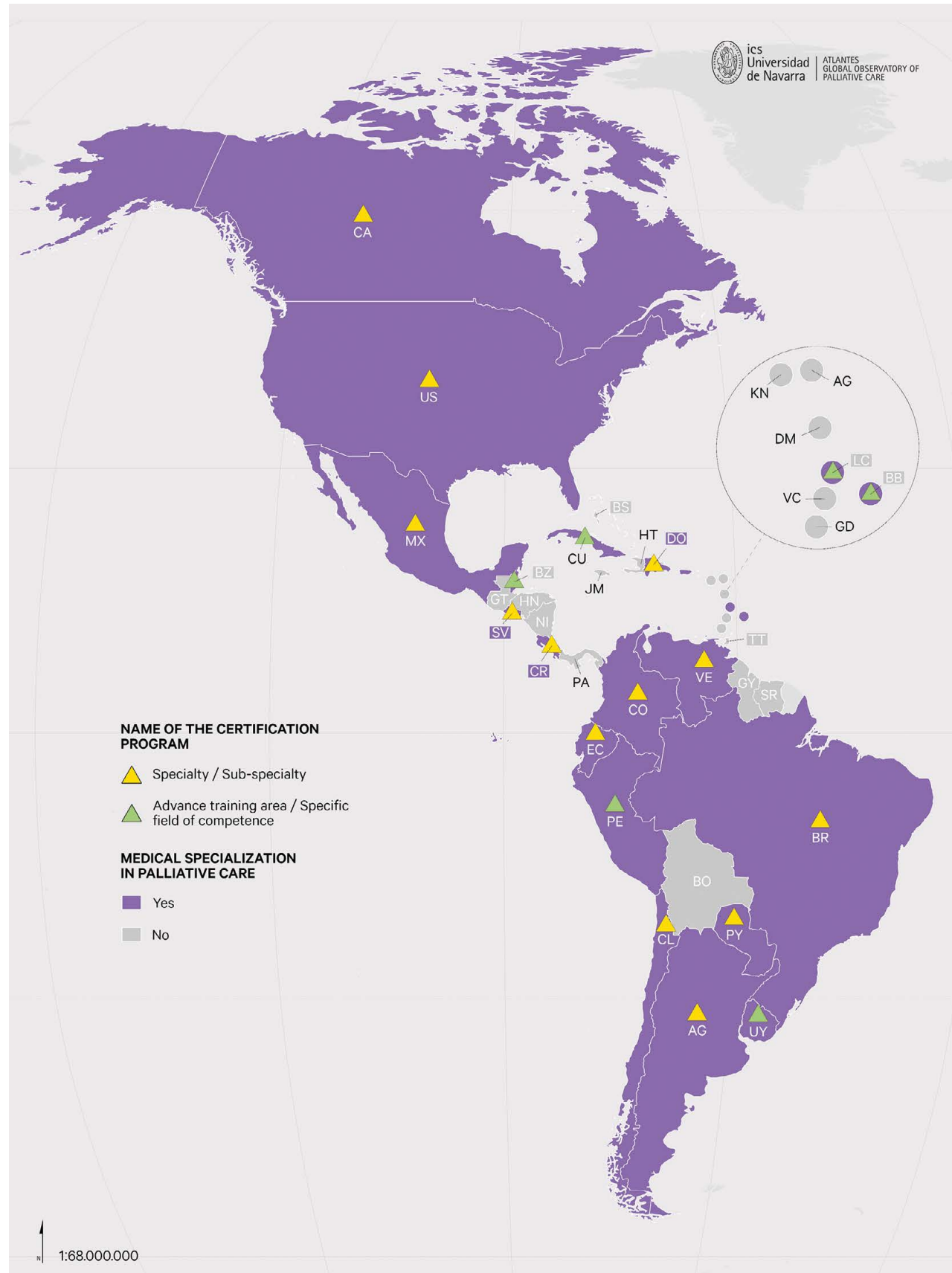
In seven more countries, there are other types of training programs (such as advanced courses or university-based master's degrees), though they lack formal national recognition. In 10 countries, PC has no official recognition in the professional framework. ●

AM Map 5. Palliative Care Education

Specialization in palliative medicine for physicians

Country	Description
Canada	Palliative Medicine is officially recognized as a subspecialty by the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC) for both adult and pediatric care, and acknowledged by national and provincial regulatory bodies in 2017. It applies to both adults and children and is acknowledged by national and provincial regulatory bodies.
United States	The American Board of Medical Specialties (ABMS) and the Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) formally recognized Hospice and Palliative Medicine as a medical subspecialty in 2006. The American Osteopathic Association (AOA) followed in 2007.
Argentina	The Ministry of Health of Argentina recognized PC as a medical specialty through Resolution 1814/2015, and it has been formally adopted in the Autonomous City of Buenos Aires, as well as in the provinces of Buenos Aires and Santa Fe.
Brazil	In 2011, Resolution 1973/201 of the Federal Council of Medicine authorized the development of palliative medicine as a subspecialty. Since then, 17 residency programs in palliative medicine have been established, including a PPC specialization,
Chile	In Chile, the subspecialty of Palliative Medicine was recognized by the National Corporation of Medical Specialties (CONACEM) in 2021. Currently, the Pontifical Catholic University of Chile is the only institution offering a subspecialization program in Palliative Medicine, which includes both clinical training and research.
Colombia	In Colombia, there are several PC specialization programs, both as primary and secondary specialties, offered by nine medical schools. Additionally, one faculty offers a specialization program in PPC.
Costa Rica	Costa Rica established a formal specialization in Adult Palliative Medicine at the University of Costa Rica in 2009, complemented by clinical practice in national hospitals.
Dominican Republic	On July 1, 2024, the Dominican Republic launched the specialty in Palliative Medicine and Pain Clinic.
Ecuador	Since 2018, the Catholic University of Santiago de Guayaquil (UCSG) has offered the first PC specialization in Ecuador. In 2022, UTE and PUCE received official recognition for similar programs.
El Salvador	In El Salvador, the Dr. José Matías Delgado University, through its Faculty of Health Sciences "Dr. Luis Edmundo Vásquez," is implementing an official specialization in Palliative Medicine. The first cohort runs from January 2023 to February 2025.
Mexico	Starting in 2025, a three-year Direct Entry Specialty recognized by UNAM will grant an official federal medical degree. Additionally, two federally accredited two-year subspecialties for anesthesiologists are offered by the Universities of Guadalajara and Guanajuato. In 2023, the first PPC specialty was approved in Jalisco.
Paraguay	In Paraguay, palliative medicine is recognized as a secondary specialty, requiring prior completion of a primary specialty.
Venezuela	Palliative medicine was officially recognized as a medical specialty in Venezuela in 2009, with certification granted by the Ministry of Popular Power for Health and endorsed by national medical associations.

AM Map 5. Palliative Care Education



Map 5.3. Palliative Care Education (Specialization).

AM Map 6. Integrated Health Services

This chapter refers to the capacity of the national health and social system to meet the needs of adults and children with SHS. This entails services integrated into primary care and specialized services (hospice, home care, hospital, outpatient), its interaction with other areas of the health system, accessibility, and commitment to private sector providers.

For this study, we explored whether there exists, in the American countries, a system of specialized PC services or teams that has a geographic reach and is delivered through different service delivery platforms. Other levels were possible depending on whether a country had 1) No or minimal provision of PC specialized services or teams, 2) isolated provision (only in some geographic areas), 3) generalized provision (in many parts of the country but with some gaps, or 4) integrated provision (specialized PC services or teams systematically provided).

According to these definitions, only two countries scored level 4 (see table below).

Of note, Specialized PC services or teams refer to health care services/teams whose main activity is the provision

of PC. These services/teams often provide care for patients with complex needs or severe suffering and, therefore, require staff with specialized training. For this comparative study, within a service, if there are teams identified with distinct functions (such as some teams dedicated to home-based care and others to hospital care), these teams are counted as separate services. If a service's staff performs different roles, like attending to both home and hospital care, it is regarded as a single service.

The Atlas identifies 2,865 specialized PC services in Latin America (including Mexico) and 7,627 in North America, excluding data from Canada, Barbados, Dominica and Grenada due to unavailability.

Service availability ranges from virtually non-existent in countries such as Saint Lucia, Saint Kitts and Nevis, Saint Vincent and the Grenadines, Guyana, and Suriname, to countries that have surpassed the two services per 100,000 inhabitants benchmark recommended by the European Association for Palliative Care (EAPC). Notable examples include the United States, Costa Rica, Uruguay, and Chile.

Overall level of Palliative Care provision

Level 1. Emerging	Level 2. Progressing	Level 3. Established	Level 4. Integrated
Antigua and Barbuda Haiti St. Lucia St. Kitts and Nevis St. Vincent and the Grenadines Suriname	Bahamas, The Barbados Belize Dominica Guyana Jamaica Trinidad and Tobago Bolivia Ecuador El Salvador Guatemala Honduras Nicaragua Paraguay Peru República Dominicana Venezuela	Grenada Canada Argentina Brasil Chile Colombia Cuba Mexico Panama Uruguay	United States Costa Rica

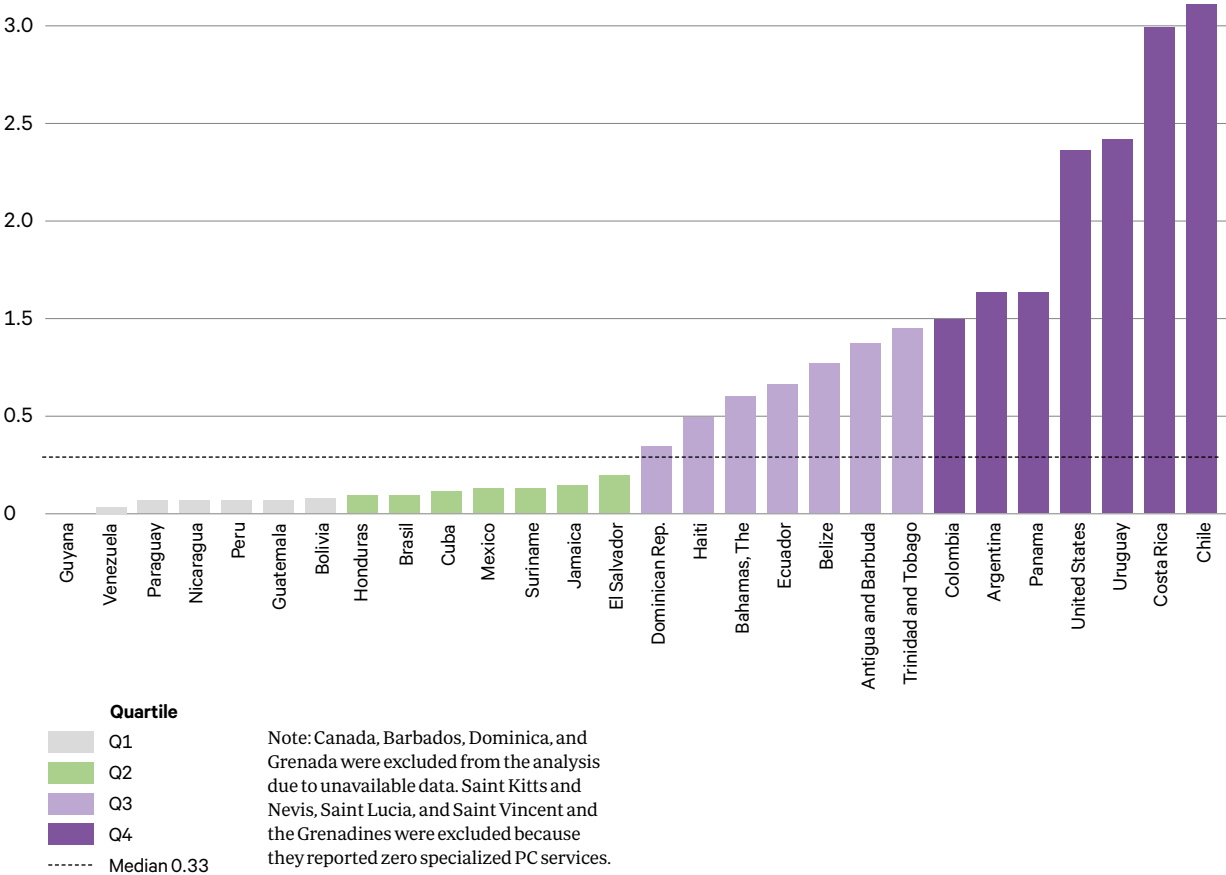
AM Map 6. Integrated Health Services

PALLIATIVE CARE SPECIALIZED SERVICES RANKED IN QUARTILES ACCORDING TO POPULATION RATIO

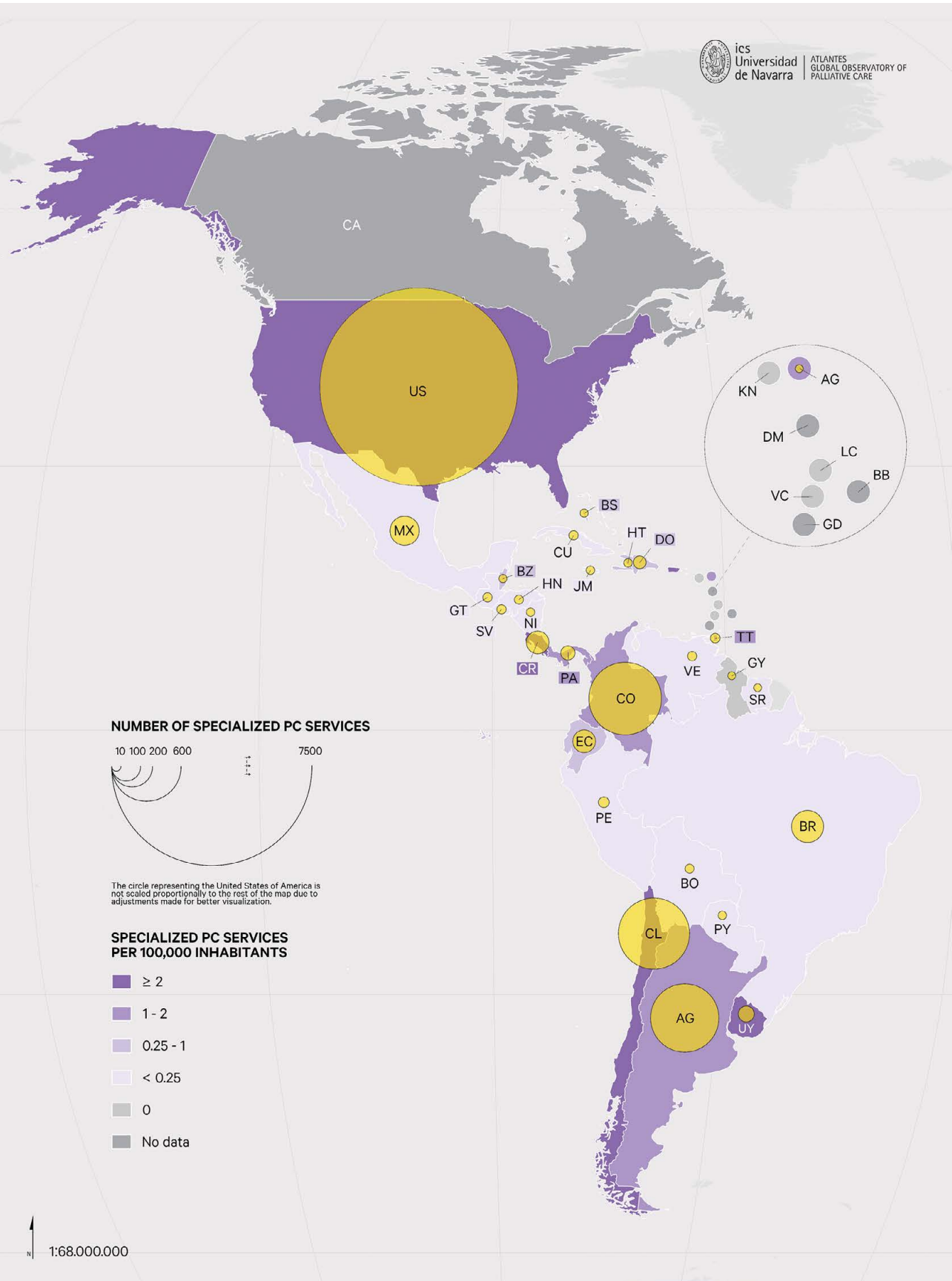
The figure presents the distribution of specialized PC services per 100,000 inhabitants across countries in the Americas, grouped by quartiles. Countries are distributed as follows: Q1 (Lowest): ≤ 0.0975 ; Q2: > 0.0975 y ≤ 0.33 ; Q3: > 0.33 y ≤ 1.1725 and Q4 (Highest): > 1.1725

The American median is 0.33, and the average is 0.70 services per 100000 inhabitants. The variation is significant, ranging from countries with minimal service provision to those surpassing international benchmarks. Countries in the highest quartile, such as Chile, Costa Rica, Uruguay, and the United States, exceed 2 services per 100,000 inhabitants. In contrast, most countries fall within the lower two quartiles, reflecting limited access to specialized services.

Palliative Care per 100,000 inhabitants by country



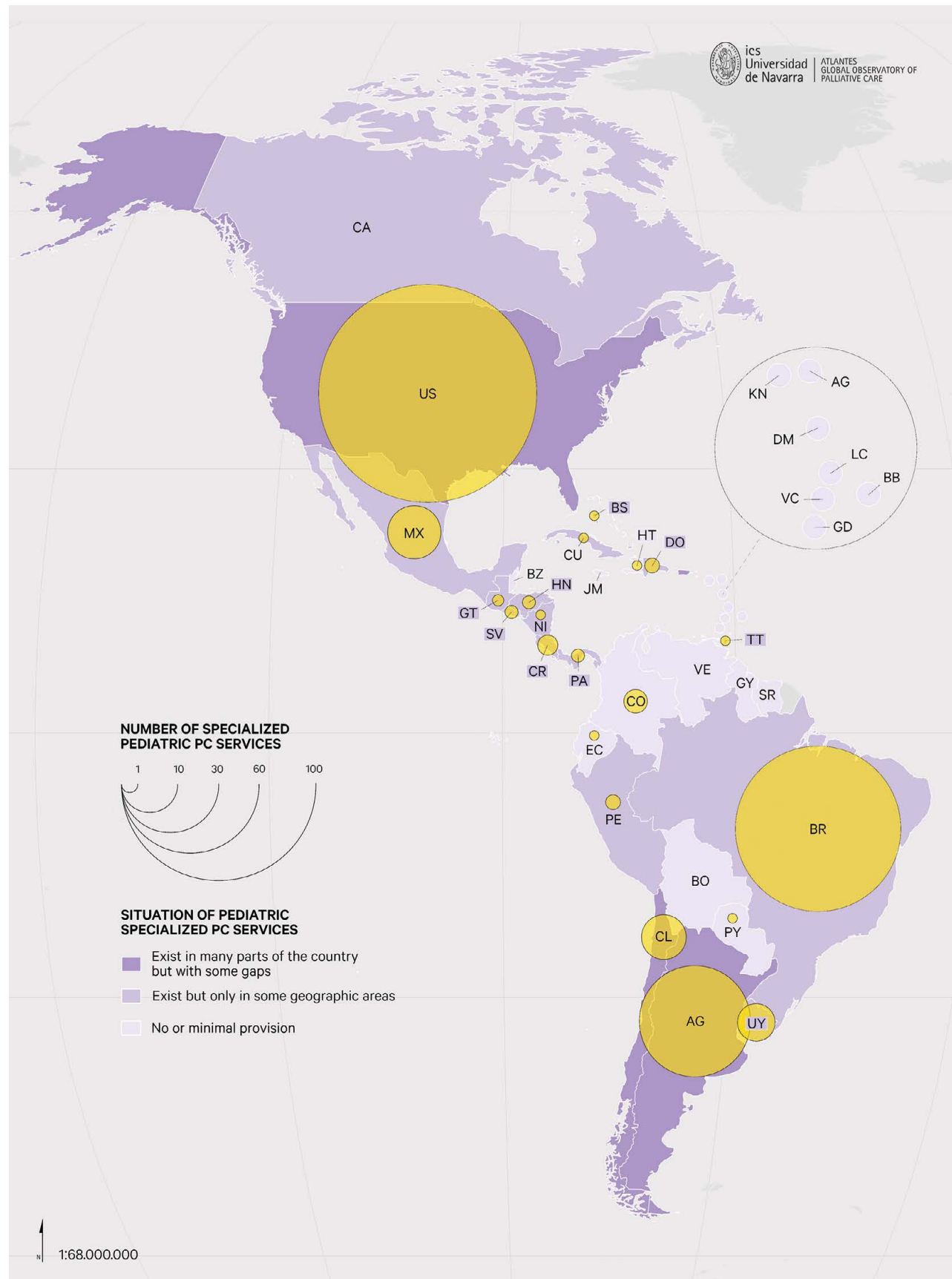
AM Map 6. Integrated Health Services



Map 6.1. Specialized palliative care services across the Americas.



Map 6. Integrated Health Services



Map 6.2. Specialized PC services for children across the Americas.



Map 6. Integrated Health Services

PAEDIATRIC SPECIALIZED PALLIATIVE CARE SERVICES

No country in the Americas reported an advanced level of integration of PPC, meaning that specialized services or teams for children are not systematically available nationwide. Only a few countries, the United States, Argentina, and Chile, reported generalized provision (Level 3), where PPC services exist in many parts of the country, though with notable gaps.

In total, the region hosts 375 PPC services across 22 countries, with significant variation in distribution. Several countries, such as The Bahamas, Haiti, Trinidad and Tobago, Paraguay, Ecuador, Cuba, Uruguay, and Nicaragua, report minimal provision. In contrast, others, such as Canada, Mexico, and Brazil (Level 2), have achieved an isolated provision: PPC specialized services or teams exist but only in some geographic areas. No data were available on the number of services in Canada.

Number of Specialized Paediatric PC Services



AM Map 6. Integrated Health Services

Some key notes of specialized PPC services

CANADA

Despite the presence of specialized PPC programs in major urban centers, access remains highly centralized. Fewer than 18% of children who need PC receive it, with most rural and remote regions relying solely on virtual support.

UNITED STATES

PPC is well established in major children's hospitals, with 80% offering specialized programs and around 120–125 services nationwide. However, access remains uneven, particularly in rural areas, where families often depend on telemedicine and few standalone pediatric hospices are available.

BRAZIL

Brazil has over 90 specialized PPC services, mainly established after 2010 and concentrated in the Southeast region. Most are hospital-based, with limited bed capacity, and while nearly all include a physician, only 75% have dedicated pediatric time.

ARGENTINA

Argentina has 59 specialized PPC programs, primarily in major urban hospitals. Despite formal recognition of the specialty and early institutional development, geographic distribution remains uneven, with some provinces lacking dedicated services.

MEXICO

Although PPC has expanded in Mexico, services remain limited and unevenly distributed. Most states still lack specialized teams, despite national data reporting up to 26 programs, with only a few dedicated exclusively to pediatric care.

CHILE

Chile guarantees PPC through national legislation, with 21 services currently in place, including 11 specialized units operating under a common protocol since 2003. While many services are mixed, access remains limited for children with non-oncological conditions and complex chronic needs.

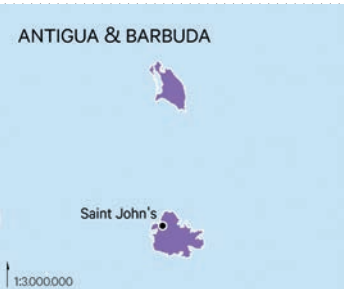
URUGUAY

Uruguay has 17 specialized PPC teams and seven mixed teams. The national referral center at Pereira Rossell Hospital leads both care and training, offering interdisciplinary education programs that strengthen workforce capacity across the country.

COSTA RICA

Costa Rica provides seven PPC services through mixed hospital and home-based units. These include specialized teams in the National Children's Hospital and regional centers, supported by the Pro-Unit Foundation for PPC.

Country reports North America and the Caribbean



General data

POPULATION, 2024
93,772

SURFACE KM², 2022
440

PHYSICIANS/1000 INH, 2021
N/A

NURSES/1000 INH, 2021-2022
N/A

Socioeconomic data

COUNTRY INCOME LEVEL, 2022
High

HUMAN DEVELOPMENT INDEX RANKING, 2023
53

GDP PER CAPITA (US\$), 2023
21,787.10

HEALTH EXPENDITURE PER CAPITA (US\$), 2021
923.41

UNIVERSAL HEALTH COVERAGE, 2021
76



WHO FRAMEWORK FOR PALLIATIVE CARE DEVELOPMENT

- Ⓐ EMPOWERMENT OF PEOPLE AND COMMUNITIES
- Ⓑ POLICIES
- Ⓒ RESEARCH
- Ⓓ USE OF ESSENTIAL MEDICINES
- Ⓔ EDUCATION AND TRAINING
- Ⓕ PROVISION OF PC

LEVEL OF DEVELOPMENT

- 1 EMERGING
- 2 PROGRESSING
- 3 ESTABLISHED
- 4 ADVANCED

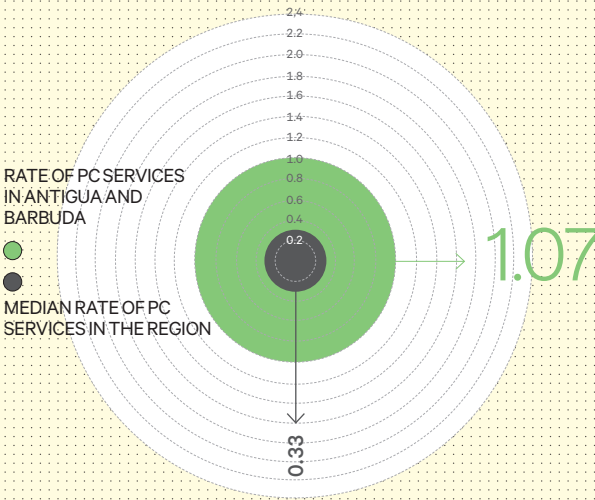
Antigua and Barbuda

Ⓕ Provision of PC (Specialized Services)

Total number of Specialized PC services
1

Rate of PC services per 100,000 inhabitants
1.07

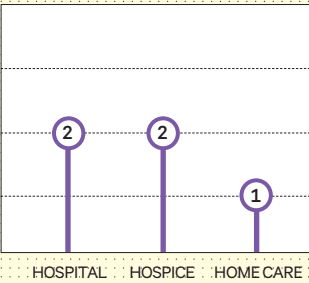
Antigua and Barbuda in the context of the region



Geographic distribution and integration of PC services



Level of development of different types of PC services



Pediatric PC Services

GEOGRAPHIC DISTRIBUTION AND INTEGRATION
1

TOTAL NUMBER
0

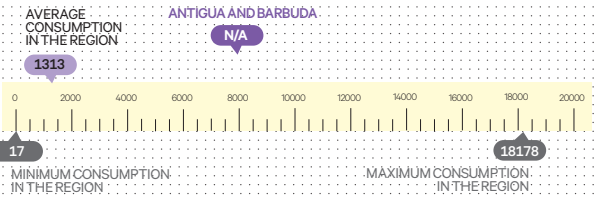


Antigua and Barbuda

Ⓓ Use of essential medicines

Opiods consumption (excluding methadone)
N/A
S-DDD/MILL INHABITANTS/DAY

Antigua and Barbuda in the context of the region



Overall availability of essential medicines for pain and PC at the primary level



General availability of immediate-release oral morphine at the primary level



Ⓒ Research

PC-related research articles
1

Existence of PC congresses or scientific meetings
1



Consultants: Cherie Tulloch.
National Association: -

Data collected: November 2024-June 2025
Report validated by consultants: Yes
Endorsed by National PC Association: -
Edition: Edited by Atlantes Research Team (University of Navarra, Spain).

Ⓔ Education & Training

Medical schools with mandatory PC teaching
0/2

Nursing schools with mandatory PC teaching
0/1

Recognition of PC specialty
1

Ⓑ Policies

National PC plan or strategy
1

Responsible authority for PC in the Ministry of Health
1

Inclusion of PC in the basic health package at the primary care level
1

Ⓐ Empowerment of people and communities

Groups promoting the rights of PC patients
1

Advanced care planning-related policies
1

AM

Antigua and Barbuda

People & Communities

Ind1

Existence of groups dedicated to promoting the rights of patients in need of PC, their care-givers, and disease survivors.



Only isolated activity can be detected.

There is no national PC association in Antigua and Barbuda. However, cancer support organizations provide assistance to individuals diagnosed with cancer, although their focus is not specifically on PC. The Antigua and Barbuda Cancer Support Community (ABCSC) offers medical assistance and monetary donations to cancer survivors and their families. Additionally, the Caribbean Cancer Portal, a regional initiative, aims to improve the quality of life for individuals affected by cancer by enhancing knowledge about prevention and care, and supporting informed decision-making regarding health and treatment. This platform provides resources that may benefit cancer patients in Antigua and Barbuda.

Ind2

Is there a national policy or guideline on advance directives or advance care planning?



There is no national policy or guideline on advance care planning.

Antigua and Barbuda currently has no specific national policy, legislation, or guidelines addressing advance care planning related to medical decisions for the use of life-sustaining treatment or end-of-life care.

Policies

Ind3

3.1. There is a current national PC plan, program, policy, or strategy.



Do not know or does not exist.

3.2. The national palliative care plan (or program or strategy or legislation) is a standalone.



Not known or does not exist neither standalone nor is included in another national plan.

Antigua and Barbuda does not currently have a national PC plan, program, policy, or strategy with a defined implementation framework. Plans are underway to develop a national strategy aimed at eliminating cervical cancer in alignment with the WHO 90/70/90 targets, which will include care for individuals diagnosed with advanced cervical cancer requiring palliation. While there is no specific PC strategy, the National Policy and Plan of Action on Healthy Ageing (2017-2027) highlights the need to enhance training opportunities in end-of-life and PC for healthcare workers and caregivers.

AM

Antigua and Barbuda

Policies

3.3. There are indicators in the national plan to monitor and evaluate progress, with measurable targets.



Not known or does not exist.

Ind4

PC services are included in the list of priority services for Universal Health Coverage at the primary care level in the national health system.



Not at all.

PC is not explicitly mentioned in the current National Strategic Plan for Health of Antigua and Barbuda. Nevertheless, it is incorporated into the primary healthcare services offered within the public health system. According to WHO data, PC is generally accessible at the primary care level across the country. Furthermore, the National Policy and Plan of Action on Healthy Ageing (2017-2027) highlights the importance of ensuring availability, accessibility, affordability, and quality of primary healthcare, including long-term and community-based care services.

Ind5

5.1. Is there a national authority for palliative care within the government or the Ministry of Health?



There is no coordinating entity.

The Ministry of Health, Wellness, and Environment in Antigua and Barbuda does not have a dedicated department or authority specifically responsible for cancer care or PC. Between 2015 and 2023, the ministry collaborated with The Cancer Centre of the Eastern Caribbean (TCCEC) to offer radiation therapy services. However, following TCCEC's closure in 2023, patients now access radiation therapy and other specialized cancer services abroad through the Ministry's Medical Benefits Scheme. At present, there is no standalone cancer care unit within the ministry, nor is there a separate national authority overseeing PC.

5.2. The national authority has concrete functions, budget and staff.



Does not have concrete functions or resources (budget, staff, etc.).

AM

Antigua and Barbuda

Research

Ind6

Existence of congresses or scientific meetings at the national level specifically related to PC.



There are no national congresses or scientific meetings related to palliative care.

There is no information available indicating that Antigua and Barbuda hosts national congresses or scientific meetings specifically dedicated to PC.

Ind7

Estimation of the level of peer-reviewed articles focusing on PC research published in any language in the past 5 years with at least one author from the country.



Indicates a minimal or non-existent number of articles published on the subject in that country.

PC research specific to Antigua and Barbuda is scarce, with no peer-reviewed articles authored by researchers from the country.

Medicines

Ind8

Reported annual opioid consumption –excluding methadone– in S-DDD per million inhabitants per day.

N/A

AM

Antigua and Barbuda

Medicines

Ind9

9.1. Percentage of health facilities at the primary care level in Urban areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.



Good: Between 30% to 70%.

9.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.



Poor: Between 0% to 10%.

The availability of essential medicines for pain and PC at the primary care level in Antigua and Barbuda is rated as good in urban areas. Medications available include acetylsalicylic acid, ibuprofen, paracetamol (acetaminophen), codeine, fentanyl, morphine, amitriptyline, dexamethasone, diazepam, docusate sodium, fluoxetine, haloperidol, hyoscine butylbromide, hyoscine hydrobromide, loperamide, metoclopramide, midazolam, and ondansetron, with palonosetron listed as a therapeutic alternative. The percentage of health facilities at the primary care level in rural areas with these medications is not known.

Ind10

10.1. Percentage of health facilities at the primary care level in urban areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).



Poor: Between 0% to 10%.

10.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).



Poor: Between 0% to 10%.

The general availability of immediate-release oral morphine (liquid or tablet) at the primary care level in Antigua and Barbuda is limited.

AM

Antigua and Barbuda

Education & Training

Ind11

- 11.1. The proportion of medical schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching)
- 11.2. The proportion of medical schools with **OPTIONAL** teaching in PC.
- 11.3. The proportion of nursing schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching).
- 11.4. The proportion of nursing schools with **OPTIONAL** teaching in PC.

0/2

0/2

0/1

0/1



In Antigua and Barbuda, there are two medical schools: the University of Health Sciences Antigua (UHSA) and the American University of Antigua (AUA). Neither institution includes PC as a compulsory or optional subject in their undergraduate curricula. Additionally, the country has one nursing school, also at the UHSA, which does not offer PC education as either a compulsory or optional component of its program.

Ind12

- Existence of an official specialization process in palliative medicine for physicians, recognised by the competent authority in the country.



There is no process on specialization for palliative care physicians.

There is no available process for specialization in palliative medicine for physicians within Antigua and Barbuda. **Individuals eligible for training in PC may receive government support to pursue specialization abroad.** All medical doctors and nurses are required to meet the general licensure requirements established by their respective professional councils to provide healthcare services in the country.

AM

Antigua and Barbuda

Provision of PC / Specialized Services

Ind13

- 13.1. There is a system of Specialized PC services or teams in the country that has a **GEOGRAPHIC** reach and is delivered through different service delivery platforms.
- 13.2. Are available in **HOSPITALS** (public or private), such as hospital PC teams (consultation teams), and PC units (with beds), to name a few examples.
- 13.3. Free-standing **HOSPICES** (including hospices with inpatient beds).
- 13.4. **HOME CARE** teams (Specialized in PC) are available in the community (or at the primary Healthcare level), as independent services or linked with hospitals or hospices.
- 13.5. Total number of Specialized PC services or teams in the country.



No or minimal provision of palliative care specialized services or teams exist in the country.



Ad hoc/ in some parts of the country.



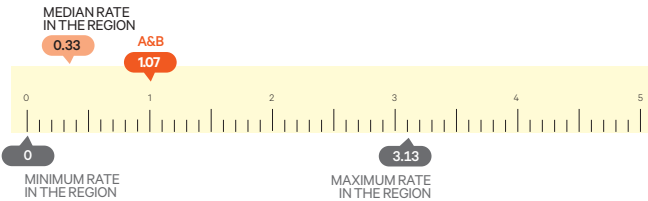
Ad hoc/ in some parts of the country.



Not at all.

Antigua and Barbuda has one specialized PC service, the **St. John's Hospice**, a non-profit organization located in St. John's. It provides nine beds for terminally ill patients and two beds for short-term nursing care. Established in January 2012, it is overseen by a Board of Directors, with the Governor General, His Excellency Sir Rodney Williams, serving as Patron. There are no specialized PC teams associated with either the hospice or hospital that operate within the community to provide PC services. In Antigua y Barbuda, the services ratio is 1.07 per 100,000 inhabitants.

RATE OF SPECIALIZED PC SERVICES/100,000 INH



1
← SPECIALIZED PALLIATIVE CARE SERVICES

Ind14

- 14.1. There is a system of Specialized PC services or teams for **children** in the country that has geographic reach and is delivered through different service delivery platforms.
- 14.2. Number of pediatric Specialized PC services or teams in the country.



No or minimal provision of palliative care specialized services or teams for children exists in country.

0

PPC TEAMS

In Antigua and Barbuda, there are no specialized PC services available for children.



General data

POPULATION, 2024
401,283

SURFACE KM², 2022
13,880

PHYSICIANS/1000 INH, 2021
N/A

NURSES/1000 INH, 2021-2022
N/A

Socioeconomic data

COUNTRY INCOME LEVEL, 2022
High

HUMAN DEVELOPMENT INDEX RANKING, 2023
66

GDP PER CAPITA (US\$), 2023
35,896.51

HEALTH EXPENDITURE PER CAPITA (US\$), 2021
1,961.68

UNIVERSAL HEALTH COVERAGE, 2021
77



WHO FRAMEWORK FOR PALLIATIVE CARE DEVELOPMENT

- Ⓐ EMPOWERMENT OF PEOPLE AND COMMUNITIES
- Ⓑ POLICIES
- Ⓒ RESEARCH
- Ⓓ USE OF ESSENTIAL MEDICINES
- Ⓔ EDUCATION AND TRAINING
- Ⓕ PROVISION OF PC

LEVEL OF DEVELOPMENT

- 1 EMERGING
- 2 PROGRESSING
- 3 ESTABLISHED
- 4 ADVANCED

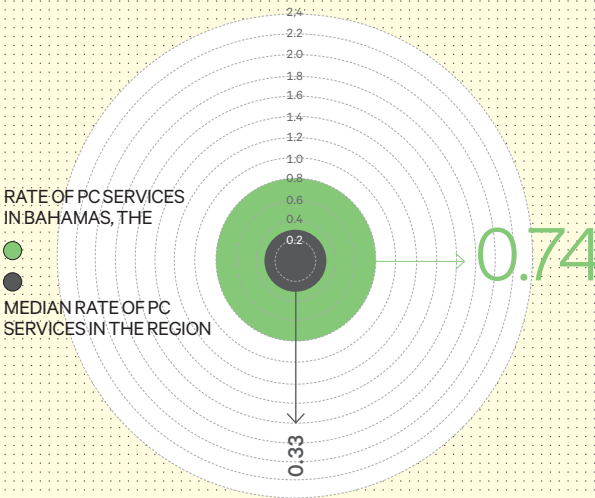
Bahamas, The

Ⓕ Provision of PC (Specialized Services)

Total number of Specialized PC services
3

Rate of PC services per 100,000 inhabitants
0.74

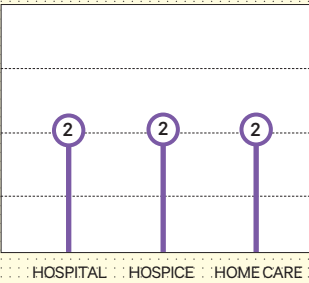
Bahamas, The in the context of the region



Geographic distribution and integration of PC services



Level of development of different types of PC services



Pediatric PC Services

GEOGRAPHIC DISTRIBUTION AND INTEGRATION



TOTAL NUMBER

1

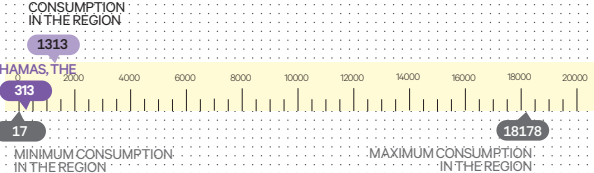


Bahamas, The

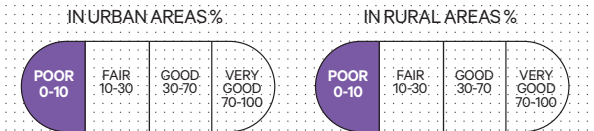
Ⓓ Use of essential medicines

Opiods consumption (excluding methadone)
313
S-DDD/MILL INHABITANTS/DAY

Bahamas, The in the context of the region



Overall availability of essential medicines for pain and PC at the primary level



General availability of immediate-release oral morphine at the primary level



Ⓒ Research

PC-related research articles



Existence of PC congresses or scientific meetings



Consultants: Margo Munroe.
National Association: -

Data collected: November 2024-June 2025
Report validated by consultants: Yes
Endorsed by National PC Association: -
Edition: Edited by Atlantes Research Team (University of Navarra, Spain).

Ⓔ Education & Training

Medical schools with mandatory PC teaching
0/1



Nursing schools with mandatory PC teaching
0/3



Recognition of PC specialty
1

Ⓑ Policies

National PC plan or strategy
1

Responsible authority for PC in the Ministry of Health
1

Inclusion of PC in the basic health package at the primary care level
1

Ⓐ Empowerment of people and communities

Groups promoting the rights of PC patients
2

Advanced care planning-related policies
1

AM

Bahamas, The

People & Communities

Ind1

Existence of groups dedicated to promoting the rights of patients in need of PC, their care-givers, and disease survivors.



Pioneers, champions, or advocates of palliative care can be identified, but without a formal organization constituted.

PC in Bahamas has seen gradual progress, with pioneers and advocates championing the cause, though without a formal organization established.

Ind2

Is there a national policy or guideline on advance directives or advance care planning?



There is no national policy or guideline on advance care planning.

Policies

Ind3

3.1. There is a current national PC plan, program , policy, or strategy.



Do not know or does not exist.

The most recent National Multi-Sectoral Non-Communicable Disease Strategy and Plan of Action for The Bahamas (2017) does not include PC as a defined component. As of now, there is no dedicated national PC plan, program , policy, or strategy with an established implementation framework in the country.

3.2. The national palliative care plan (or program or strategy or legislation) is a standalone.



Not known or does not exist neither standalone nor is included in another national plan.

AM

Bahamas, The

Policies

3.3. There are indicators in the national plan to monitor and evaluate progress, with measurable targets.



Not known or does not exist.

Ind4

PC services are included in the list of priority services for Universal Health Coverage at the primary care level in the national health system.



Not at all.

PC is not currently available in primary health care facilities in The Bahamas. It is not included as a defined service within the national health system's package of priority services for UHC.

Ind5

5.1. Is there a national authority for palliative care within the government or the Ministry of Health?



There is no coordinating entity.

5.2. The national authority has concrete functions, budget and staff.



Does not have concrete functions or resources (budget, staff, etc.).

AM

Bahamas, The

Research

Ind6

Existence of congresses or scientific meetings at the national level specifically related to PC.



There are no national congresses or scientific meetings related to palliative care.

Ind7

Estimation of the level of peer-reviewed articles focusing on PC research published in any language in the past 5 years with at least one author from the country.



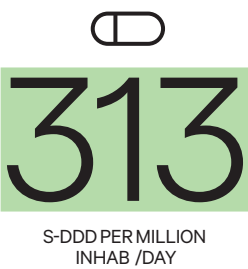
Indicates a minimal or non-existent number of articles published on the subject in that country.

Medicines

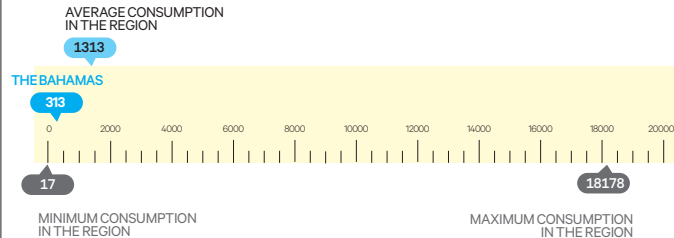
Ind8

Reported annual opioid consumption –excluding methadone– in S-DDD per million inhabitants per day.

Average consumption of opioids, in defined daily doses (S-DDD) for statistical purposes per million inhabitants per day.



COUNTRY VS REGION



AM

Bahamas, The

Medicines

Ind9

9.1. Percentage of health facilities at the primary care level in Urban areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.



Poor: Between 0% to 10%.

9.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.



Poor: Between 0% to 10%.

The Supplies Management Agency of the Public Hospital Authority is responsible for the procurement of medicines and medical supplies in The Bahamas. The National Prescription Drug Plan (NPDP), administered by the National Insurance Board, aims to improve access to medicines for individuals living with non-communicable diseases (NCDs) in both the public and private sectors. While the NPDP is a key initiative to enhance healthcare access and quality of life, its primary focus is on chronic disease management rather than PC. In 2019, the procurement list of medicines available under the NPDP, supplied to primary care health facilities, covered only 28.7% of all essential NCD medicines. Additionally, only 5.1% of essential PC medicines were included in the NPDP formulary, highlighting limited availability of essential medications for pain and PC at the primary care level.

Ind10

10.1. Percentage of health facilities at the primary care level in urban areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).



Poor: Between 0% to 10%.

10.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).



Poor: Between 0% to 10%.

The NPDP Formulary List (2019–2021) includes tramadol as the only listed opioid. However, no oral narcotics, including immediate-release oral morphine, are dispensed in primary health care clinics.

AM

Bahamas, The

Education & Training

Ind11

11.1. The proportion of medical schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching)

0/1



In The Bahamas, the Western Atlantic University School of Medicine is the only medical school in the country. However, its curriculum does not include PC modules, either as a mandatory or optional course. There are at least three nursing schools offering a Bachelor of Science in Nursing : Southern College, Terreve University College, University of The Bahamas. None of these nursing schools have PC integrated into their curricula, whether as a mandatory or optional subject. This reflects a lack of formal PC education at the undergraduate level for both medical and nursing students in The Bahamas.

11.2. The proportion of medical schools with **OPTIONAL** teaching in PC.

0/1

11.3. The proportion of nursing schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching).

0/3

11.4. The proportion of nursing schools with **OPTIONAL** teaching in PC.

0/3

Ind12

Existence of an official specialization process in palliative medicine for physicians, recognised by the competent authority in the country.



There is no process on specialization for palliative care physicians.

PC is not included in the specialist list of the Bahamas Medical Council.

AM

Bahamas, The

Provision of PC / Specialized Services

Ind13

13.1. There is a system of Specialized PC services or teams in the country that has a **GEOGRAPHIC** reach and is delivered through different service delivery platforms.



Isolated provision: Exists but only in some geographic areas.

13.2. Are available in **HOSPITALS** (public or private), such as hospital PC teams (consultation teams), and PC units (with beds), to name a few examples.



Ad hoc/ in some parts of the country.

13.3. Free-standing **HOSPICES** (including hospices with inpatient beds).



Ad hoc/ in some parts of the country.

13.4. **HOME CARE** teams (Specialized in PC) are available in the community (or at the primary Healthcare level), as independent services or linked with hospitals or hospices.

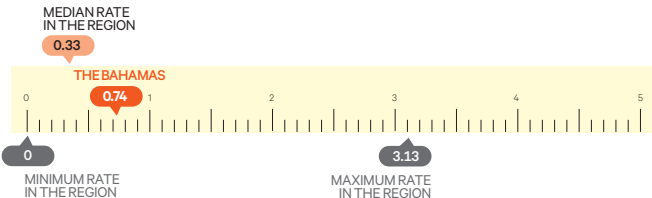


Ad hoc/ in some parts of the country.

13.5. Total number of Specialized PC services or teams in the country.

In The Bahamas, Palliative Care Bahamas (PCB) is the primary provider of specialized PC services, offering both hospital-based and home-based care. In 2011, PC was formally introduced at the PMH Oncology Clinic. Since then, services have expanded and are now accessible in both public and private hospitals and the wider community, including the outlying islands. These services include weekly ambulatory clinics, in-hospital consultations, and home-based hospice care

RATE OF SPECIALIZED PC SERVICES/100,000 INH



3
← SPECIALIZED PALLIATIVE CARE SERVICES

Ind14

14.1. There is a system of Specialized PC services or teams for **children** in the country that has geographic reach and is delivered through different service delivery platforms.



Isolated provision: palliative care specialized services or teams for children exist but only in some geographic areas.

14.2. Number of pediatric Specialized PC services or teams in the country.

1

PPC TEAMS



BARBADOS

Bridgetown

1:3000000

General data

POPULATION, 2024

282,467

SURFACE KM², 2022

430

PHYSICIANS/1000 INH, 2021

2.88

NURSES/1000 INH, 2021-2022

N/A

Socioeconomic data

COUNTRY INCOME LEVEL, 2022

High

HUMAN DEVELOPMENT INDEX RANKING, 2023

69

GDP PER CAPITA (US\$), 2023

23,804.02

HEALTH EXPENDITURE PER CAPITA (US\$), 2021

1,400.44

UNIVERSAL HEALTH COVERAGE, 2021

77



WHO FRAMEWORK FOR PALLIATIVE CARE DEVELOPMENT

- ① EMPOWERMENT OF PEOPLE AND COMMUNITIES
- ② POLICIES
- ③ RESEARCH
- ④ USE OF ESSENTIAL MEDICINES
- ⑤ EDUCATION AND TRAINING
- ⑥ PROVISION OF PC

LEVEL OF DEVELOPMENT

- ① EMERGING
- ② PROGRESSING
- ③ ESTABLISHED
- ④ ADVANCED

Barbados

⑥ Provision of PC (Specialized Services)

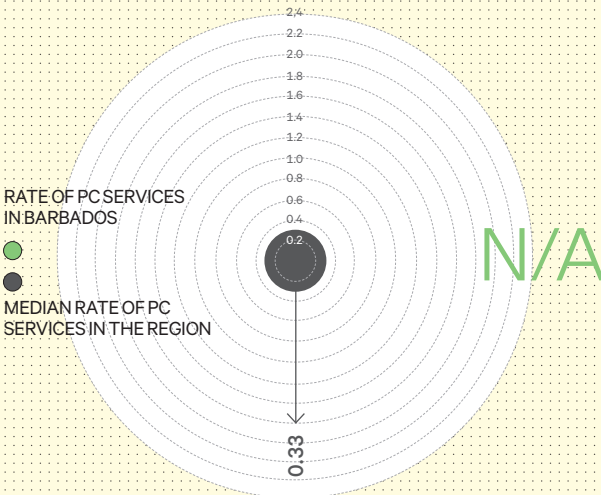
Total number of Specialized PC services

N/A

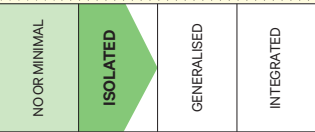
Rate of PC services per 100,000 inhabitants

—

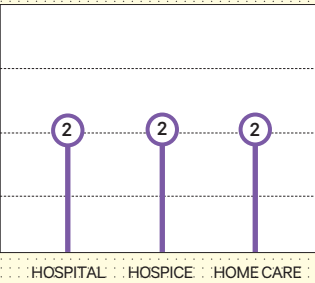
Barbados in the context of the region



Geographic distribution and integration of PC services



Level of development of different types of PC services



Pediatric PC Services

GEOGRAPHIC DISTRIBUTION AND INTEGRATION



TOTAL NUMBER

0



Barbados

④ Use of essential medicines

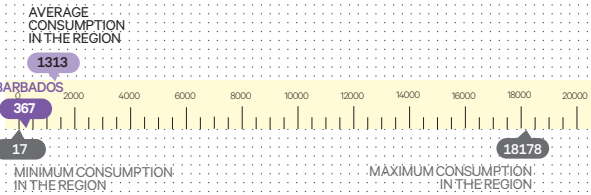


Opioids consumption (excluding methadone)

367

S-DDD/MILL INHABITANTS/DAY

Barbados in the context of the region



Overall availability of essential medicines for pain and PC at the primary level



IN URBAN AREAS %



IN RURAL AREAS %



General availability of immediate-release oral morphine at the primary level

IN URBAN AREAS %



IN RURAL AREAS %



③ Research

PC-related research articles



Existence of PC congresses or scientific meetings



Consultants: Natalie Greaves, Nekeisha Griffith, Shannon Carington.

National Association: The Barbados Association of Palliative Care (BAPC).

Data collected: November 2024-June 2025

Report validated by consultants: Yes

Endorsed by National PC Association: Yes

Edition: Edited by Atlantes Research Team (University of Navarra, Spain).

⑤ Education & Training

Medical schools with mandatory PC teaching



0/1

Nursing schools with mandatory PC teaching



0/1

Recognition of PC specialty



② Policies

National PC plan or strategy



Responsible authority for PC in the Ministry of Health



Inclusion of PC in the basic health package at the primary care level



① Empowerment of people and communities



Groups promoting the rights of PC patients



Advanced care planning-related policies



AM

Barbados

People & Communities

Ind1

Existence of groups dedicated to promoting the rights of patients in need of PC, their care-givers, and disease survivors.



Strong national and sub-national presence of palliative care advocacy and promoting patient rights (as a professional association of Palliative Care, i.e.).

The Barbados Association of Palliative Care (BAPC), registered as a charitable association in 2011, provides free community-based PC across the island. Operating with no paid staff, its team of volunteer doctors, nurses, and social workers delivers care to terminally ill patients referred by hospitals, NGOs, and families. Through its Community PC Program, BAPC supplies medications and essential items (e.g., IV fluids, gloves, incontinence supplies, food hampers), along with psychosocial support and counseling. While full fees are not requested, insured patients are asked to provide a stipend for nurses' transport and incidentals. BAPC serves the entire country and prioritizes in-home PC for patients lacking support. However, growing demand challenges the association's capacity to provide qualified caregivers.

Ind2

Is there a national policy or guideline on advance directives or advance care planning?



There is no national policy or guideline on advance care planning.

There is no national policy, but there is guidance for medical practitioners by the Barbados Medical Council.

Policies

Ind3

3.1. There is a current national PC plan, program, policy, or strategy.



Do not know or does not exist.

Palliative Care is contained within the national strategic plan for NCDs 2020-2025. Within the Non-Communicable Disease (NCD) plan, the Senior Medical Officer of Health and the NCD unit oversee the integration of palliative care elements, yet not as a stand-alone initiative. There is also a Cancer Control plan, which has not been operationalised.

3.2. The national palliative care plan (or program or strategy or legislation) is a standalone.



Not known or does not exist neither standalone nor is included in another national plan.

AM

Barbados

Policies

3.3. There are indicators in the national plan to monitor and evaluate progress, with measurable targets.



Not known or does not exist.

Ind4

PC services are included in the list of priority services for Universal Health Coverage at the primary care level in the national health system.



Not at all.

The challenge lies in the availability of primary care services, which are free at the point of access, yet successive governments have not committed to an itemised list of services. Much depends on interpreting the Health Services Act of 1964, particularly section 1a (health.gov.bb/Legislation#HealthServices). Consequently, a list of essential Universal Health Coverage (UHC) services is absent. Health system descriptions do not include a public primary care-based PC service.

Ind5

5.1. Is there a national authority for palliative care within the government or the Ministry of Health?



There is a coordinating entity but has an incomplete structure (lack of scientific or technical section).

There are defined functions and goals to be achieved. Although there is no discrete budget for palliative care, there is a dedicated budget and program staff for NCDs. This includes a senior medical officer of health and technical officers who work closely with the health promotion team.

5.2. The national authority has concrete functions, budget and staff.



There are concrete functions but do not have a budget or staff.

AM

Barbados

Research

Ind6

Existence of congresses or scientific meetings at the national level specifically related to PC.



At least one national conference specifically dedicated to palliative care every 3 years.

The Barbados Association of Palliative Care convenes an annual meeting, which is usually accredited by the medical council for continuing medical education points for health professionals. On October 9th, 2024, the Barbados Association of Palliative Care held its annual conference under the theme ‘10 Years and Beyond: Where Do We Go From Here with speakers from Barbados, Cuba/Montserrat and the USA. The conference was open to doctors, medical students, nurses, nursing students, fire officers, police, and the general public.

Ind7

Estimation of the level of peer-reviewed articles focusing on PC research published in any language in the past 5 years with at least one author from the country.



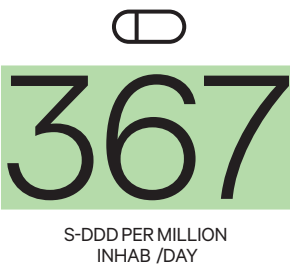
Indicates a minimal or non-existent number of articles published on the subject in that country.

Medicines

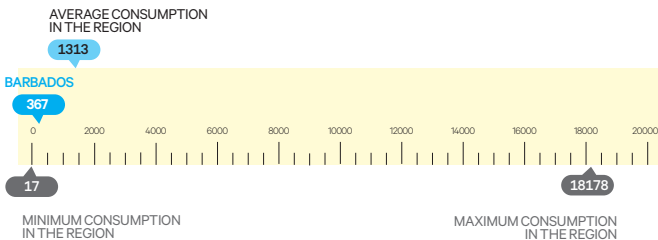
Ind8

Reported annual opioid consumption –excluding methadone– in S-DDD per million inhabitants per day.

Average consumption of opioids, in defined daily doses (S-DDD) for statistical purposes per million inhabitants per day.



COUNTRY VS REGION



AM

Barbados

Medicines

Ind9

9.1. Percentage of health facilities at the primary care level in Urban areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.



Good: Between 30% to 70%.

9.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.



Good: Between 30% to 70%.

Access to essential medicines in Barbados shows little geographic variability, as most rural parishes have public primary care satellite clinics. While major private pharmacies are not located in deep rural areas, the island’s small size allows access to a major pharmacy within 20–30 minutes. The public primary care system ensures essential medicine availability, though access is more limited than in the private sector. Few pharmacies operate beyond 4:30 PM, which impacts access and health system costs. Hospitals and clinics generally stock necessary medications. Opioid medications are available, but morphine solution and IV morphine can occasionally be out of stock. Fentanyl and injectable morphine in the private sector also face periodic shortages. There is no national committee overseeing opioid use; the Barbados National Drug Formulary is the only body managing drug oversight within the Ministry of Health. Despite challenges, major private pharmacies like Massy Stores and iMart Pharmacy are well-distributed and stocked across the island.

Ind10

10.1. Percentage of health facilities at the primary care level in urban areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).



Good: Between 30% to 70%.

10.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).



Fair: Between 10% to 30%.

The immediate release of medications in both private and public systems is sourced through the public tertiary-level hospital. Medication funding is provided by the Barbados Drug Service. Oral morphine is available in private pharmacies, but there have been occasional difficulties in obtaining immediate-release suspensions in both private and public sectors. Patients have to go to major pharmacies in towns.

AM

Barbados

Education & Training

Ind11

- 11.1. The proportion of medical schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching)
- 11.2. The proportion of medical schools with **OPTIONAL** teaching in PC.
- 11.3. The proportion of nursing schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching).
- 11.4. The proportion of nursing schools with **OPTIONAL** teaching in PC.

0/1

0/1

0/1

0/1



The University of the West Indies (UWI) at Cave Hill is the main medical school affiliated with Barbados and the wider Caribbean region. While the MBBS (Bachelor of Medicine, Bachelor of Surgery) program does not include formal instruction in PC, students do receive some exposure to the field. However, there is no PC training for nursing students at Barbados Community College.

Ind12

- Existence of an official specialization process in palliative medicine for physicians, recognised by the competent authority in the country.



There is no process on specialization for palliative care physicians but exists other kind of diplomas with official recognition (i.e., certification of the professional category or of the job position of palliative care physician).

Palliative care is a recognised specialty; however, there is currently no training available on the island. The general conditions to be called a specialist are set in <https://www.barbadosparliament.com/htmlarea/uploaded/File/Act/2010/Medical%20profession%20Act,%202010.pdf>

AM

Barbados

Provision of PC / Specialized Services

Ind13

- 13.1. There is a system of Specialized PC services or teams in the country that has a **GEOGRAPHIC** reach and is delivered through different service delivery platforms.
- 13.2. Are available in **HOSPITALS** (public or private), such as hospital PC teams (consultation teams), and PC units (with beds), to name a few examples.
- 13.3. Free-standing **HOSPICES** (including hospices with inpatient beds).
- 13.4. **HOME CARE** teams (Specialized in PC) are available in the community (or at the primary Healthcare level), as independent services or linked with hospitals or hospices.
- 13.5. Total number of Specialized PC services or teams in the country.

Isolated provision: Exists but only in some geographic areas.



Ad hoc/ in some parts of the country.



Ad hoc/ in some parts of the country.



Ad hoc/ in some parts of the country.



Ad hoc/ in some parts of the country.



Ind14

- 14.1. There is a system of Specialized PC services or teams for **children** in the country that has geographic reach and is delivered through different service delivery platforms.
- 14.2. Number of pediatric Specialized PC services or teams in the country.



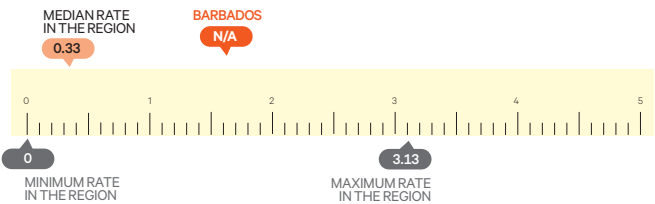
No or minimal provision of palliative care specialized services or teams for children exists in country.

0

PPC TEAMS

In Barbados, the greatest need lies in PC, which is primarily provided by internal medicine teams at the island's lone tertiary hospital. There is no dedicated PC team at the hospital, and only one community-based specialist provider exists. Complex pain management requiring intervention is handled by a combination of other specialists, including anesthesiologists and physiatrists. **PC is only offered at home, with patients usually being discharged from oncology to PC once no further treatment is deemed necessary.** At present, there are approximately 10 independent physicians who offer PC for the citizens of Barbados. There are no public hospital-based or clinic-based units facilitated by the government, and PC is predominantly private and reliant on donations. This system highlights the urgent need for a more comprehensive and integrated approach to PC in Barbados.

RATE OF SPECIALIZED PC SERVICES/100,000 INH



N/A

← SPECIALIZED PALLIATIVE CARE SERVICES

Primary palliative care providers and the relevant pediatric subspecialist provide most pediatric care. There are no dedicated teams.



General data

POPULATION, 2024
417,072

SURFACE KM², 2022
22,970

PHYSICIANS/1000 INH, 2021
N/A

NURSES/1000 INH, 2021-2022
N/A

Socioeconomic data

COUNTRY INCOME LEVEL, 2022
Upper middle

HUMAN DEVELOPMENT INDEX RANKING, 2023
115

GDP PER CAPITA (US\$), 2023
7,460.00

HEALTH EXPENDITURE PER CAPITA (US\$), 2021
310.2

UNIVERSAL HEALTH COVERAGE, 2021
68



WHO FRAMEWORK FOR PALLIATIVE CARE DEVELOPMENT

- Ⓐ EMPOWERMENT OF PEOPLE AND COMMUNITIES
- Ⓑ POLICIES
- Ⓒ RESEARCH
- Ⓓ USE OF ESSENTIAL MEDICINES
- Ⓔ EDUCATION AND TRAINING
- Ⓕ PROVISION OF PC

LEVEL OF DEVELOPMENT

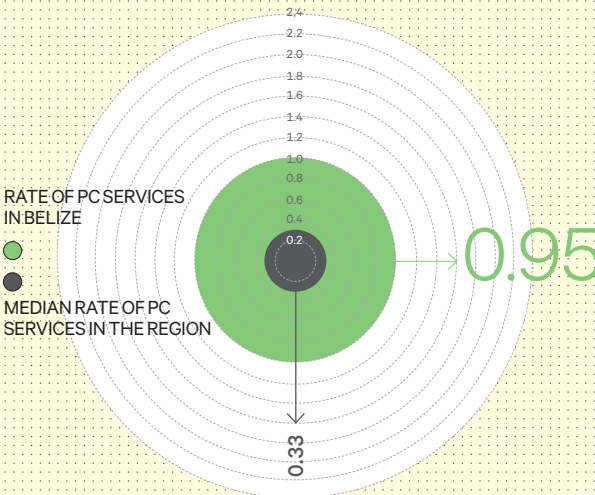


Belize

Ⓕ Provision of PC (Specialized Services)



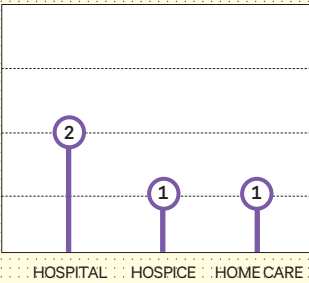
Belize in the context of the region



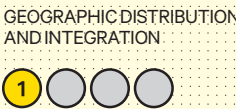
Geographic distribution and integration of PC services



Level of development of different types of PC services



Pediatric PC Services



TOTAL NUMBER

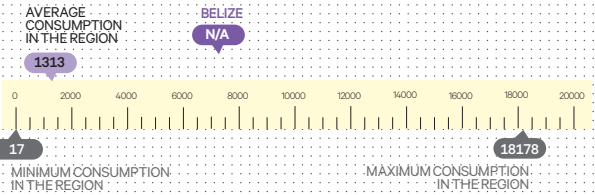


Belize

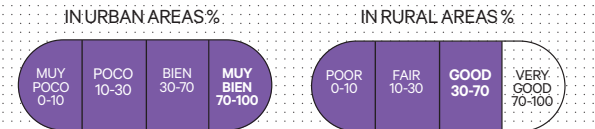
Ⓓ Use of essential medicines



Belize in the context of the region



Overall availability of essential medicines for pain and PC at the primary level



General availability of immediate-release oral morphine at the primary level



Ⓒ Research

PC-related research articles



Existence of PC congresses or scientific meetings



Consultants: Ramon Yacab.
National Association: The Belize Palliative Care Hospice Association.

Data collected: November 2024-June 2025
Report validated by consultants: Yes
Endorsed by National PC Association: Yes
Edition: Edited by Atlantes Research Team (University of Navarra, Spain).

Ⓔ Education & Training



Ⓑ Policies



Ⓐ Empowerment of people and communities



Ind1	Existence of groups dedicated to promoting the rights of patients in need of PC, their care-givers, and disease survivors.	4 Strong national and sub-national presence of palliative care advocacy and promoting patient rights (as a professional association of Palliative Care, i.e.).	The Belize Palliative Care Hospice Association is a Non-Governmental Organization (NGO) founded since 2005. It actively serves as an advocate for PC and has been involved in multiple stakeholder meeting. Currently promotes basic PC training and works collaboratively with the Ministry of Health in offering home based PC to residents in Belize City and Belize District. The BHP-CA works with other stakeholder in promoting PC initiatives through out Belize.
	Is there a national policy or guideline on advance directives or advance care planning?	1 There is no national policy or guideline on advance care planning.	Belize lacks a national policy on advanced directives planning. However, the Standards of Palliative Care references this topic under Standard 8: End-of-Life Care, stating that patient wishes must be documented, updated as needed, and accessible to all care team members. Additionally, the document provides a definition of advance care planning in its terminology section, describing it as a process for patients to record their end-of-life values and preferences, including their wishes regarding future treatment or its avoidance.
Ind3	3.1. There is a current national PC plan, program , policy, or strategy.	3 Actualized in last 5 years, but not actively evaluated or audited.	Belize has National PC Standards, signed in 2020, which provide guidance for coordinating PC nationally. While the document outlines general standards and definitions, it does not include a detailed action plan for expanding PC or indicators to assess progress. Additionally, the Belize National Plan of Action for NCDs (2013–2023) incorporated PC within its broader strategy to reduce premature mortality from major non-communicable diseases. This plan, developed with the Ministry of Health, PAHO, and INCAP, emphasized cost-effective procurement of medicines and universal health coverage for equitable access to treatment, including PC. Belize offers free essential NCD medicines, with national formulary coverage varying across conditions, the highest for mental health (83%) and the lowest for cancer (15%).
	3.2. The national palliative care plan (or program or strategy or legislation) is a standalone.	4 The Indicators to monitor and evaluate progress are currently implemented.	

3.3. There are indicators in the national plan to monitor and evaluate progress, with measurable targets.	2 The indicators to monitor and evaluate progress with clear targets exist but have not been yet implemented.	
Ind 4		
PC services are included in the list of priority services for Universal Health Coverage at the primary care level in the national health system.	1 Not at all.	Belize is enhancing primary care services through its National Health Insurance (NHI) as part of Universal Health Coverage (UHC). However, PC is not included at the primary care level, except in Belize City, where a tripartite collaboration between the NHI, Belize Palliative Care Hospice Association, and the Ministry of Health provides home-based PC. There is currently no legislation mandating PC at the primary care level. Outpatient PC is mainly available to oncology patients at Karl Heusner Memorial Hospital, the country’s tertiary hospital, through its Oncology Program.
Ind 5		
5.1. Is there a national authority for palliative care within the government or the Ministry of Health?	3 There is a coordinating entity but has an incomplete structure (lack of scientific or technical section).	The Ministry of Health and Wellness in Belize is headed by the Director of Public Health and Wellness, who oversees various health initiatives, including those related to Non-Communicable Diseases (NCDs). The director is supported by technical advisors specializing in NCDs. However, the Ministry lacks a dedicated unit or department solely focused on PC. This specific services are mainly provided through collaborations with organizations such as the Belize Hospice Palliative Care Foundation, which offers holistic care to patients with life-threatening diseases across Belize. Although concrete functions for PC exist, these services do not have a designated budget or staff within the Ministry.
5.2. The national authority has concrete functions, budget and staff.	2 There are concrete functions but do not have a budget or staff.	

Research

Ind6

Existence of congresses or scientific meetings at the national level specifically related to PC.



At least one non-palliative care congress or conference (cancer, HIV, chronic diseases, etc.) that regularly has a track or section on palliative care, each 1-2 years.

The Belize Hospice Palliative Care Association organizes training sessions and symposiums on PC, including Spiritual Palliative Care Training for volunteers and Primary Care Palliative Care Training for physicians, in collaboration with the Ministry of Health and PAHO. These initiatives aim to improve the delivery of PC services. Additionally, the Belize Medical and Dental Association (BMDA) accredits monthly PAHO ECHO Caribbean sessions, which are virtual meetings designed to enhance healthcare professionals' PC skills. The BMDA also integrates PC topics into its annual national conference, fostering knowledge exchange and professional development in the field.

Ind7

Estimation of the level of peer-reviewed articles focusing on PC research published in any language in the past 5 years with at least one author from the country.



Indicates a minimal or non-existent number of articles published on the subject in that country.

Palliative care research in Belize is limited, with only two peer-reviewed articles on the subject, reflecting the country's low level of research output in this area. The scarcity of publications is primarily attributed to the limited human resources available for PC research.

Ind8

Reported annual opioid consumption –excluding methadone– in S-DDD per million inhabitants per day.

N/A

Medicines

Medicines

Ind9

9.1. Percentage of health facilities at the primary care level in Urban areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.



Very good: Between 70% to 100%.

9.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.



Good: Between 30% to 70%.

Most medications listed in the WHO Essential Medicines List are included in the National Drug Formulary of Belize, making them available across the primary, secondary, and tertiary levels of the healthcare system. Morphine, an essential medicine for pain management, is available in urban towns but faces limited access in rural areas due to social determinants. According to a report by the Health Caribbean Coalition, the Belize National Plan of Action for NCDs (2013-2023), developed with PAHO and INCAP, promotes equitable access to treatment and PC through cost-effective procurement mechanisms and universal health coverage. Belize provides free essential NCD medicines, though the national formulary includes them unevenly.

Ind10

10.1. Percentage of health facilities at the primary care level in urban areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).



Good: Between 30% to 70%.

10.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).



Fair: Between 10% to 30%.

Immediate-release morphine is available in suspension form (10 mg/5 ml) in Belize, primarily prescribed at secondary and tertiary hospitals. However, at the primary care level, whether in urban or rural areas, opioids, including immediate-release morphine, are seldom prescribed. The availability and usage of morphine at the primary care level is limited, likely influenced by factors such as healthcare infrastructure, prescribing practices, and the specific needs of patients.

Ind11

- 11.1. The proportion of medical schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching)
- 11.2. The proportion of medical schools with **OPTIONAL** teaching in PC.
- 11.3. The proportion of nursing schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching).
- 11.4. The proportion of nursing schools with **OPTIONAL** teaching in PC.

0/1

0/1

0/1

1/1



As of 2024, Belize has one national medical school, which does not include PC in its undergraduate curriculum. Prior to its establishment, medical studies were undertaken in Latin American countries such as Mexico, Guatemala, and the Caribbean, where PC education depends on each institution's curriculum. Similarly, in Belize, the University of Belize offers nursing education, but PC is not part of the mandatory undergraduate curriculum. Instead, it is available as an elective rotation in collaboration with the Belize Palliative Care Hospice Association, providing nursing students with practical experience in palliative care.

Ind12

- Existence of an official specialization process in palliative medicine for physicians, recognised by the competent authority in the country.



There is no process on specialization for palliative care physicians but exists other kind of diplomas with official recognition (i.e., certification of the professional category or of the job position of palliative care physician).

In Belize, there are no local specialty courses in PC; therefore, physicians must pursue studies abroad. Upon completion, their foreign qualifications are submitted to the Medical Council of Belize for recognition, allowing them to practice PC in the country. These qualifications are considered a specialty or Master's degree. Physicians working in PC programs are typically general practitioners (GPs) who are assigned the role of PC physician through collaborations with organizations like the Belize Hospice Palliative Care Association. While basic PC training is available, it is not formally recognized as a specialty within Belize's national healthcare system.

Ind13

- 13.1. There is a system of **Specialized PC services or teams in the country that has a GEOGRAPHIC reach and is delivered through different service delivery platforms.**
- 13.2. Are available in **HOSPITALS (public or private), such as hospital PC teams (consultation teams), and PC units (with beds), to name a few examples.**
- 13.3. **Free-standing HOSPICES (including hospices with inpatient beds).**
- 13.4. **HOME CARE teams (Specialized in PC) are available in the community (or at the primary Healthcare level), as independent services or linked with hospitals or hospices.**
- 13.5. **Total number of Specialized PC services or teams in the country.**

Isolated provision: Exists but only in some geographic areas.



Ad hoc/in some parts of the country.



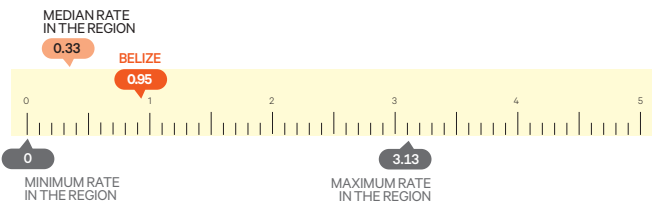
Not at all.



Not at all.

PC services in Belize are delivered through a mix of public institutions and NGO-supported initiatives across several districts. In Belize City, the Karl Heusner Memorial Hospital offers both outpatient and inpatient services. Its oncology unit promotes early PC integration, focusing on symptom management and advanced care planning. The hospital also provides emergency and inpatient care for patients needing pain relief or end-of-life support, particularly for those without adequate social support. Collaboration between the BPCCHA, the Ministry of Health, and National Health Insurance enables free home-based PC across Belize District, with a team composed of a physician, nurse, social worker, and chaplain. In the Cayo District, branches of the Belize Cancer Society in Belmopan and San Ignacio provide volunteer-based home PC, primarily for oncology patients. In Orange Walk, the Cancer Support Group delivers symptom relief through community-based volunteers. In Placencia (Stann Creek), Blissful Sage Hospice, an NGO, offers hospice care for terminal cancer patients.

RATE OF SPECIALIZED PC SERVICES/100,000 INH



4
← SPECIALIZED PALLIATIVE CARE SERVICES

Ind14

- 14.1. There is a system of **Specialized PC services or teams for children in the country that has geographic reach and is delivered through different service delivery platforms.**
- 14.2. **Number of pediatric Specialized PC services or teams in the country.**



No or minimal provision of palliative care specialized services or teams for children exists in country.

0

PPC TEAMS

There are no specialized PC services for pediatric patients in Belize. Pediatric patients requiring PC are typically managed by general practitioners, nurses, or pediatricians at the community level. These healthcare providers deliver care with the limited resources available, addressing the needs of pediatric patients as part of the general healthcare services rather than through specialized PC.



General data

POPULATION, 2024

41,288,599

SURFACE KM², 2022

15,634,410

PHYSICIANS/1000 INH, 2021

2.46

NURSES/1000 INH, 2021-2022

10.31

Socioeconomic data

COUNTRY INCOME LEVEL, 2022

High

HUMAN DEVELOPMENT INDEX RANKING, 2023

16

GDP PER CAPITA (US\$), 2023

53,431.19

HEALTH EXPENDITURE PER CAPITA (US\$), 2021

6,470.07

UNIVERSAL HEALTH COVERAGE, 2021

91



WHO FRAMEWORK FOR PALLIATIVE CARE DEVELOPMENT

- ① EMPOWERMENT OF PEOPLE AND COMMUNITIES
- ② POLICIES
- ③ RESEARCH
- ④ USE OF ESSENTIAL MEDICINES
- ⑤ EDUCATION AND TRAINING
- ⑥ PROVISION OF PC

LEVEL OF DEVELOPMENT

- ① EMERGING
- ② PROGRESSING
- ③ ESTABLISHED
- ④ ADVANCED

Canada

F Provision of PC (Specialized Services)

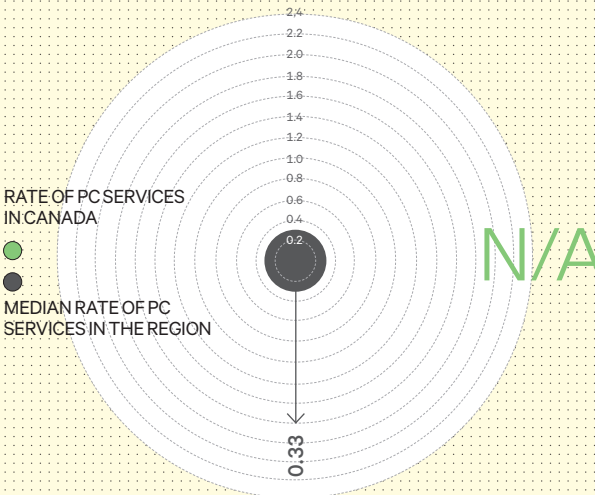
Total number of Specialized PC services

N/A

Rate of PC services per 100,000 inhabitants

—

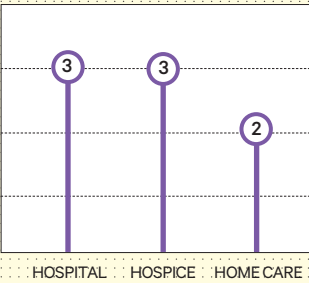
Canada in the context of the region



Geographic distribution and integration of PC services



Level of development of different types of PC services



Pediatric PC Services

GEOGRAPHIC DISTRIBUTION AND INTEGRATION



TOTAL NUMBER

N/A



Canada

D Use of essential medicines

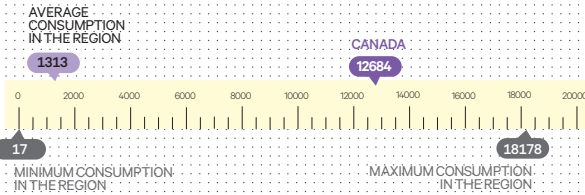


Opioids consumption (excluding methadone)

12,684

S-DDD/MILL INHABITANTS/DAY

Canada in the context of the region



Overall availability of essential medicines for pain and PC at the primary level



IN URBAN AREAS %



IN RURAL AREAS %



General availability of immediate-release oral morphine at the primary level

IN URBAN AREAS %

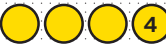


IN RURAL AREAS %



C Research

PC-related research articles



Existence of PC congresses or scientific meetings



Consultants: Leonie Herx, Ebry Kaya, Jose Pereira, David Henderson.

National Association: The Palliative Care Coalition of Canada.

Data collected: November 2024-June 2025

Report validated by consultants: Yes

Endorsed by National PC Association: No

Edition: Edited by Atlantes Research Team (University of Navarra, Spain).

E Education & Training

Medical schools with mandatory PC teaching



12/18

Nursing schools with mandatory PC teaching



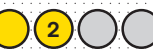
N/A

Recognition of PC specialty



B Policies

National PC plan or strategy



Responsible authority for PC in the Ministry of Health



Inclusion of PC in the basic health package at the primary care level



A Empowerment of people and communities



Groups promoting the rights of PC patients



Advanced care planning-related policies



Ind1	Existence of groups dedicated to promoting the rights of patients in need of PC, their care-givers, and disease survivors.	4 Strong national and sub-national presence of palliative care advocacy and promoting patient rights (as a professional association of Palliative Care, i.e.).	In Canada, national advocacy for palliative care is led by the Palliative Care Coalition of Canada, a group of over 30 national organizations, including patient rights groups and the Canadian Hospice Palliative Care Association. Other key contributors include The Canadian Society of Palliative Care Physicians, Pallium Canada, The Canadian Virtual Hospice, and Covenant Health Palliative Institute (with the project Palliative Care Matters). At the provincial and territorial levels, approximately 75% of provinces and territories have organizations working on palliative care advocacy. These efforts focus on improving access to services and ensuring palliative care is recognized as a healthcare priority.
	Is there a national policy or guideline on advance directives or advance care planning?	3 There is/are national policies or guidelines on living wills and/or on advanced directives but not a national policy.	Canada has a national initiative on ACP, primarily led by the Canadian Hospice Palliative Care Association through the “Speak Up” campaign, which provides extensive resources for patients, the public, and healthcare professionals. Additionally, Advance Directive Canada offers tools and information to assist in understanding and developing ACPs. However, Canada’s federal system means that ACP policies and regulations fall under provincial and territorial jurisdiction. Most provinces and territories have policies, guidelines, and initiatives that govern ACP and substitute decision-making, though terminology varies. For instance, some jurisdictions recognize Power of Attorney as the highest level of substitute decision-making authority. If the criterion focuses on national visibility and promotion, Canada qualifies as Level 4. However, if it requires a single national government policy, it aligns more closely to a lower level.
Ind3	3.1. There is a current national PC plan, program, policy, or strategy.	2 Developed over 5 years ago.	Canada has a National Palliative Care Framework, developed following the Framework for Palliative Care in Canada Act, which was passed by Parliament in 2017. The framework itself was released in 2018, followed by a Health Canada Action Plan in 2019, which outlined a five-year strategy to address key issues. However, very little progress has been made, and as correctly noted, nothing has been actively evaluated or audited. A key example of this lack of implementation is the Office of Palliative Care, which was recommended in the framework to coordinate national efforts but was never established. While PC policies fall under provincial and territorial jurisdictions, their implementation remains highly variable. Some provinces have dedicated PC policies and regulations, while others incorporate PC within broader healthcare strategies. In terms of monitoring and evaluation, there is a national quality-of-care process that includes PC, but There are no measurable targets or indi-
	3.2. The national palliative care plan (or program or strategy or legislation) is a standalone.	4 The Indicators to monitor and evaluate progress are currently implemented.	

3.3. There are indicators in the national plan to monitor and evaluate progress, with measurable targets.	1 Not known or does not exist.	cators in the national plan and no specific indicators have been actively implemented or consistently updated. Only examples examples of what provinces and regions can do to address priorities are given.
Ind4 PC services are included in the list of priority services for Universal Health Coverage at the primary care level in the national health system.	1 Not at all.	PC is not explicitly recognized as an essential service under the Canada Health Act, which defines the core services that provinces must fund as part of healthcare delivery. This omission means that PC is not mandated federally for UHC, allowing provinces to decide whether or not to fund it, resulting in wide disparities in access and quality across the country. The 2017 Palliative Care Act led to the development of the National Palliative Care Framework (2018), updated in 2023, but this did not change PC’s status under the Canada Health Act. National PC organizations have been advocating for decades to have PC formally recognized as an essential service, but this has not yet been achieved. Given this reality, the fact that PC is not included in the national UHC framework remains a major challenge for equitable access.
Ind5 5.1. Is there a national authority for palliative care within the government or the Ministry of Health? 5.2. The national authority has concrete functions, budget and staff.	1 There is no authority defined. 1 Does not have concrete functions or resources (budget, staff, etc.).	Canada does not have a dedicated national “Office for Palliative Care”, despite the 2017 Framework for Palliative Care Act mandating its establishment to coordinate the implementation of the framework and action plan. A comprehensive search of official Canadian government websites has found no evidence. While Health Canada has some personnel covering PC, their role is primarily administrative, focusing on reporting requirements rather than actively overseeing or developing PC policies. There is no systematic national monitoring of PC, and no structured federal oversight body to ensure consistency across provinces and territories. Although the government of Canada has established frameworks and action plans to improve PC, and Health Canada has responsibilities in this area with a role of coordination or supervision, but there is no national office exclusively dedicated to PC. PC governance falls under provincial Ministries of Health, but there is no uniform national structure. Some provinces have designated PC leads, while others do not—largely due to PC not being recognized as an essential service under the Canada Health Act. A national secretariat for PC existed in the early 2000s, but was eliminated over 12 years ago. Since then, development has lacked centralized coordination.

Ind6

Existence of congresses or scientific meetings at the national level specifically related to PC.



At least one national conference specifically dedicated to palliative care every 3 years - At least one national conference specifically dedicated to palliative care every 3 years.

Canada has multiple national scientific meetings and conferences specifically dedicated to PC: the Canadian Society of Palliative Medicine (CSPM) holds an annual national conference, the Canadian Hospice Palliative Care Association (CHPCA) also organizes an annual conference, the Montreal International Congress on PC takes place every two years. Additional provincial conferences and meetings occur regularly, such as the ALP and CHPCO conferences

Ind7

Estimation of the level of peer-reviewed articles focusing on PC research published in any language in the past 5 years with at least one author from the country.



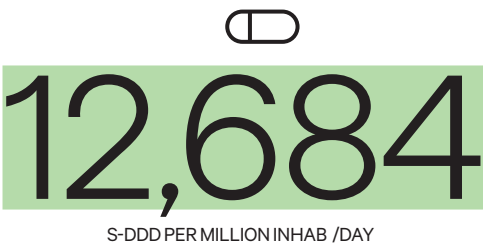
Denotes an extensive number of articles published on the subject.

Canada has a strong presence in PC research, with high-profile researchers and a national group dedicated to advancing the field. A key initiative is the Pan-Canadian Palliative Care Research Collaborative (PCPCRC), a network of over 100 members, including researchers, healthcare providers, policy stakeholders, trainees, and patient-caregiver partners. The PCPCRC aims to improve clinical practice, service delivery, and data standardization through collaborative research. In 2021, it received funding from Health Canada's Health Care Policy and Strategies Program, supporting 14 projects on new therapies, innovative models, and strengthening national research infrastructure.

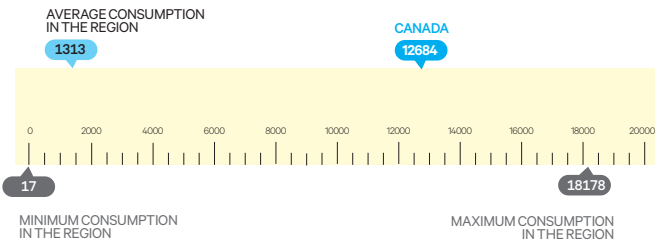
Ind8

Reported annual opioid consumption –excluding methadone– in S-DDD per million inhabitants per day.

Average consumption of opioids.



COUNTRY VS REGION



Ind9

9.1. Percentage of health facilities at the primary care level in Urban areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.



Very good: Between 70% to 100%.

9.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.



Very good: Between 70% to 100%.

In both urban and rural primary care facilities, people have access to pain and PC medications as listed in the WHO Model List of Essential Medicines. However, while medications are available in acute care settings (funded by health authorities), outpatient prescription drugs are not as readily accessible and often come at a cost to the patient. Additionally, injectable medications are less available for home-based care, which may limit effective symptom management for patients receiving PC outside of hospitals. Importantly, Northern Territories, many rural areas, health facilities in prisons, and particularly First Nations, Inuit communities and Metis, lack access to these medications. Many essential medications are either unavailable or not covered by health plans. Furthermore, outside hospital settings, many drug plans do not cover these medications unless a patient qualifies for palliative coverage, which is typically restricted to the last six months of life.

Ind10

10.1. Percentage of health facilities at the primary care level in urban areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).



Very good: Between 70% to 100%.

10.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).



Very good: Between 70% to 100%.

In Canada, the availability of immediate-release oral morphine in primary care settings is generally high. There have been instances of medication shortages, such as a national shortage of liquid hydromorphone a few years ago. To address these issues, a governmental committee actively monitors and develops strategies to minimize such disruptions. Moreover, while opioids are generally available through pharmacies across the country, access in very rural and remote regions, particularly in Northern Canada, can be limited. In these areas, major barriers exist to accessing opioids, affecting the consistency of PC services.

Ind11

- 11.1. The proportion of medical schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching)
- 11.2. The proportion of medical schools with **OPTIONAL** teaching in PC.
- 11.3. The proportion of nursing schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching).
- 11.4. The proportion of nursing schools with **OPTIONAL** teaching in PC.

12/18



In Canada, approximately 12 out of 18 medical schools (67%) include some form of compulsory PC education at the undergraduate level, while 17 out of 18 (94%) offer it as an optional subject. However, in some cases, PC education is provided by family doctors rather than PC specialists. However, when focusing on clinical rotations, as analyzed by Gagnon et al. (CMAJ Open, 2020), the numbers are lower. Only 2 out of 17 schools had mandatory PC clinical rotations, 13 offered them as optional, and 2 did not offer them at all. In 2015/16, only 29.7% of medical students completed a clinical rotation in PC, though this marked an improvement from 2011/12 (13.6%). A major component of PC education is residency medical training, which varies significantly across universities. According to Gagnon, around 58% of family medicine residents completed PC rotations between 2007 and 2017. Participation rates were 64% in geriatrics and psychiatry, 34% in anesthesiology, 31% in internal medicine, and 28% in neurology.

17/18

N/A

N/A

Ind12

- Existence of an official specialization process in palliative medicine for physicians, recognised by the competent authority in the country.



Palliative medicine is a specialty or subspecialty (another denomination equivalent) recognized by competent national authorities.

Palliative Medicine is officially recognized as a subspecialty by the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC) for both adult and pediatric care, and acknowledged by national and provincial regulatory bodies. There are two training routes: A two-year Royal College Subspecialty program leading to certification. A one-year Enhanced Skills program from the College of Family Physicians of Canada (CFPC), offering specialized training but not at the subspecialty level. While all provinces recognize the Royal College credential, only some accept the CFPC Certificate of Added Competence (CAC) in Palliative Care. The Canadian Society of Palliative Medicine (CSPM) recommends minimum credentialing of either Royal College certification or CFPC CAC(PC). However, no mandatory credentials are required to practice as a PC specialist, so many clinicians lack formal training. The CSPM has also developed National Quality Standards for PC, to be released in spring 2025, which state that specialists must hold Royal College certification.

Ind13

- 13.1. There is a system of Specialized PC services or teams in the country that has a **GEOGRAPHIC** reach and is delivered through different service delivery platforms.
- 13.2. Are available in **HOSPITALS** (public or private), such as hospital PC teams (consultation teams), and PC units (with beds), to name a few examples.
- 13.3. Free-standing **HOSPICES** (including hospices with inpatient beds).
- 13.4. **HOME CARE** teams (Specialized in PC) are available in the community (or at the primary Healthcare level), as independent services or linked with hospitals or hospices.
- 13.5. Total number of Specialized PC services or teams in the country.



Generalized provision: Exists in many parts of the country but with some gaps.



In a growing number of private hospitals.



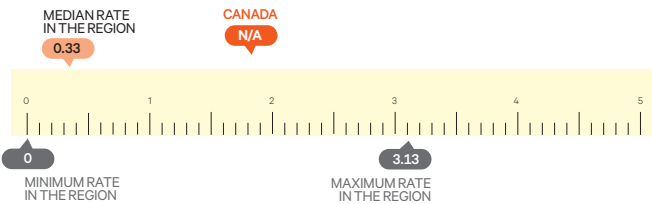
Found in many parts of the country.



Ad hoc/ in some parts of the country.

Canada has a generalized but uneven provision of specialized PC services, with significant regional disparities. The system is classified as Level 3 (Established)—available in many parts of the country but with gaps, especially in rural and remote areas. Hospitals: PC teams and units are present in a growing number of hospitals, though access varies by region. Free-standing hospices: Mainly in urban areas. Alberta has sufficient beds, while Ontario and others are underserved. No hospices exist in the Territories. Home care teams: Availability varies widely; access declines outside major urban centers. Many rural or remote areas lack any form of homecare. There is no national or provincial registry of PC programs, complicating national-level service quantification. Some regional health divisions have their own registries. Canada lacks a unified national definition of “Specialist PC” regarding physician remuneration. Family Medicine-trained PC physicians are usually paid at generalist rates, while those with other specialties are paid accordingly—even when performing the same PC work.

RATE OF SPECIALIZED PC SERVICES/100,000 INH



N/A

← SPECIALIZED PALLIATIVE CARE SERVICES

Ind14

- 14.1. There is a system of Specialized PC services or teams for **children** in the country that has **geographic** reach and is delivered through different service delivery platforms.
- 14.2. Number of pediatric Specialized PC services or teams in the country.



Isolated provision: palliative care specialized services or teams for children exist but only in some geographic areas.

N/A

PPC TEAMS

Although some major Canadian cities have well-established pediatric PC programs, nationwide access remains limited and uneven. Services are concentrated in urban centers, with virtual teams supporting remote areas, but equitable coverage is not yet achieved. Specialized programs operate in Vancouver, Edmonton, Calgary, London, Hamilton, Toronto, Ottawa, Montreal, and Halifax. Outside these hubs, access is scarce, and fewer than 18% of children needing PC actually receive it. Many regions rely mainly on virtual teams, such as the UBC Vancouver service, which provides on-call support across British Columbia and Yukon. Pediatric hospices are also rare, with only five nationwide: Canuck Place (Vancouver), Rotary Flames House (Calgary), Emily’s House (Toronto), Roger Neilson Hospice (Ottawa), and Le Phare (Montreal).



General data

POPULATION, 2024
66,205

SURFACE KM², 2022
750

PHYSICIANS/1000 INH, 2021
N/A

NURSES/1000 INH, 2021-2022
N/A

Socioeconomic data

COUNTRY INCOME LEVEL, 2022
Upper middle

HUMAN DEVELOPMENT INDEX RANKING, 2023
98

GDP PER CAPITA (US\$), 2023
9,833.00

HEALTH EXPENDITURE PER CAPITA (US\$), 2021
482.43

UNIVERSAL HEALTH COVERAGE, 2021
49



WHO FRAMEWORK FOR PALLIATIVE CARE DEVELOPMENT

- ① EMPOWERMENT OF PEOPLE AND COMMUNITIES
- ② POLICIES
- ③ RESEARCH
- ④ USE OF ESSENTIAL MEDICINES
- ⑤ EDUCATION AND TRAINING
- ⑥ PROVISION OF PC

LEVEL OF DEVELOPMENT



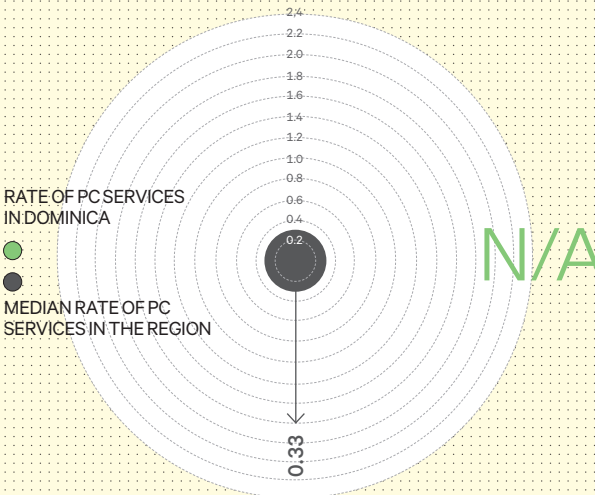
Dominica

Provision of PC (Specialized Services)

Total number of Specialized PC services
N/A

Rate of PC services per 100,000 inhabitants
-

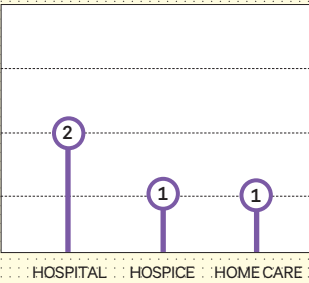
Dominica in the context of the region



Geographic distribution and integration of PC services



Level of development of different types of PC services



Pediatric PC Services

GEOGRAPHIC DISTRIBUTION AND INTEGRATION



TOTAL NUMBER

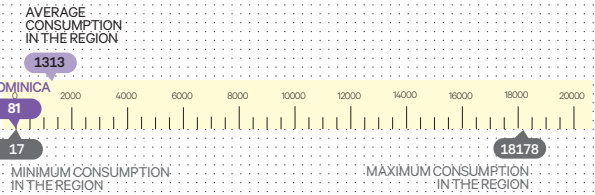


Dominica

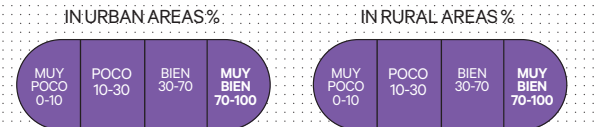
Use of essential medicines

Opiods consumption (excluding methadone)
81
S-DDD/MILL INHABITANTS/DAY

Dominica in the context of the region



Overall availability of essential medicines for pain and PC at the primary level



General availability of immediate-release oral morphine at the primary level



Research

PC-related research articles



Existence of PC congresses or scientific meetings



Consultants: Priscilla Prevost.
National Association: -

Data collected: November 2024-June 2025
Report validated by consultants: Yes
Endorsed by National PC Association: -
Edition: Edited by Atlantes Research Team (University of Navarra, Spain).

Education & Training

Medical schools with mandatory PC teaching
0/2



Nursing schools with mandatory PC teaching
0/2



Recognition of PC specialty
1

Policies

National PC plan or strategy
1

Responsible authority for PC in the Ministry of Health
1

Inclusion of PC in the basic health package at the primary care level
1

Empowerment of people and communities

Groups promoting the rights of PC patients
3



Advanced care planning-related policies
1



AM

Dominica

People & Communities

Ind1

Existence of groups dedicated to promoting the rights of patients in need of PC, their care-givers, and disease survivors.



Existence of group(s) that cover palliative care in a more integrated way or over a wider range of disease/program areas.

The Dominica Cancer Society Inc. is a nonprofit organization that promotes cancer prevention and care, while the Dominica Diabetes Association supports individuals living with diabetes and their families through education and advocacy. Both organizations operate jointly, sharing office space and administrative support, with financial assistance from the government. Additionally, the Dominica Council on Aging advocates for seniors and provides social support to the elderly. Although Dominica lacks a formal PC association, these groups actively support and advocate for the needs of patients requiring PC, their caregivers, and disease survivors.

Ind2

Is there a national policy or guideline on advance directives or advance care planning?



There is no national policy or guideline on advance care planning.

Policies

Ind3

3.1. There is a current national PC plan, program, policy, or strategy.



Do not know or does not exist.

3.2. The national palliative care plan (or program or strategy or legislation) is a standalone.



A national palliative care plan is in preparation.

Dominica currently does not have a formal national PC plan, policy, or strategy. A program developed by the former Head of Oncology at Princess Margaret Hospital, was never adopted. The 137-page document aimed to provide pain relief, psychological and spiritual support, and family assistance while affirming dignity in end-of-life care. However, it remains unendorsed by the Ministry of Health. While there is no standalone national PC framework, the “Strategic Plan for Health: Investing in Health – Building a Safe Future” (Vol. 1) outlines a general healthcare structure through which PC can be integrated. The existing PC document requires review, formalization, and political will to ensure it addresses all life-threatening illnesses, not just cancer. Currently, PC is not structured within a dedicated national policy.

AM

Dominica

Policies

3.3. There are indicators in the national plan to monitor and evaluate progress, with measurable targets.



Not known or does not exist.

Ind4

PC services are included in the list of priority services for Universal Health Coverage at the primary care level in the national health system.



Not at all.

Ind5

5.1. Is there a national authority for palliative care within the government or the Ministry of Health?



There is no coordinating entity.

5.2. The national authority has concrete functions, budget and staff.



Does not have concrete functions or resources (budget, staff, etc.).

AM

Dominica

Research

Ind6

Existence of congresses or scientific meetings at the national level specifically related to PC.



There are no national congresses or scientific meetings related to palliative care.

Ind7

Estimation of the level of peer-reviewed articles focusing on PC research published in any language in the past 5 years with at least one author from the country.



Minimal or nonexistent number of articles published on the subject in that country.

The document produced by Dr. Malaker, former Head of Oncology at Princess Margaret Hospital, could be referenced; however, there is no evidence that it has been peer-reviewed or published.

Medicines

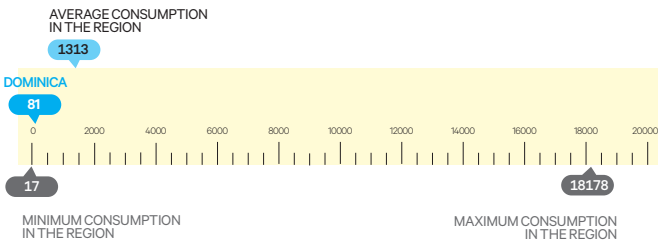
Ind8

Reported annual opioid consumption –excluding methadone– in S-DDD per million inhabitants per day.

Average consumption of opioids, in defined daily doses (S-DDD) for statistical purposes per million inhabitants per day.



COUNTRY VS REGION



AM

Dominica

Medicines

Ind9

9.1. Percentage of health facilities at the primary care level in Urban areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.



Very good: Between 70% to 100%.

9.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.



Very good: Between 70% to 100%.

In Dominica, non-opioid and non-steroidal pain medications such as co-codamol, naproxen, diclofenac, and paracetamol are available at all primary care clinics, including those in rural areas, and are accessible to nurses and doctors managing patients with pain-related conditions. The Primary Health Care system is structured across seven health districts with 52 and two community hospitals. Each district is staffed with a District Medical Officer, Family Nurse Practitioner, Public Health Nurse, pharmacist, dentist, environmental health officer, and nurses. Health centres operate 24/7, ensuring nurse coverage for every 300–600 people and a doctor or nurse practitioner on call for every 3,000–6,000 people. Codeine, tramadol, morphine, oxycodone, and pethidine are available, but opioids for cancer patients require a prescription from an oncologist and are dispensed at the hospital pharmacy.

Ind10

10.1. Percentage of health facilities at the primary care level in urban areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).



Good: Between 30% to 70%.

10.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).



Good: Between 30% to 70%.

In Dominica, immediate-release oral morphine (liquid or tablet) should be available at Type III health centers, where each of the seven centers has a pharmacist. All medicines, including opioids, are free at Primary Health Care centers or clinics.

AM

Dominica

Education & Training

Ind11

11.1. The proportion of medical schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching)

0/2



In Dominica, there are two medical schools and two nursing schools. PC is not a standalone compulsory subject in the medical or nursing curricula but is integrated into general medical and nursing management, including cancer care and elderly care at All Saints University.

11.2. The proportion of medical schools with **OPTIONAL** teaching in PC.

0/2

11.3. The proportion of nursing schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching).

0/2

11.4. The proportion of nursing schools with **OPTIONAL** teaching in PC.

0/2

Ind12

Existence of an official specialization process in palliative medicine for physicians, recognised by the competent authority in the country.



There is no process on specialization for palliative care physicians.

Dominica does not have an official specialization process in palliative medicine for physicians recognized by the competent authority. Physicians interested in specializing in this field must pursue training opportunities abroad.

AM

Dominica

Provision of PC / Specialized Services

Ind13

13.1. There is a system of **Specialized PC services or teams in the country that has a GEOGRAPHIC reach and is delivered through different service delivery platforms.**



Isolated provision: Exists but only in some geographic areas.

13.2. Are available in **HOSPITALS** (public or private), such as hospital PC teams (consultation teams), and PC units (with beds), to name a few examples.



Ad hoc/ in some parts of the country.

13.3. Free-standing **HOSPICES** (including hospices with inpatient beds).



Not at all.

13.4. **HOME CARE** teams (Specialized in PC) are available in the community (or at the primary Healthcare level), as independent services or linked with hospitals or hospices.

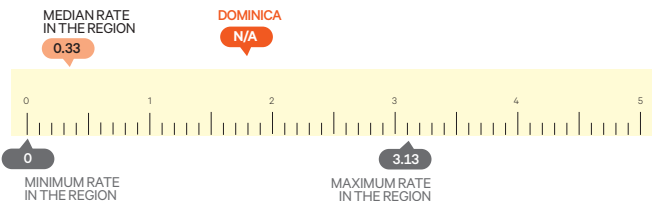


Not at all.

13.5. Total number of **Specialized PC services or teams in the country.**

Dominica does not have a formal system of specialized PC services or teams, but PC is integrated into the primary care model. Primary care clinics are distributed nationwide, and oncology patients receive follow-up care as needed. When patients can no longer travel, District Medical Officers and Nurses provide home-based care. Community health workers with basic training assist in patient care, and private nurses and doctors offer home health services on a fee-for-service basis, with one organization employing 20 staff members covering the entire country. The Dominica Council on Aging Inc., a nonprofit NGO, coordinates programs for the elderly, addressing their physical, social, and emotional needs. The “Yes We Care” social protection program provides support for the sick, physically challenged, and elderly. However, there are no specialized PC doctors or nurses, and services are delivered through general healthcare rather than a structured PC network.

RATE OF SPECIALIZED PC SERVICES/100,000 INH



N/A

← SPECIALIZED PALLIATIVE CARE SERVICES

Ind14

14.1. There is a system of **Specialized PC services or teams for children in the country that has geographic reach and is delivered through different service delivery platforms.**



No or minimal provision of palliative care specialized services or teams for children exists in country.

14.2. Number of pediatric **Specialized PC services or teams in the country.**

0

PPC TEAMS

Dominica does not have a formal system of specialized PC services or teams for children, but care is provided through existing healthcare services. Children requiring PC are primarily managed at the pediatric unit of the main hospital in the capital. Pediatricians and nurses oversee care, while children with cancer receive follow-ups with an oncologist. After hospital discharge, the Primary Health Care team takes over, offering care and support to families and caregivers. Follow-up oncology appointments occur at the hospital's outpatient clinic. Primary care nurses are equally qualified as hospital nurses, ensuring continuity of care across service levels.



GRENADA

Saint George's

1:3000000

General data

POPULATION, 2024

117,207

SURFACE KM², 2022

340

PHYSICIANS/1000 INH, 2021

N/A

NURSES/1000 INH, 2021-2022

N/A

Socioeconomic data

COUNTRY INCOME LEVEL, 2022

Upper middle

HUMAN DEVELOPMENT INDEX RANKING, 2023

80

GDP PER CAPITA (US\$), 2023

11,246.35

HEALTH EXPENDITURE PER CAPITA (US\$), 2021

505.4

UNIVERSAL HEALTH COVERAGE, 2021

70



WHO FRAMEWORK FOR PALLIATIVE CARE DEVELOPMENT

- A EMPOWERMENT OF PEOPLE AND COMMUNITIES
- B POLICIES
- C RESEARCH
- D USE OF ESSENTIAL MEDICINES
- E EDUCATION AND TRAINING
- F PROVISION OF PC

LEVEL OF DEVELOPMENT

- 1 EMERGING
- 2 PROGRESSING
- 3 ESTABLISHED
- 4 ADVANCED

Grenada

F Provision of PC (Specialized Services)

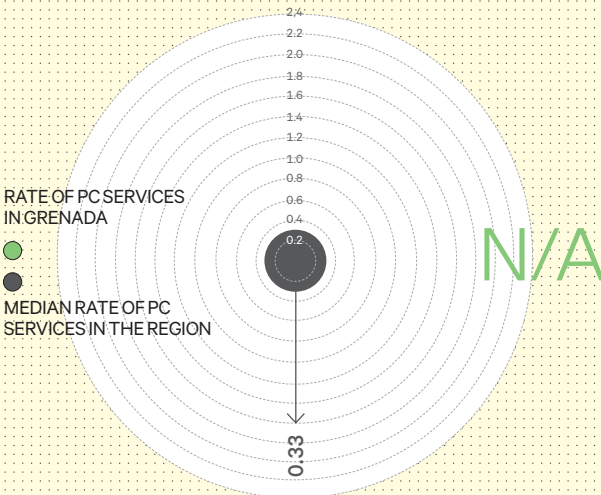
Total number of Specialized PC services

N/A

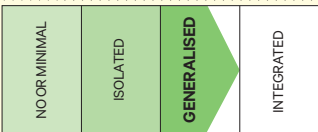
Rate of PC services per 100,000 inhabitants

—

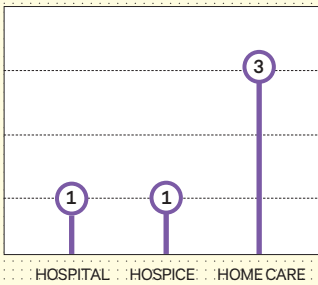
Grenada in the context of the region



Geographic distribution and integration of PC services



Level of development of different types of PC services



Pediatric PC Services

GEOGRAPHIC DISTRIBUTION AND INTEGRATION



TOTAL NUMBER

0



Grenada

D Use of essential medicines

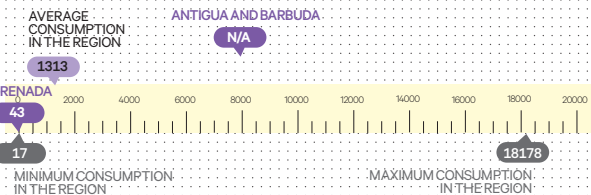


Opioids consumption (excluding methadone)

S-DDD/MILL INHABITANTS/DAY

43

Grenada in the context of the region



Overall availability of essential medicines for pain and PC at the primary level



IN URBAN AREAS %



IN RURAL AREAS %

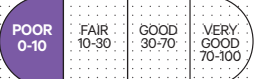


General availability of immediate-release oral morphine at the primary level

IN URBAN AREAS %



IN RURAL AREAS %



C Research

PC-related research articles



Existence of PC congresses or scientific meetings



Consultants: Christine Childs.
National Association: Palliative Care Association of Grenada (PCAG).

Data collected: November 2024-June 2025
Report validated by consultants: Yes
Endorsed by National PC Association: No
Edition: Edited by Atlantes Research Team (University of Navarra, Spain).

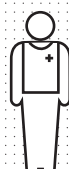
E Education & Training

Medical schools with mandatory PC teaching



0/1

Nursing schools with mandatory PC teaching



0/1

Recognition of PC specialty



B Policies

National PC plan or strategy



Responsible authority for PC in the Ministry of Health



Inclusion of PC in the basic health package at the primary care level



A Empowerment of people and communities

Groups promoting the rights of PC patients



Advanced care planning-related policies



AM

Grenada

People & Communities

Ind1 Existence of groups dedicated to promoting the rights of patients in need of PC, their caregivers, and disease survivors.	4 Strong national and sub-national presence of palliative care advocacy and promoting patient rights (as a professional association of Palliative Care, i.e.).	The Palliative Care Association of Grenada (PCAG), led by the Iota Epsilon Alpha Honor Society at St. George's University School of Medicine, is a dedicated voluntary organization advocating for the rights of patients needing PC, their caregivers, and disease survivors. Established on March 18, 2015, and affiliated with WINDREF, PCAG promotes quality of life, dignity, and compassionate care for individuals facing serious life-threatening illnesses. PCAG plays a role in advocacy, education, and policy development, working to establish national standards for PC and appropriate medication regulation in Grenada. The organization also fosters a network of healthcare professionals, families, and communities to enhance PC delivery. The association has not updated its website or social media since 2017.
Ind2 Is there a national policy or guideline on advance directives or advance care planning?	1 There is no national policy or guideline on advance care planning.	Grenada does not currently have a national policy or formal guidelines for advance directives or advance care planning. However, some information on advance directives is available. These documents allow individuals to specify their preferences for medical treatment, including the choice to pursue aggressive interventions to prolong life. Advance directives can be stored in various locations, such as a lawyer's office, an individual's home, or an electronic health record (EHR). If recorded in an EHR, healthcare providers and medical personnel can access the directive in the event of a medical emergency. In cases where an individual does not have an advance directive and is unable to make medical decisions, state laws dictate who is authorized to make decisions on their behalf. Typically, this responsibility falls to a spouse, parent, or adult child.

Policies

Ind3 3.1. There is a current national PC plan, program, policy, or strategy.	1 Do not know or does not exist.	Grenada does not have a standalone national PC plan, program, policy, or strategy, nor is PC explicitly included as a dedicated section in a broader national health strategy. While the National Chronic Non-Communicable Disease (CNCD) Policy and Multisectoral Action Plan (2013-2017) referenced PC, this document is now outdated. While the National Strategic Plan for Health (2016-2025) provides a broad framework for equitable healthcare access, it does not contain specific indicators for PC. However, the CNCD Action Plan (2013-2017) did include a measurable target (increasing opioid consumption by 50% by 2017), though it is now outdated. Despite this, PC access and medication procurement remain part of broader national health monitoring efforts. Ministry of Health and Social Security government of Grenada. National Chronic Non-Communicable Dis-
3.2. The national palliative care plan (or program or strategy or legislation) is a standalone.	1 Not known or does not exist neither standalone nor is included in another national plan.	

AM

Grenada

Policies

3.3. There are indicators in the national plan to monitor and evaluate progress, with measurable targets.	2 The indicators to monitor and evaluate progress with clear targets exist, but have not been implemented.	ease Policy And Multisectoral Action Plan For Grenada (2013-2017) Grenada. 2013.
Ind4 PC services are included in the list of priority services for Universal Health Coverage at the primary care level in the national health system.	3 Included in the essential list of services recognized by a government decree or law but not in the General Health Law.	Grenada aligns with WHO recommendations to integrate PC into national health policies under the UHC framework. PC is recognized as a priority service at the primary care level. However, it is not explicitly mentioned in the General Health Law (Public Health Act) or its amendments.
Ind5 5.1. Is there a national authority for palliative care within the government or the Ministry of Health?	1 There is no coordinating entity.	The Ministry of Health and Social Security in Grenada oversees healthcare services, including PC. However, there is no dedicated national authority or specialized body for PC. Instead, PC is coordinated through primary healthcare services, hospitals, and local health centers, with involvement from healthcare professionals.
5.2. The national authority has concrete functions, budget and staff.	1 Does not have concrete functions or resources (budget, staff, etc.).	

AM

Grenada

Research

Ind6

Existence of congresses or scientific meetings at the national level specifically related to PC.

1

There are no national congresses or scientific meetings related to palliative care.

As of January 2025, there are no specific national congresses or scientific meetings dedicated to PC scheduled in Grenada.

Ind7

Estimation of the level of peer-reviewed articles focusing on PC research published in any language in the past 5 years with at least one author from the country.

2

Reflects a limited number of articles published.

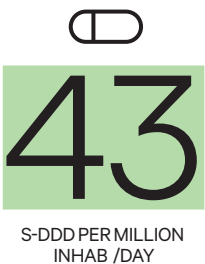
In the past five years, peer-reviewed research on PC involving Grenadian-affiliated authors has been limited, though notable contributions do exist. These publications demonstrate continued efforts to tackle PC challenges in the Caribbean, with meaningful engagement from Grenadian researchers.

Medicines

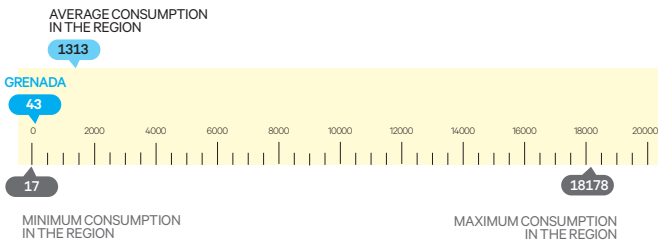
Ind8

Reported annual opioid consumption –excluding methadone– in S-DDD per million inhabitants per day.

Average consumption of opioids, in defined daily doses (S-DDD) for statistical purposes per million inhabitants per day.



COUNTRY VS REGION



AM

Grenada

Medicines

Ind9

9.1. Percentage of health facilities at the primary care level in Urban areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.

4

Very good:
Between 70% to 100%.

9.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.

3

Good: Between 30% to 70%.

Specific data on the availability of pain and PC medications at the primary healthcare level in Grenada is not readily available. However, several reports provide general insights into essential medicine availability: **The Strategic Plan for Health 2016-2025** notes that the availability of essential medicines, particularly for chronic diseases, was about 85% in 2014, with distribution challenges causing stock-outs in community pharmacies. The 2023 Rapid Assessment Report by the Healthy Caribbean Coalition emphasizes equitable access to essential medicines but lacks specific data on PC medications. Additionally, the last published National Essential Medicines List (NEML) in 2007 excluded 218 medicines from the WHO model list, affecting the availability of key PC drugs. While these reports highlight general medicine availability, precise figures for pain and PC medications at the primary level, especially in urban areas, remain unclear.

Ind10

10.1. Percentage of health facilities at the primary care level in urban areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).

1

Poor: Between 0% to 10%.

10.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).

1

Poor: Between 0% to 10%.

Specific data on the availability of immediate-release oral morphine in primary healthcare facilities in Grenada is not readily available. However, regional studies suggest that opioid availability, including immediate-release oral morphine, is generally low across Latin America and the Caribbean, indicating that its presence in primary healthcare facilities may be limited.

AM

Grenada

Education & Training

Ind11

11.1. The proportion of medical schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching)

0/1



Grenada has one university with medical and nursing schools, but no dedicated PC module is explicit in its curriculum. Nonetheless, PC is integrated into geriatric care training, and some of its elements are taught through optional courses, such as “Clinical, Ethical, and Neuroscience Aspects of Pain.”

11.2. The proportion of medical schools with **OPTIONAL** teaching in PC.

0/1

11.3. The proportion of nursing schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching).

0/1

11.4. The proportion of nursing schools with **OPTIONAL** teaching in PC.

0/1

Ind12

Existence of an official specialization process in palliative medicine for physicians, recognised by the competent authority in the country.



There is no process on specialization for palliative care physicians.

As of January 2025, Grenada lacks an official specialization in palliative medicine recognized by the Grenada Medical and Dental Council (GMDC). While PC is part of medical education, there is no formalized pathway for physicians to specialize in the field locally. St. George’s University (SGU) offers the “Palliative Care for Healthcare Providers” program, which equips healthcare professionals with skills in symptom management, end-of-life care, and bereavement support, but it is not a formal specialization. Physicians seeking advanced training typically pursue fellowship programs abroad, such as in the United States, where they receive in-depth training in hospice and PC to manage complex symptoms and provide comprehensive end-of-life care.

AM

Grenada

Provision of PC / Specialized Services

Ind13

13.1. There is a system of Specialized PC services or teams in the country that has a **GEOGRAPHIC** reach and is delivered through different service delivery platforms.



Generalized provision: Exists in many parts of the country but with some gaps.

13.2. Are available in **HOSPITALS** (public or private), such as hospital PC teams (consultation teams), and PC units (with beds), to name a few examples.



Not at all.

13.3. Free-standing **HOSPICES** (including hospices with inpatient beds).



Not at all.

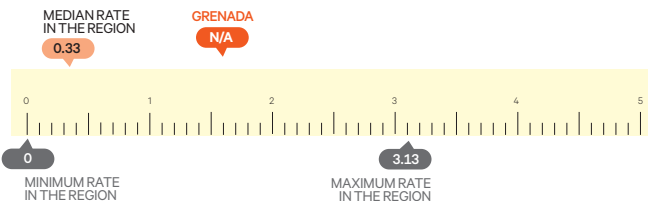
13.4. **HOME CARE** teams (Specialized in PC) are available in the community (or at the primary Healthcare level), as independent services or linked with hospitals or hospices.



13.5. Total number of Specialized PC services or teams in the country.

PC in Grenada is primarily community-based, led by the Palliative Care Association of Grenada (PCAG), which promotes home-based support. The country has 10 nursing homes and 4 home care agencies offering specialized PC services. Volunteer organizations and non-profits also play a key role in supporting patients and families. Grenada lacks free-standing hospices or a structured hospital-based palliative care system. While some hospitals provide pain management and end-of-life care, these services are integrated into general medical or oncology departments rather than dedicated PC units.

RATE OF SPECIALIZED PC SERVICES/100,000 INH



N/A

← SPECIALIZED PALLIATIVE CARE SERVICES

Ind14

14.1. There is a system of Specialized PC services or teams for **children** in the country that has geographic reach and is delivered through different service delivery platforms.



No or minimal provision of palliative care specialized services or teams for children exists in country.

14.2. Number of pediatric Specialized PC services or teams in the country.

0

PPC TEAMS

Public and private healthcare facilities in Grenada may provide some palliative support for children with chronic or terminal illnesses. However, the country lacks specialized pediatric PC units, trained staff, and dedicated funding, resulting in non-specialized and inconsistent services nationwide.



General data

POPULATION, 2024
10,825,703

SURFACE KM², 2022
214,970

PHYSICIANS/1000 INH, 2021
N/A

NURSES/1000 INH, 2021-2022
N/A

Socioeconomic data

COUNTRY INCOME LEVEL, 2022
High

HUMAN DEVELOPMENT INDEX RANKING, 2023
89

GDP PER CAPITA (US\$), 2023
20,765.35

HEALTH EXPENDITURE PER CAPITA (US\$), 2021
470.57

UNIVERSAL HEALTH COVERAGE, 2021
76



WHO FRAMEWORK
FOR PALLIATIVE CARE
DEVELOPMENT

- Ⓐ EMPOWERMENT OF PEOPLE AND COMMUNITIES
- Ⓑ POLICIES
- Ⓒ RESEARCH
- Ⓓ USE OF ESSENTIAL MEDICINES
- Ⓔ EDUCATION AND TRAINING
- Ⓕ PROVISION OF PC

LEVEL OF
DEVELOPMENT



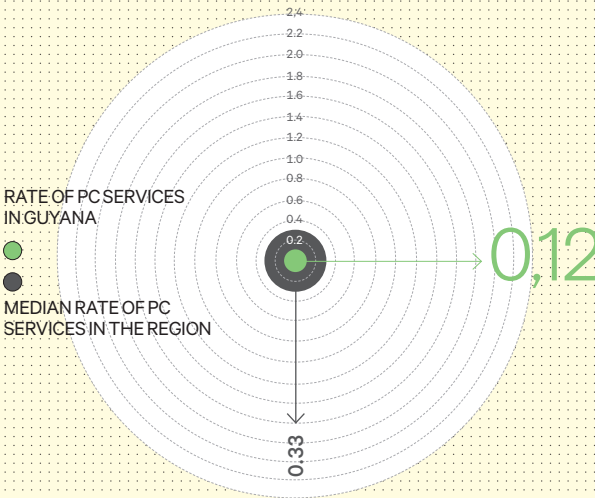
Guyana

Ⓕ Provision of PC (Specialized Services)

Total number
of Specialized
PC services
1

Rate of PC services
per 100,000 inhabitants
0,12

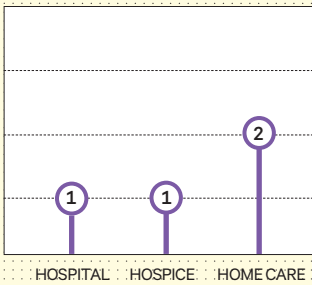
Guyana in the context of the region



Geographic
distribution and
integration of PC
services



Level of development
of different types of
PC services



Pediatric PC Services

GEOGRAPHIC DISTRIBUTION
AND INTEGRATION
1

TOTAL NUMBER

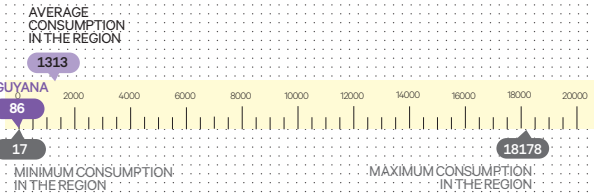


Guyana

Ⓓ Use of essential medicines

Opiods
consumption
(excluding
methadone)
86
S-DDD/MILL INHABITANTS/DAY

Guyana in the context of the region



Overall availability of essential medicines
for pain and PC at the primary level



General availability of immediate-release oral
morphine at the primary level



Ⓒ Research

PC-related
research articles
1

Existence of PC
congresses or scientific
meetings
2



Consultants: Bibi Salim, Sheba
Thomas, Tessauna Bollers.
National Association: -

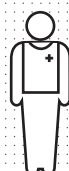
Data collected: November 2024-June
2025
Report validated by consultants: Yes
Endorsed by National PC Associa-
tion: -
Edition: Edited by Atlantes Research
Team (University of Navarra, Spain).

Ⓔ Education & Training

Medical schools
with mandatory PC
teaching
0/4



Nursing schools
with mandatory PC
teaching
1/4



Recognition of PC specialty
1

Ⓑ Policies

National PC plan
or strategy
1

Responsible authority
for PC in the Ministry of
Health
3

Inclusion of PC in the basic
health package at the
primary care level
1

Ⓐ Empowerment of people
and communities

Groups promoting
the rights of PC
patients
3



Advanced care
planning-related
policies
1



Ind1	Existence of groups dedicated to promoting the rights of patients in need of PC, their caregivers, and disease survivors.	3 Existence of group(s) that cover palliative care in a more integrated way or over a wider range of disease/program areas.	In Guyana, community organizations and nonprofits play a crucial role in advocating for patients requiring PC, their caregivers, and disease survivors. These groups, including religious and volunteer organizations, provide essential home-based care and emotional support, particularly in underserved areas with limited healthcare resources. A key organization is the Beacon Foundation, an NGO with a strong partnership with the Ministry of Public Health. Since 1989, it has offered domiciliary PC exclusively to cancer patients. The Beacon Foundation Hospice serves as a vital support system for patients and their families, delivering comprehensive care. However, its services do not extend to all regions, leaving gaps in access, particularly for non-cancer patients and those in remote areas.
	Is there a national policy or guideline on advance directives or advance care planning?	1 There is no national policy or guideline on advance care planning.	Guyana does not have a comprehensive national policy on ACP, advance directives, or the use of life-sustaining treatment. However, the Medical Practitioners (Code of Conduct and Standards of Practice) Regulations 2008, published in the Official Gazette No. 22, serves as a legally binding framework that outlines patient rights. It mandates that patients receive adequate information regarding their treatment, have the right to accept or refuse care, and make informed healthcare decisions. The Medical Council of Guyana reinforces the duty of medical practitioners to respect patient autonomy, dignity, and end-of-life choices. Despite these legal provisions, there are no explicit national policies on living wills, formal advance directives, or surrogate decision-making frameworks. Most end-of-life decisions are made by family members in the absence of structured guidelines.
Ind3	3.1. There is a current national PC plan, program, policy, or strategy.	1 Do not know or does not exist.	Guyana lacks a dedicated national PC policy, program, or strategy with a defined implementation framework. While Health Vision 2020 emphasized inclusive healthcare and acknowledged the need to expand PC services, it did not establish a structured plan. The healthcare system remains primarily focused on acute and primary care, leaving PC services limited and largely urban-centered. Recognizing the growing demand for PC, the government has made commitments to improve access, particularly for patients with chronic and terminal illnesses. The draft National Cancer Control Plan includes PC—though only for cancer patients. It outlines indicators to monitor and evaluate progress, but these remain unimplemented as the plan is yet to be published or executed. International and non-governmental collaborations, including with the World Health Organization (WHO), continue to support capacity-building efforts. These may help drive future policy development.
	3.2. The national palliative care plan (or program or strategy or legislation) is a standalone.	1 Not known or does not exist neither standalone nor is included in another national plan.	

3.3. There are indicators in the national plan to monitor and evaluate progress, with measurable targets.	2 The indicators to monitor and evaluate progress with clear targets exist but have not been yet implemented.	opment. Further integration of PC is anticipated as healthcare infrastructure and funding improve.
Ind 4	PC services are included in the list of priority services for Universal Health Coverage at the primary care level in the national health system.	
	1 Not at all.	PC services are not available within primary healthcare in the public health system, nor are they integrated into the UHC framework of the national health system.
Ind 5	5.1. Is there a national authority for palliative care within the government or the Ministry of Health?	
	3 There is no coordinating entity.	PC falls under the purview of the Ministry of Health's Disease Control – Non-Communicable Diseases Program , within the Chronic Diseases subprogram. However, this department lacks a dedicated policy, structured framework, or specialized unit for PC.
	5.2. The national authority has concrete functions, budget and staff.	
	1 Does not have concrete functions or resources (budget, staff, etc.).	

AM

Guyana

Research

Ind6

Existence of congresses or scientific meetings at the national level specifically related to PC.



Only sporadic or non-periodical conferences or meetings related to palliative care take place.

In 2024, a conference was held in Guyana with a focus on cancer, during which a presentation on PC was made. While PC is gaining increasing attention, with local and regional organizations working to expand access and improve standards, dedicated scientific congresses or national meetings specifically focused on PC remain limited.

Ind7

Estimation of the level of peer-reviewed articles focusing on PC research published in any language in the past 5 years with at least one author from the country.



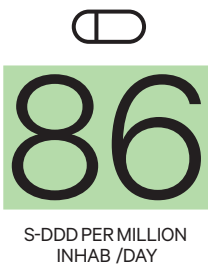
Indicates a minimal or non-existent number of articles published on the subject in that country.

In low-resource settings like Guyana, PC research faces significant challenges, including limited funding, inadequate specialized research infrastructure, and a shortage of trained researchers in hospice and end-of-life care. Studies in PC require robust support structures, which are often underdeveloped in environments where clinical demands take precedence over research activities.

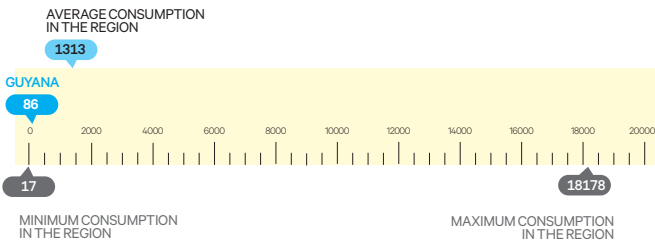
Ind8

Reported annual opioid consumption –excluding methadone– in S-DDD per million inhabitants per day.

Average consumption of opioids, in defined daily doses (S-DDD) for statistical purposes per million inhabitants per day.



COUNTRY VS REGION



Medicines

AM

Guyana

Medicines

Ind9

9.1. Percentage of health facilities at the primary care level in Urban areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.



Fair: Between 10% to 30%.

9.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.



Fair: Between 10% to 30%.

In Guyana, medicines are dispensed free of charge to patients in the public sector, while in the private sector, patients are required to pay out-of-pocket or through health insurance co-pays. A national social insurance scheme subsidizes medicines up to 80% of the cost. Approximately 80% of PC medicines are included in the Essential Medicines List of Guyana (2020–2022). However, the availability of pain and PC medications at primary care facilities is not well-documented in publicly accessible or granular statistics. Reports indicate systemic challenges in healthcare infrastructure. While over 80% of hospitals in Guyana are reported to maintain a continuous supply of essential medicines, the availability of pain and PC medications at primary care facilities in both urban and rural areas remains unclear and is not well-documented in global databases or specific country assessments.

Ind10

10.1. Percentage of health facilities at the primary care level in urban areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).



Poor: Between 0% to 10%.

10.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).



Poor: Between 0% to 10%.

In Guyana, only sustained-release morphine is available through the Medication Distribution Center. Specific data on the percentage of primary healthcare facilities that stock immediate-release oral morphine (liquid or tablets) is not explicitly available in current resources.

AM

Guyana

Education & Training

Ind11

- 11.1. The proportion of medical schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching)
- 11.2. The proportion of medical schools with **OPTIONAL** teaching in PC.
- 11.3. The proportion of nursing schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching).
- 11.4. The proportion of nursing schools with **OPTIONAL** teaching in PC.

0/4

0/4

1/4

0/4



There are currently four certified medical schools in Guyana, though some offshore institutions operate without accreditation from the Ministry of Education or Health. None of the accredited schools include PC in their curriculum. PC education in nursing is still evolving, with compulsory courses not widely implemented. However, St. Joseph Mercy Hospital School of Nursing stands out, offering a dedicated three-month mandatory course. In other institutions, such as the University of Guyana's School of Nursing, the National Nursing School, and GreenHeart Medical University, PC is integrated into broader subjects like community health, elderly care, and chronic disease management, rather than taught as a standalone module.

Ind12

- Existence of an official specialization process in palliative medicine for physicians, recognised by the competent authority in the country.



There is no process on specialization for palliative care physicians.

Guyana currently lacks a formally recognized national specialization process in palliative medicine for physicians. Training opportunities are limited and primarily facilitated through international partnerships with PC associations in neighboring Caribbean countries and international organizations. These collaborations offer workshops and educational resources to healthcare professionals, including nurses, doctors, and social workers.

AM

Guyana

Provision of PC / Specialized Services

Ind13

- 13.1. There is a system of Specialized PC services or teams in the country that has a **GEOGRAPHIC** reach and is delivered through different service delivery platforms.
- 13.2. Are available in **HOSPITALS** (public or private), such as hospital PC teams (consultation teams), and PC units (with beds), to name a few examples.
- 13.3. Free-standing **HOSPICES** (including hospices with inpatient beds).
- 13.4. **HOME CARE** teams (Specialized in PC) are available in the community (or at the primary Healthcare level), as independent services or linked with hospitals or hospices.
- 13.5. Total number of Specialized PC services or teams in the country.



Isolated provision: Exists but only in some geographic areas



Not at all.



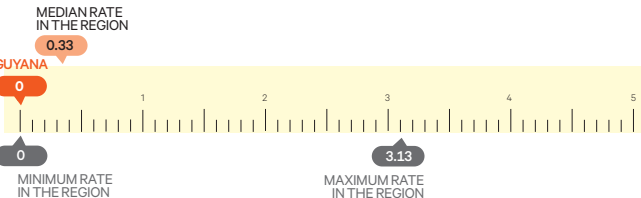
Not at all



Ad hoc/ in some parts of the country.

PC services in Guyana are limited and primarily supported by a single team: the Beacon Foundation, which serves five regions of the country. It provides domiciliary hospice care for terminally ill cancer patients via a mobile team of four registered nurses, only one of whom is specifically trained in PC. Their schedules are demanding, involving travel across regions to deliver welfare support and pain medication at least once per month, and more often based on patient need. The Beacon Foundation collaborates with the Georgetown Public Hospital Corporation and other local healthcare providers to ensure access to essential medicines and clinical support. In recent years, the Ministry of Public Health has supported the Foundation, offering medications when available. Despite its limited reach, the Beacon Foundation represents the core of PC delivery in Guyana, filling a critical gap in home-based care for terminally ill patients.

RATE OF SPECIALIZED PC SERVICES/100,000 INH



1
← SPECIALIZED PALLIATIVE CARE SERVICES

Ind14

- 14.1. There is a system of Specialized PC services or teams for **children** in the country that has geographic reach and is delivered through different service delivery platforms.
- 14.2. Number of pediatric Specialized PC services or teams in the country.



No or minimal provision of palliative care specialized services or teams for children exists in country.

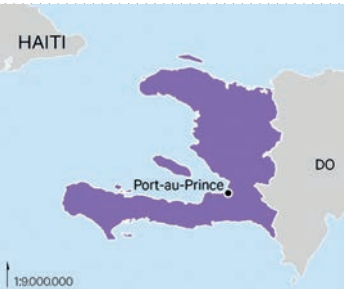
0

PPC TEAMS

Currently, there are no specialized PC services or teams dedicated to children in Guyana.



Haiti



General data

POPULATION, 2024
831,087

SURFACE KM², 2022
27,750

PHYSICIANS/1000 INH, 2021
N/A

NURSES/1000 INH, 2021-2022
N/A

Socioeconomic data

COUNTRY INCOME LEVEL, 2022
Lower middle

HUMAN DEVELOPMENT INDEX RANKING, 2023
166

GDP PER CAPITA (US\$), 2023
1,705.78

HEALTH EXPENDITURE PER CAPITA (US\$), 2021
57.88

UNIVERSAL HEALTH COVERAGE, 2021
54



WHO FRAMEWORK FOR PALLIATIVE CARE DEVELOPMENT

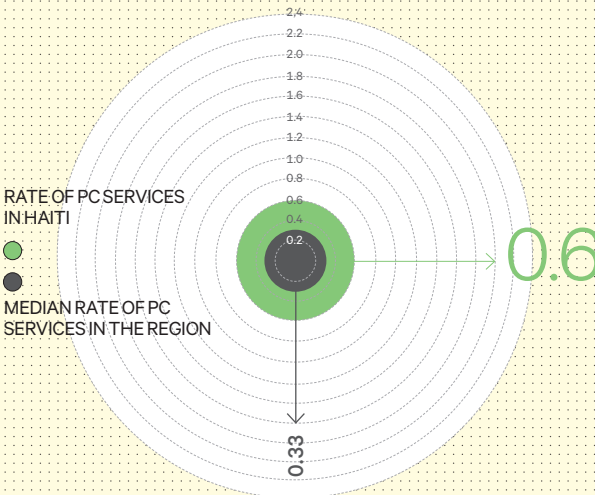
- ① EMPOWERMENT OF PEOPLE AND COMMUNITIES
- ② POLICIES
- ③ RESEARCH
- ④ USE OF ESSENTIAL MEDICINES
- ⑤ EDUCATION AND TRAINING
- ⑥ PROVISION OF PC



F Provision of PC (Specialized Services)



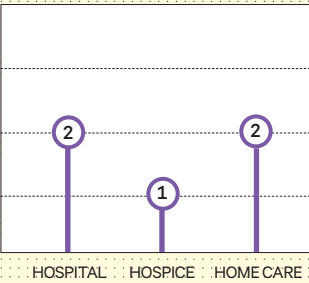
Haiti in the context of the region



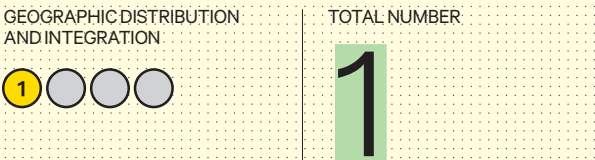
Geographic distribution and integration of PC services



Level of development of different types of PC services



Pediatric PC Services

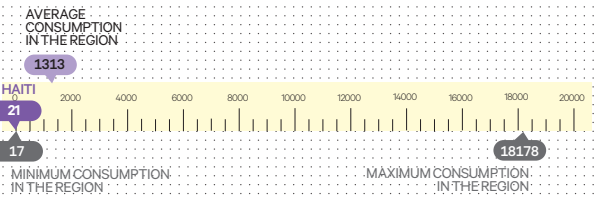


Haiti

D Use of essential medicines



Haiti in the context of the region



Overall availability of essential medicines for pain and PC at the primary level



General availability of immediate-release oral morphine at the primary level



C Research

PC-related research articles



Existence of PC congresses or scientific meetings



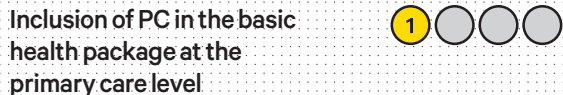
Consultants: Pascale Yola Gas-sant, Regine Roche.
National Association: -

Data collected: November 2024-June 2025
Report validated by consultants: Yes
Endorsed by National PC Association: -
Edition: Edited by Atlantes Research Team (University of Navarra, Spain).

E Education & Training



B Policies



A Empowerment of people and communities



Ind1	Existence of groups dedicated to promoting the rights of patients in need of PC, their caregivers, and disease survivors.	2 Pioneers, champions, or advocates of palliative care can be identified, but without a formal organization constituted.	In Haiti, PC is still in its early stages and primarily focused on cancer patients, with limited integration into primary and secondary care. However, efforts have been made by pioneers such as the HUM Oncology Center, while the HUEH Pain Unit has been working to expand PC into communities. Several organizations advocate for PC patients and their caregivers. The Groupe de Support Contre le Cancer (GSCC) promotes cancer care and provides support to cancer patients. The Fondation Haïtienne Anti Cancer Infantile (FHACI) focuses on childhood cancer support. The Haitian Society of Training and Management of Pain (SOHAD) trains healthcare professionals in pain management and PC, collaborates with the Ministry of Health, and works to raise awareness.
	Is there a national policy or guideline on advance directives or advance care planning?	1 There is no national policy or guideline on advance care planning.	In Haiti, there is no national policy or official guideline on advance directives or ACP. PC efforts are conducted without a structured framework, and there is no legislation supporting trusted third parties or advance directives. Patient autonomy is applied on a case-by-case basis, at the discretion of caregivers or healthcare facilities, without any legal obligation.
Ind3	3.1. There is a current national PC plan, program, policy, or strategy.	1 Do not know or does not exist.	Haiti does not have a national PC plan, program, policy, or strategy with a defined implementation framework. While some health institutions provide PC, services operate without a structured national approach. Two public hospitals under the Ministry of Public Health and Population (MSPP) offer limited PC, depending on resources and team commitment. The University Hospital of Mirebalais (HUM) follows a mixed model, relying on local, regional, and international collaboration. Saint Damien Hospital (HSD), a private nonprofit, integrates PC into pediatric oncology but lacks national support. Although PC is mentioned in the national plan for childhood cancer, no strategy or concrete actions have been developed, and the plan itself has not been implemented. No indicators have been defined to measure progress, making it difficult to assess needs and impact. Discussions with the Ministry of Health are ongoing, but PC remains a low priority.
	3.2. The national palliative care plan (or program or strategy or legislation) is a standalone.	1 Not known or does not exist neither standalone nor is included in another national plan.	

3.3. There are indicators in the national plan to monitor and evaluate progress, with measurable targets.	1 Not known or does not exist.	
Ind4	PC services are included in the list of priority services for Universal Health Coverage at the primary care level in the national health system.	1 Not at all. In Haiti, the health system faces multiple challenges, including limited service availability, insufficient human resources, and reduced state funding. The country's UHC (strategies primarily focus on primary healthcare services and emergency care. There is no clear evidence that PC is included as a priority service at the primary care level within the national health system. Additionally, no official documents have been found to confirm its inclusion in UHC priority services.
Ind5	5.1. Is there a national authority for palliative care within the government or the Ministry of Health?	1 There is no authority defined. Haiti does not have a national authority within the Ministry of Health responsible for PC. There is no official document or formal structure ensuring national coordination, and no institutional framework, dedicated budget, or personnel assigned to support it. While Douleur Sans Frontière is recognized by the Ministry of Health, PC efforts remain unstandardized and operate independently. Local initiatives function without national oversight, relying on hospital-based structures in four hospitals, but there is no centralized coordination or guidance at the national level.
	5.2. The national authority has concrete functions, budget and staff.	1 Does not have concrete functions or resources (budget, staff, etc.).

Ind6

Existence of congresses or scientific meetings at the national level specifically related to PC.



Only sporadic or non-periodical conferences or meetings related to palliative care take place.

Haiti occasionally organizes conferences on PC, providing opportunities to update knowledge, strengthen understanding, and facilitate professional exchanges on challenges and locally adapted solutions. Two scientific congresses have been held exclusively on PC: Palliative Care Awareness Days (2017) and Ethics in PC (2018). Additionally, PC topics are sometimes included in other congresses or presented on an ad hoc basis. These events help raise awareness and contribute to the development of PC in Haiti, though they remain infrequent and not part of a structured national initiative.

Ind7

Estimation of the level of peer-reviewed articles focusing on PC research published in any language in the past 5 years with at least one author from the country.



Indicates a minimal or non-existent number of articles published on the subject in that country.

Several scientific publications have addressed PC in Haiti, focusing on the challenges and initiatives in this field. However, the number of published articles remains limited, with notable contributions appearing in the Haitian scientific journal RHCA.

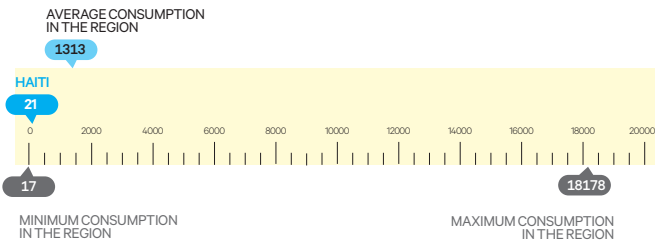
Ind8

Reported annual opioid consumption –excluding methadone– in S-DDD per million inhabitants per day.

Average consumption of opioids, in defined daily doses (S-DDD) for statistical purposes per million inhabitants per day.



COUNTRY VS REGION



Ind9

9.1. Percentage of health facilities at the primary care level in Urban areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.



Fair: Between 10% to 30%.

9.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.



Poor: Between 0% to 10%.

Non-opioid pain medications are available in over 70% of primary care facilities, but accessibility remains limited as patients must purchase them independently, creating a significant barrier. While some medications from the WHO Model List of Essential Medicines have been included in the national essential medicines list, their availability is inconsistent due to frequent stock-outs. Opioid pain medications (Level 3) are not available at the primary care level, and access is even more restricted in rural areas. Many essential PC medicines remain unavailable or difficult to obtain, particularly outside urban centres.

Ind10

10.1. Percentage of health facilities at the primary care level in urban areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).



Poor: Between 0% to 10%.

10.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).



Poor: Between 0% to 10%.

Immediate-release oral morphine (liquid or tablet) is not available at the primary care level. Opioid availability is critically low, with only 10-30% of urban hospitals having access to these medications, reflecting a serious gap in pain management and PC. Access is even more restricted in rural areas. Several factors contribute to this limited availability, including a lack of health-care provider training, negative perceptions of opioid use, and strict regulatory policies.

Ind11

- 11.1. The proportion of medical schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching)
- 11.2. The proportion of medical schools with **OPTIONAL** teaching in PC.
- 11.3. The proportion of nursing schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching).
- 11.4. The proportion of nursing schools with **OPTIONAL** teaching in PC.

2/7

0/7

2/81

0/81



In Haiti, PC education in undergraduate curricula is limited. Out of seven medical faculties and 81 nursing schools, only two institutions—the State University of Haiti and the University of Notre Dame of Haiti—offer mandatory courses in PC through both their medical and nursing faculties. No medical or nursing schools offer PC as an optional course, leaving many graduating health professionals without formal training in pain management, psychosocial support, and end-of-life care. This gap in education contributes to limited expertise in PC across the healthcare system.

Ind12

- Existence of an official specialization process in palliative medicine for physicians, recognised by the competent authority in the country.



There is no process on specialization for palliative care physicians.

There is not an official specialization process in palliative medicine for physicians recognized by the competent authority. The lack of local specialization limits the development of PC as a structured discipline, forcing those interested to train abroad to obtain a certificate or university degree. To address this gap, the State University of Haiti offers a third-cycle university diploma in pain management, which includes a module on PC.

Ind13

- 13.1. There is a system of Specialized PC services or teams in the country that has a **GEOGRAPHIC** reach and is delivered through different service delivery platforms.
- 13.2. Are available in **HOSPITALS** (public or private), such as hospital PC teams (consultation teams), and PC units (with beds), to name a few examples.
- 13.3. Free-standing **HOSPICES** (including hospices with inpatient beds).
- 13.4. **HOME CARE** teams (Specialized in PC) are available in the community (or at the primary Healthcare level), as independent services or linked with hospitals or hospices.
- 13.5. Total number of Specialized PC services or teams in the country.



No or minimal provision of palliative care specialized services or teams exist in the country.



Ad hoc/ in some parts of the country.



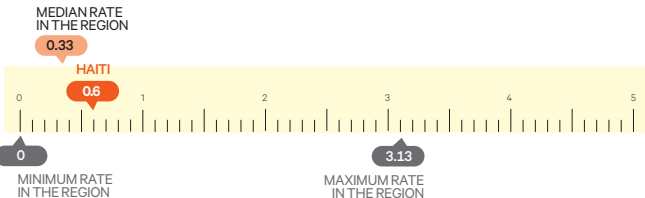
Not at all.



Ad hoc/ in some parts of the country.

Haiti does not have a comprehensive system of specialized PC services with nationwide geographic reach or integration across different service platforms. Most services are concentrated in Port-au-Prince, with only three facilities in the capital and one outside it. While a few non-medical hospices accept PC patients, their staff lack specialized training. Four hospitals and two pain and PC clinics have dedicated PC teams and reserved beds, but geographic disparities limit access. The State University Hospital of Haiti operates a mobile PC and pain clinic, offering outpatient services, home care, and follow-ups. However, PC is not systematically integrated across hospitals, and the absence of a national framework further restricts access, particularly in rural areas.

RATE OF SPECIALIZED PC SERVICES/100,000 INH



5
← SPECIALIZED PALLIATIVE CARE SERVICES

Ind14

- 14.1. There is a system of Specialized PC services or teams for **children** in the country that has geographic reach and is delivered through different service delivery platforms.
- 14.2. Number of pediatric Specialized PC services or teams in the country.



No or minimal provision of palliative care specialized services or teams for children exists in country.

1

PPC TEAMS

Haiti has a very limited system of specialized PC services for children, with no nationwide geographic reach or structured delivery across different platforms. Only one Pediatric hospital, Saint Damien Hospital, provides PC primarily for oncology patients, while other facilities offering PC treat both children and adults without specialized Pediatric resources. Children with non-oncology chronic illnesses have very limited access to appropriate PC, leaving them particularly vulnerable and underserved.



General data

POPULATION, 2024
2,839,175

SURFACE KM², 2022
10,990

PHYSICIANS/1000 INH, 2021
N/A

NURSES/1000 INH, 2021-2022
N/A

Socioeconomic data

COUNTRY INCOME LEVEL, 2022
Upper middle

HUMAN DEVELOPMENT INDEX RANKING, 2023
117

GDP PER CAPITA (US\$), 2023
6,839.73

HEALTH EXPENDITURE PER CAPITA (US\$), 2021
372.45

UNIVERSAL HEALTH COVERAGE, 2021
74



WHO FRAMEWORK FOR PALLIATIVE CARE DEVELOPMENT

- ① EMPOWERMENT OF PEOPLE AND COMMUNITIES
- ② POLICIES
- ③ RESEARCH
- ④ USE OF ESSENTIAL MEDICINES
- ⑤ EDUCATION AND TRAINING
- ⑥ PROVISION OF PC

LEVEL OF DEVELOPMENT



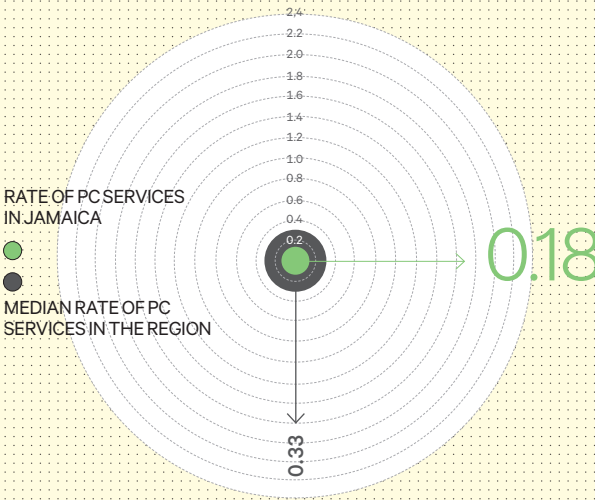
Jamaica

F Provision of PC (Specialized Services)

Total number of Specialized PC services
5

Rate of PC services per 100,000 inhabitants
0.18

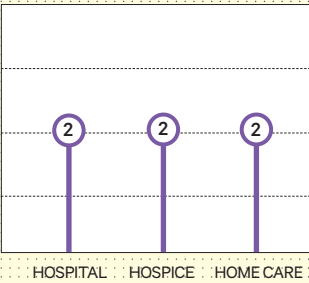
Jamaica in the context of the region



Geographic distribution and integration of PC services



Level of development of different types of PC services



Pediatric PC Services

GEOGRAPHIC DISTRIBUTION AND INTEGRATION
1

TOTAL NUMBER
0

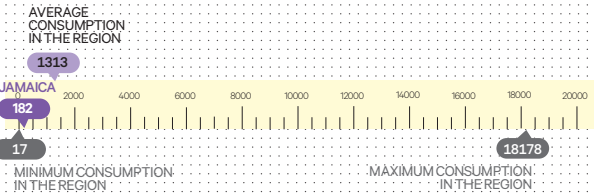


Jamaica

D Use of essential medicines

Opioids consumption (excluding methadone)
182
S-DDD/MILL INHABITANTS/DAY

Jamaica in the context of the region



Overall availability of essential medicines for pain and PC at the primary level



General availability of immediate-release oral morphine at the primary level



C Research

PC-related research articles
2

Existence of PC congresses or scientific meetings
2



Consultants: Dingle Spence, Patrick Jason Toppin.
National Association: Palliative Care Association of Jamaica.

Data collected: November 2024-June 2025
Report validated by consultants: Yes
Endorsed by National PC Association: No
Edition: Edited by Atlantes Research Team (University of Navarra, Spain).

E Education & Training

Medical schools with mandatory PC teaching
0/3

Nursing schools with mandatory PC teaching
0/14

Recognition of PC specialty
2

B Policies

National PC plan or strategy
1

Responsible authority for PC in the Ministry of Health
1

Inclusion of PC in the basic health package at the primary care level
1

A Empowerment of people and communities

Groups promoting the rights of PC patients
2

Advanced care planning-related policies
1

People & Communities

Ind1	Existence of groups dedicated to promoting the rights of patients in need of PC, their care-givers, and disease survivors.	2 Pioneers, champions, or advocates of palliative care can be identified, but without a formal organization constituted.	The Palliative Care Association of Jamaica plays an advocacy role but has been inactive since the pandemic. Additionally, an office under the Chief Medical Officer is responsible for developing PC programs in primary care. Despite these efforts, resources remain limited and do not adequately meet the growing demand for PC services. While advocates exist, the lack of widespread resources continues to hinder access to quality PC across the country.
	Ind2	Is there a national policy or guideline on advance directives or advance care planning?	1 There is no national policy or guideline on advance care planning. Jamaica does not have a national policy or guideline on advance directives or ACP. There are no specific laws, policies, or regulations governing these issues at a national level. Instead, decisions regarding ACP are handled on an individual basis, leading to significant variation in practices between hospitals and healthcare providers.
Ind3	3.1. There is a current national PC plan, program, policy, or strategy.	1 Do not know or does not exist.	Jamaica does not currently have a national PC plan, program, or policy. While the Ministry of Health has expressed intentions to expand PC capacity, particularly in community-based settings, there is no structured national implementation plan. Although PC is included in the national cancer control plan, there is no defined national strategy for its broader implementation.
	3.2. The national palliative care plan (or program or strategy or legislation) is a standalone.	3 There is a dedicated section on palliative care contained within another national plan such as for cancer, NC diseases or HIV.	

Policies

Policies

3.3. There are indicators in the national plan to monitor and evaluate progress, with measurable targets.	1 Not known or does not exist.	
Ind 4 PC services are included in the list of priority services for Universal Health Coverage at the primary care level in the national health system.	1 Not at all.	PC services are not explicitly included as a priority service for UHC at the primary care level in Jamaica. While the Ministry of Health has shown interest in expanding PC, particularly in community-based settings, there is no structured national implementation plan.
Ind 5 5.1. Is there a national authority for palliative care within the government or the Ministry of Health?	1 There is no authority defined.	
5.2. The national authority has concrete functions, budget and staff.	1 Does not have concrete functions or resources (budget, staff, etc.).	

AM

Jamaica

Research

Ind6

Existence of congresses or scientific meetings at the national level specifically related to PC.



Only sporadic or non-periodical conferences or meetings related to palliative care take place.

The Jamaica Cancer Care Research Institute (JACCRI) is the only organization that has hosted scientific meetings specifically focused on PC, though these events do not follow a regular schedule. Additionally, various other conferences have occasionally included aspects of PC within their broader discussions.

Ind7

Estimation of the level of peer-reviewed articles focusing on PC research published in any language in the past 5 years with at least one author from the country.



Reflects a limited number of articles published.

Only a few articles on PC have been published from Jamaica and the English-speaking Caribbean.

Medicines

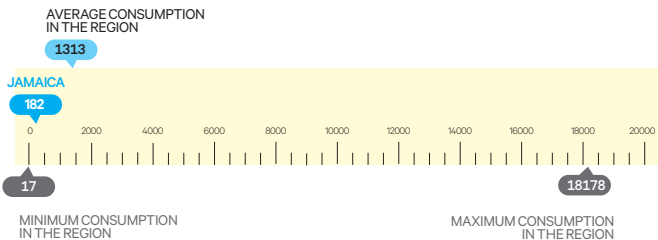
Ind8

Reported annual opioid consumption –excluding methadone– in S-DDD per million inhabitants per day.

Average consumption of opioids, in defined daily doses (S-DDD) for statistical purposes per million inhabitants per day.



COUNTRY VS REGION



AM

Jamaica

Medicines

Ind9

9.1. Percentage of health facilities at the primary care level in Urban areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.



Good: Between 30% to 70%.

9.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.



Fair: Between 10% to 30%.

In Jamaica, pain and PC medications from the WHO Model List of Essential Medicines are available in selected government pharmacies across both urban and rural areas. However, availability may vary, and there is no comprehensive data on access in all rural areas. Medications accessible at the primary care level include NSAIDs, acetaminophen, immediate and sustained-release morphine, injectable morphine, fentanyl patches, injectable fentanyl, and limited immediate-release oxycodone. Additionally, other essential medications for symptom control in PC are generally available.

Ind10

10.1. Percentage of health facilities at the primary care level in urban areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).



Fair: Between 10% to 30%.

10.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).



Poor: Between 0% to 10%.

Oral morphine is available at selected government pharmacies, but access varies across different areas. While both urban and rural areas have access to pain and PC medications, there is no comprehensive data on the exact percentage of primary care facilities providing immediate-release oral morphine. Essential PC medications, such as sustained-release morphine and injectable morphine, are generally available. Patients in rural areas often need to travel longer distances to reach a government dispensary, which may limit their access compared to those in urban areas.

AM

Jamaica

Education & Training

Ind11

- 11.1. The proportion of medical schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching)
- 11.2. The proportion of medical schools with **OPTIONAL** teaching in PC.
- 11.3. The proportion of nursing schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching).
- 11.4. The proportion of nursing schools with **OPTIONAL** teaching in PC.

1/3

0/3

0/14

0/14



In Jamaica, the proportion of medical and nursing schools with formal PC education in their undergraduate curricula is low. Only one medical school, the University of the West Indies (UWI), Mona Campus, includes compulsory PC education. Fourth-year medical students receive three hours of formal PC training, but no additional courses are offered. Additionally, a 2016 study by the Pan American Health Organization identified 14 nursing schools in Jamaica offering nursing programs, but there is no evidence that PC is integrated into their curricula.

Ind12

- Existence of an official specialization process in palliative medicine for physicians, recognised by the competent authority in the country.



There is no process on specialization for palliative care physicians but exists other type of professional training diplomas without official and national recognition (i.e., advanced training courses or masters in some universities of institutions).

Jamaica does not currently have an official specialization process in palliative medicine for physicians recognized by the competent authority. Although there is no formal training pathway to become a recognized PC physician, the Ministry of Health is working on developing one. A **Diploma in Palliative Medicine** for postgraduate medical and nursing professionals is expected to launch in September 2025 through the Department of Anesthetics and Intensive Care at the **University of the West Indies (UWI), Mona Campus**.

AM

Jamaica

Provision of PC / Specialized Services

Ind13

- 13.1. There is a system of **Specialized PC services** or teams in the country that has a **GEOGRAPHIC** reach and is delivered through different service delivery platforms.
- 13.2. Are available in **HOSPITALS** (public or private), such as hospital PC teams (consultation teams), and PC units (with beds), to name a few examples.
- 13.3. Free-standing **HOSPICES** (including hospices with inpatient beds).
- 13.4. **HOME CARE** teams (Specialized in PC) are available in the community (or at the primary Healthcare level), as independent services or linked with hospitals or hospices.
- 13.5. Total number of **Specialized PC services** or teams in the country.



Isolated provision: Exists but only in some geographic areas



Ad hoc/ in some parts of the country.



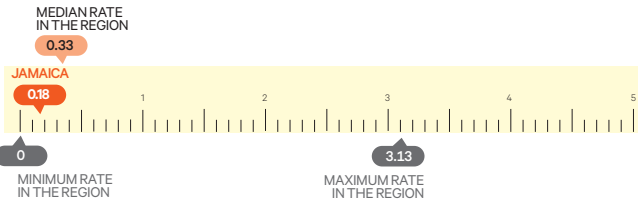
Ad hoc/ in some parts of the country.



Ad hoc/ in some parts of the country.

Jamaica has a limited system of specialized PC services, with restricted geographic reach and minimal availability across different service platforms. **PC is primarily concentrated in Kingston and St. Andrew**, with services available at Hope Institute Hospital, Kingston Public Hospital, the University Hospital of the West Indies, and the Consie Walters Cancer Hospice. Hope Institute Hospital is the only hospital with dedicated palliative care beds, while Consie Walters Cancer Care Hospice in Kingston is the only dedicated hospice, with a capacity of eight beds. Hope Hospice in Montego Bay provides some PC services outside the capital. An office under the Chief Medical Officer oversees PC program development in primary care, but resources remain insufficient. Few private physicians provide ad hoc home care, though most lack specialized PC training.

RATE OF SPECIALIZED PC SERVICES/100,000 INH



5
← SPECIALIZED PALLIATIVE CARE SERVICES

Ind14

- 14.1. There is a system of **Specialized PC services** or teams for **children** in the country that has geographic reach and is delivered through different service delivery platforms.
- 14.2. Number of pediatric **Specialized PC services** or teams in the country.



No or minimal provision of palliative care specialized services or teams for children exists in country.

0

PPC TEAMS

St. Kitts and Nevis



General data

POPULATION, 2024
46,843

SURFACE KM², 2022
260

PHYSICIANS/1000 INH, 2021
N/A

NURSES/1000 INH, 2021-2022
N/A

Socioeconomic data

COUNTRY INCOME LEVEL, 2022
High

HUMAN DEVELOPMENT INDEX RANKING, 2023
58

GDP PER CAPITA (US\$), 2023
22,573.67

HEALTH EXPENDITURE PER CAPITA (US\$), 2021
1,114.37

UNIVERSAL HEALTH COVERAGE, 2021
79



WHO FRAMEWORK FOR PALLIATIVE CARE DEVELOPMENT

- (A) EMPOWERMENT OF PEOPLE AND COMMUNITIES
- (B) POLICIES
- (C) RESEARCH
- (D) USE OF ESSENTIAL MEDICINES
- (E) EDUCATION AND TRAINING
- (F) PROVISION OF PC

LEVEL OF DEVELOPMENT

- 1 EMERGING
- 2 PROGRESSING
- 3 ESTABLISHED
- 4 ADVANCED

(F) Provision of PC (Specialized Services)

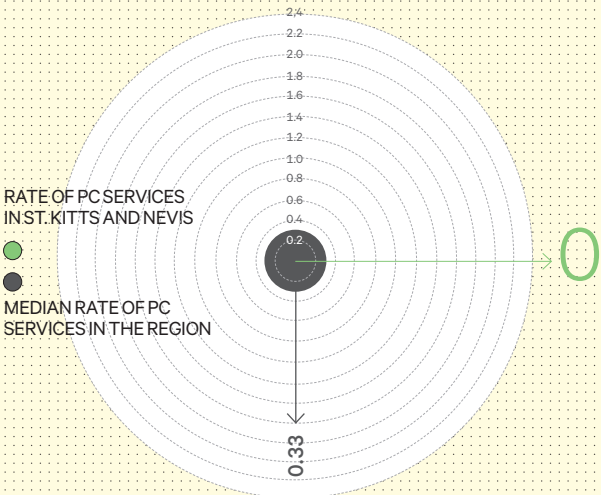
Total number of Specialized PC services

0

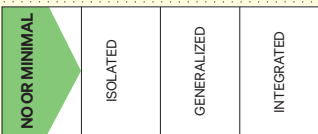
Rate of PC services per 100,000 inhabitants

0

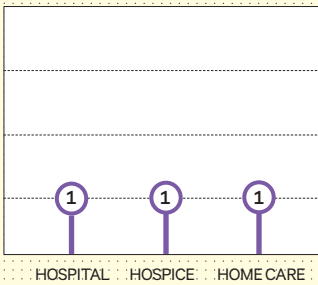
St. Kitts and Nevis in the context of the region



Geographic distribution and integration of PC services



Level of development of different types of PC services



Pediatric PC Services

GEOGRAPHIC DISTRIBUTION AND INTEGRATION

1

TOTAL NUMBER

0

(D) Use of essential medicines

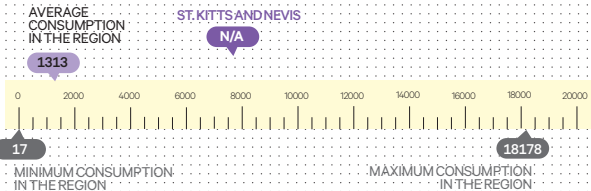


Opioids consumption (excluding methadone)

N/A

S-DDD/MILL INHABITANTS/DAY

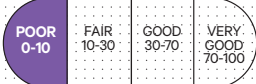
St. Kitts and Nevis in the context of the region



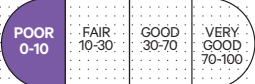
Overall availability of essential medicines for pain and PC at the primary level



IN URBAN AREAS %

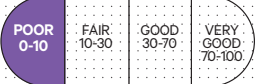


IN RURAL AREAS %

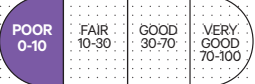


General availability of immediate-release oral morphine at the primary level

IN URBAN AREAS %



IN RURAL AREAS %



(C) Research

PC-related research articles

1

Existence of PC congresses or scientific meetings

1



Consultants: -
National Association: -

Data collected: November 2024-June 2025
Report validated by consultants: Yes
Endorsed by National PC Association: -
Edition: Edited by Atlantes Research Team (University of Navarra, Spain).

(E) Education & Training

Medical schools with mandatory PC teaching



0/5

Nursing schools with mandatory PC teaching



0/1

Recognition of PC specialty

1

(B) Policies

National PC plan or strategy

1

Responsible authority for PC in the Ministry of Health

1

Inclusion of PC in the basic health package at the primary care level

1

(A) Empowerment of people and communities

Groups promoting the rights of PC patients

1

Advanced care planning-related policies

1

AM

St. Kitts and Nevis

People & Communities

Ind1	Existence of groups dedicated to promoting the rights of patients in need of PC, their care-givers, and disease survivors.	1 Only isolated activity can be detected.	There are no groups in Saint Kitts and Nevis specifically dedicated to promoting the rights of patients in need of PC, their care-givers, or disease survivors. While the Essence of Hope Breast Cancer Foundation (a local NGO) supports breast cancer patients and aspires to establish a hospice facility for terminally ill cancer patients, its advocacy is disease-specific and not focused on PC. Similarly, the St. Kitts and Nevis NCD Alliance works on non-communicable disease prevention and patient support but does not exclusively advocate for PC. No civil society organization in the country has a primary mandate to advance PC rights or services for all patients and caregivers.
	Is there a national policy or guideline on advance directives or advance care planning?	1 There is no national policy or guideline on advance care planning.	There is no national policy or guideline on advance directives or ACP in Saint Kitts and Nevis. Recent health sector policy documents, including the WHO Country Cooperation Strategy, the UN Country Implementation Plan, and the National Social Protection Strategy, do not reference any frameworks, legislation, or official guidelines addressing advance directives or ACP for life-sustaining treatment or end-of-life care. Available reports focus on broader health system strengthening, social protection, and support for vulnerable populations, but make no mention of formal mechanisms for documenting or respecting patient wishes regarding future medical care.
Ind3	3.1. There is a current national PC plan, program , policy, or strategy.	1 Do not know or does not exist.	Saint Kitts and Nevis does not have a current national PC plan, program , policy, or strategy with a defined implementation framework. Recent government health sector initiatives and policy documents emphasize areas such as universal health insurance, hospital modernization, and mental health reform, but make no reference to a dedicated or structured national framework for PC. PC is not mentioned as a priority within these reforms, nor is it integrated into non-communicable disease control, cancer care, or primary health care strategies. Additionally, there are no national indicators or measurable targets established to monitor or evaluate PC services, access, or quality.
	3.2. The national palliative care plan (or program or strategy or legislation) is a standalone.	1 Not known or does not exist neither standalone nor is included in another national plan.	

Policies

AM

St. Kitts and Nevis

Policies

3.3. There are indicators in the national plan to monitor and evaluate progress, with measurable targets.	1 Not known or does not exist.	
Ind 4 PC services are included in the list of priority services for Universal Health Coverage at the primary care level in the national health system.	1 Not at all.	PC services are referenced as part of the government’s vision for UHC in Saint Kitts and Nevis, with the Prime Minister and official policy documents stating the intention to provide “the full continuum of essential health services including health promotion, preventive services, treatment, rehabilitative and palliative services.” However, there is no evidence that PC is specifically included as a defined priority service at the primary care level within the national health system’s current service packages or operational frameworks.
Ind 5 5.1. Is there a national authority for palliative care within the government or the Ministry of Health? 5.2. The national authority has concrete functions, budget and staff.	1 There is no coordinating entity. 1 Does not have concrete functions or resources (budget, staff, etc.).	There is no national authority, unit, branch, or department within the Ministry of Health in Saint Kitts and Nevis specifically responsible for PC with concrete functions, budget, and staff. While the Ministry of Health oversees general health services and non-communicable disease control, official documents and international assessments do not identify any dedicated governmental body or designated staff tasked with the development, coordination, or oversight of PC policy or services.

AM

St. Kitts and Nevis

Research

Ind6

Existence of congresses or scientific meetings at the national level specifically related to PC.



There are no national congresses or scientific meetings related to palliative care.

There is no evidence of national congresses or scientific meetings specifically focused on PC in Saint Kitts and Nevis. Health sector news and updates highlight infrastructure improvements, service expansions, and public health initiatives, but do not mention any national-level events or conferences dedicated to PC.

Ind7

Estimation of the level of peer-reviewed articles focusing on PC research published in any language in the past 5 years with at least one author from the country.



Indicates a minimal or non-existent number of articles published on the subject in that country.

There is no evidence of peer-reviewed articles focusing on PC research published in the past five years with at least one author from Saint Kitts and Nevis.

Medicines

Ind8

Reported annual opioid consumption –excluding methadone– in S-DDD per million inhabitants per day.

N/A

AM

St. Kitts and Nevis

Medicines

Ind9

9.1. Percentage of health facilities at the primary care level in Urban areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.



Poor: Between 0% to 10%.

There is currently no specific published data on the availability of essential medicines for pain and PC at the primary care level in Saint Kitts and Nevis. While the country follows the OECS Essential Medicines List, which includes these medicines in accordance with WHO recommendations, regional and international reports do not provide quantitative figures or detailed survey results for their presence in primary care facilities.

9.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.



Poor: Between 0% to 10%.

Ind10

10.1. Percentage of health facilities at the primary care level in urban areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).



Poor: Between 0% to 10%.

10.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).



Poor: Between 0% to 10%.

Immediate-release oral morphine is included in the national essential medicines list and is reported by PAHO to be generally available within the public health sector of Saint Kitts and Nevis. However, literature and global/regional reviews suggest that actual access at the primary care level may be inconsistent due to regulatory, supply chain, and training barriers. The WHO Global Health Observatory also notes that PC is not fully integrated into the public health system, which further limits the routine availability of opioids such as morphine at the primary level. These challenges suggest that, despite its official availability, immediate-release oral morphine may not be reliably accessible to patients needing pain relief in community settings. Regulatory limitations, health worker training gaps, and weak PC system integration all contribute to this inconsistency. In short, although morphine is formally listed and technically available, consistent patient-level access at the primary care level remains uncertain and is likely limited in practice.

AM

St. Kitts and Nevis

Education & Training

Ind11

11.1. The proportion of medical schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching)

0/5



11.2. The proportion of medical schools with **OPTIONAL** teaching in PC.

0/5

11.3. The proportion of nursing schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching).

0/1

11.4. The proportion of nursing schools with **OPTIONAL** teaching in PC.

0/1

Ind12

Existence of an official **specialization process** in palliative medicine for physicians, recognised by the competent authority in the country.



There is no process on specialization for palliative care physicians.

There is no formal specialization in palliative medicine available in Saint Kitts and Nevis. No local training pathways or certification programs are reported in the literature.

AM

St. Kitts and Nevis

Provision of PC / Specialized Services

Ind13

13.1. There is a system of **Specialized PC services** or teams in the country that has a **GEOGRAPHIC** reach and is delivered through different service delivery platforms.



No or minimal provision of palliative care specialized services or teams exist in the country.

13.2. Are available in **HOSPITALS** (public or private), such as hospital PC teams (consultation teams), and PC units (with beds), to name a few examples.



Not at all.

13.3. Free-standing **HOSPICES** (including hospices with inpatient beds).



Not at all.

13.4. **HOME CARE** teams (Specialized in PC) are available in the community (or at the primary Healthcare level), as independent services or linked with hospitals or hospices.

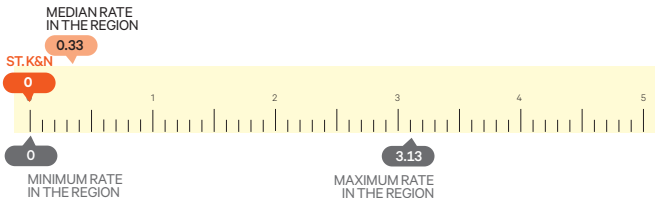


Not at all.

13.5. Total number of **Specialized PC services** or teams in the country.

Saint Kitts and Nevis has no public facilities or comprehensive specialist PC services, and there are no recognized PC specialists in the country. PC is primarily delivered by general health-care staff in hospitals or through informal home care, without the structure or specialization found in developed systems. While some private providers offer home and elderly care services delivered by registered nurses, these are not specialized PC teams. There is no coordinated system with geographic reach or delivery across multiple platforms.

RATE OF SPECIALIZED PC SERVICES/100,000 INH



0

← SPECIALIZED
PALLIATIVE
CARE SERVICES

Ind14

14.1. There is a system of **Specialized PC services** or teams for **children** in the country that has **geographic reach** and is delivered through different service delivery platforms.



No or minimal provision of palliative care specialized services or teams for children exists in country.

14.2. Number of pediatric **Specialized PC services** or teams in the country.

0

PPC
TEAMS

There is no system of specialized PC services or teams for children in Saint Kitts and Nevis with geographic reach or delivery through different service platforms. Pediatric palliative care, where available, is provided by general healthcare staff rather than through multidisciplinary or specialized teams, and there are no free-standing Pediatric hospices or dedicated inpatient units for children.



General data

POPULATION, 2024
179,744

SURFACE KM², 2022
620

PHYSICIANS/1000 INH, 2021
N/A

NURSES/1000 INH, 2021-2022
N/A

Socioeconomic data

COUNTRY INCOME LEVEL, 2022
Upper middle

HUMAN DEVELOPMENT INDEX RANKING, 2023
103

GDP PER CAPITA (US\$), 2023
13,554.67

HEALTH EXPENDITURE PER CAPITA (US\$), 2021
584.67

UNIVERSAL HEALTH COVERAGE, 2021
77



WHO FRAMEWORK
FOR PALLIATIVE CARE
DEVELOPMENT

- ① EMPOWERMENT OF PEOPLE AND COMMUNITIES
② POLICIES
③ RESEARCH
④ USE OF ESSENTIAL MEDICINES
⑤ EDUCATION AND TRAINING
⑥ PROVISION OF PC

LEVEL OF
DEVELOPMENT

- ① EMERGING
② PROGRESSING
③ ESTABLISHED
④ ADVANCED

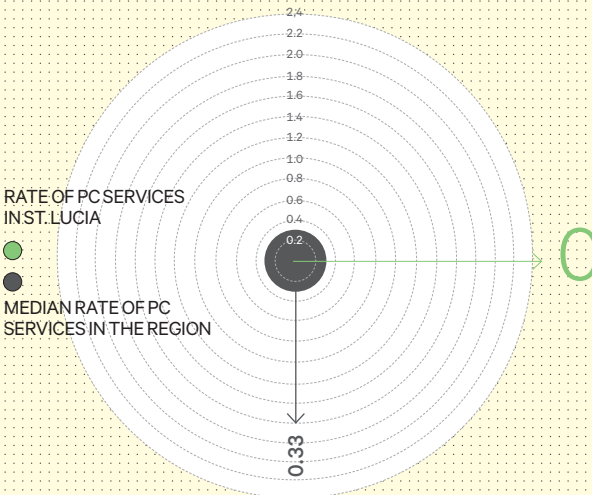
St. Lucia

⑥ Provision of PC (Specialized Services)

Total number of Specialized PC services
0

Rate of PC services per 100,000 inhabitants
0

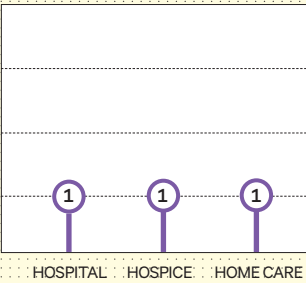
St. Lucia in the context of the region



Geographic distribution and integration of PC services



Level of development of different types of PC services



Pediatric PC Services

GEOGRAPHIC DISTRIBUTION AND INTEGRATION
1

TOTAL NUMBER
0

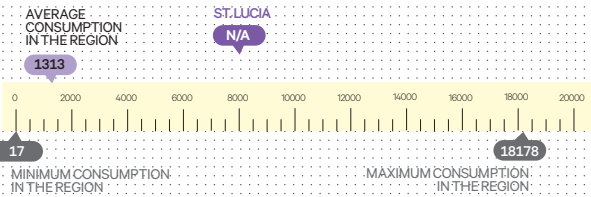


St. Lucia

④ Use of essential medicines

Opoids consumption (excluding methadone)
N/A
S-DDD/MILL INHABITANTS/DAY

St. Lucia in the context of the region



Overall availability of essential medicines for pain and PC at the primary level



General availability of immediate-release oral morphine at the primary level



③ Research

PC-related research articles



Existence of PC congresses or scientific meetings



Consultants: Jeaneen Payne, Jenalyn Joseph.
National Association: -

Data collected: November 2024-June 2025
Report validated by consultants: Yes
Endorsed by National PC Association: -
Edition: Edited by Atlantes Research Team (University of Navarra, Spain).

⑤ Education & Training

Medical schools with mandatory PC teaching
0/3



Nursing schools with mandatory PC teaching
0/4



Recognition of PC specialty
3

② Policies

National PC plan or strategy
1

Responsible authority for PC in the Ministry of Health
1

Inclusion of PC in the basic health package at the primary care level
1

① Empowerment of people and communities

Groups promoting the rights of PC patients
1



Advanced care planning-related policies
1



Ind1	Existence of groups dedicated to promoting the rights of patients in need of PC, their care-givers, and disease survivors.	1 Only isolated activity can be detected.	The Saint Lucia Cancer Society, established in 1981, is a non-governmental organization focused on cancer awareness, education, and support for patients and survivors. While the society is a member of the IAHP, its focus is primarily on cancer, not specifically PC.
	Is there a national policy or guideline on advance directives or advance care planning?	1 There is no national policy or guideline on advance care planning.	In Saint Lucia, there is no national policy or guideline addressing ACP for end-of-life care or the use of life-sustaining treatments. Decisions about medical care, living wills, and surrogate decision-making are typically initiated by family members, private doctors, or attorneys. While some attorneys familiar with relevant legislation may provide guidance, public awareness of advance care planning remains limited. As the elderly population grows, ensuring dignity and security in end-of-life care becomes increasingly important.
Ind3	3.1. There is a current national PC plan, program, policy, or strategy.	1 Do not know or does not exist.	Saint Lucia currently lacks a national PC program, strategy, or legislation to support services. The Ministry of Health has no formal PC initiative, and community nurses in outpatient clinics offer limited education on HIV/STI care. The St. Lucia Cancer Society has minimal activity, and no comprehensive PC program exists. In private healthcare, individual physicians and clinics manage PC needs, often with family support. However, the lack of structured funding for research hinders progress. There is no official PC framework, and no major developments have occurred recently, particularly due to the COVID-19 pandemic. PC remains primarily a family-managed responsibility, with caregivers operating without standardized guidelines, legal support, or formal training. If a national plan were established, private clinics like M-Care Medical Clinic could potentially be engaged in the initiative.
	3.2. The national palliative care plan (or program or strategy or legislation) is a standalone.	1 Not known or does not exist neither standalone nor is included in another national plan.	

3.3. There are indicators in the national plan to monitor and evaluate progress, with measurable targets.	1 Not known or does not exist.	
Ind 4 PC services are included in the list of priority services for Universal Health Coverage at the primary care level in the national health system.	1 Not at all.	At the primary care level in Saint Lucia, healthcare—particularly in private settings—focuses on prevention and disease management. PC is not a core service and is usually addressed only in urgent situations. The UHC initiative, launched in 2023, began with maternal and child health but does not include PC, as outlined in the White Paper on UHC (October 2024). End-of-life care is typically managed at home by family or private caregivers, with limited government support. The “Nice Program” provides assistance to low-income elderly people without family, but these caregivers offer basic help rather than specialized PC, such as medication administration, grooming, and meal preparation.
Ind 5 5.1. Is there a national authority for palliative care within the government or the Ministry of Health? 5.2. The national authority has concrete functions, budget and staff.	1 There is no coordinating entity. 1 Does not have concrete functions or resources (budget, staff, etc.).	St. Lucia lacks a dedicated PC authority within the Ministry of Health, leading to fragmented and unstructured services. The NICE Program, introduced by Dr. Kenny Anthony, offers basic home care for vulnerable individuals but was not designed to address PC needs. NICE caregivers manage three patients per day, but their heavy workloads and limited resources hinder their ability to provide specialized end-of-life care. Consequently, PC remains an unmet need in the country, with families and private healthcare providers filling the gap.

AM

St. Lucia

Research

Ind6

Existence of congresses or scientific meetings at the national level specifically related to PC.



There are no national congresses or scientific meetings related to palliative care.

There are no dedicated conferences or scientific meetings on PC in St. Lucia. The Health Information System (HIS) was established to coordinate health efforts within government institutions, but there has been no indication of PC discussions with stakeholders. The St. Lucia Medical and Dental Association organizes annual scientific meetings for doctors and dentists, typically featuring medical expert presentations, but PC has never been a central topic. While it may occasionally come up in discussions, it is not part of the formal agenda. Additionally, a monthly Zoom meeting focusing on PC exists but is not nationally directed or sanctioned by the Ministry of Health. These sessions are self-directed educational meetings led by clinicians, with no national scientific meetings specifically dedicated to PC.

Ind7

Estimation of the level of peer-reviewed articles focusing on PC research published in any language in the past 5 years with at least one author from the country.



Indicates a minimal or non-existent number of articles published on the subject in that country.

A PubMed search yields no research papers specifically on PC from St. Lucia. While there is a lack of established local research or authors in the field, a few articles have been published on the topic. Despite these publications, there is no dedicated PC research by local authors. The Ministry of Health's last significant post on medical research, dated 2015, outlined plans to establish a medical research facility in St. Lucia, but no major updates have been provided since. As a result, there are no ongoing or past research documents specifically addressing PC in the country.

Ind8

Reported annual opioid consumption –excluding methadone– in S-DDD per million inhabitants per day.

N/A

Medicines

AM

St. Lucia

Medicines

Ind9

9.1. Percentage of health facilities at the primary care level in Urban areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.



Good: Between 30% to 70%.

9.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.



Fair: Between 10% to 30%.

In St. Lucia, essential pain medications such as morphine, tramadol, diazepam, and diclofenac are widely available in urban clinics and pharmacies, including supermarkets. However, stronger opioids and pediatric PC formulations are restricted to hospital pharmacies. Public hospitals only fill prescriptions from their own doctors, and prescriptions from private doctors must be filled at the private hospital, limiting access. In rural areas, medications like diclofenac and tramadol are commonly available, but patients needing stronger opioids or PC must travel to hospitals, facing additional bureaucratic barriers. Access to these medications is further hindered by pharmacy stock levels, costs, and the burden placed on the limited private hospital system.

Ind10

10.1. Percentage of health facilities at the primary care level in urban areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).



Fair: Between 10% to 30%.

10.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).



Poor: Between 0% to 10%.

In St. Lucia, immediate-release oral morphine is primarily available at hospital pharmacies in urban areas. Patients may be referred to private clinics or government-owned polyclinics for prescriptions and administration, but these medications are rarely prescribed during regular office hours and are typically given in controlled environments such as specialized clinics or hospitals. Due to strict regulations, morphine is dispensed under close supervision. For ongoing PC, patients are often referred to hospitals if treatment needs exceed those manageable by private doctors or clinics. In rural areas, immediate-release oral morphine is only available at urban hospital pharmacies, requiring rural patients to travel to access the medication. Patients needing strong pain relief or PC are referred to hospitals or specialists, and while some may be referred to urban clinics, access remains centralized in urban hospitals.

AM

St. Lucia

Education & Training

Ind11

- 11.1. The proportion of medical schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching)
- 11.2. The proportion of medical schools with **OPTIONAL** teaching in PC.
- 11.3. The proportion of nursing schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching).
- 11.4. The proportion of nursing schools with **OPTIONAL** teaching in PC.

0/3

0/3

0/4

0/4



In Saint Lucia, there are three medical schools: IAU International American University College of Medicine, Commonwealth University, and Spartan Health Sciences University. There are also four nursing schools: Sir Arthur Nursing Division, Iyano-la Medical School, Spartan Medical School, and AINU Medical School. PC is not taught as a mandatory or optional subject in any of these institutions. While some PC-related topics are briefly covered in the mandatory Geriatrics course for nursing students and in medical and surgical courses for medical students, there is no dedicated course in place.

Ind12

- Existence of an official specialization process in palliative medicine for physicians, recognised by the competent authority in the country.



There is no process on specialization for palliative care physicians but exists other kind of diplomas with official recognition (i.e., certification of the professional category or of the job position of palliative care physician).

There is currently no formal establishment or certification available on the island for physicians in PC management. Due to the absence of postgraduate medical training within the country, clinicians often pursue education abroad or through online programs. One such option is the MSc in PC offered by The University of the West Indies, a program recognized nationally and approved by the Ministry of Health. The University is a key institution for medical education among St. Lucian doctors, and completion of this program grants automatic licensing by the St. Lucia Medical Council.

AM

St. Lucia

Provision of PC / Specialized Services

Ind13

- 13.1. There is a system of **Specialized PC services** or teams in the country that has a **GEOGRAPHIC** reach and is delivered through different service delivery platforms.
- 13.2. Are available in **HOSPITALS** (public or private), such as hospital PC teams (consultation teams), and PC units (with beds), to name a few examples.
- 13.3. Free-standing **HOSPICES** (including hospices with inpatient beds).
- 13.4. **HOME CARE** teams (Specialized in PC) are available in the community (or at the primary Healthcare level), as independent services or linked with hospitals or hospices.
- 13.5. Total number of **Specialized PC services** or teams in the country.



No or minimal provision of palliative care specialized services or teams exist in the country.



Not at all.



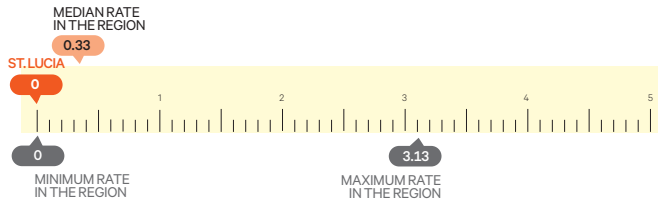
Not at all.



Not at all.

Saint Lucia, a country of about 180,000 people served by three hospitals—one private and two public—currently lacks formal PC services, including specialized teams or hospice facilities. PC is provided individually by general practitioners, oncologists, and other specialists, either at home or in hospitals. At home, end-of-life care is often managed by teams of nurses or nurse aides who acquire their skills through experience rather than formal training. There are no organized, formal PC teams or units in the country, and care largely depends on the availability and experience of individual caregivers. Although several private, church, and government-owned homes for the elderly or homeless exist, they are frequently overbooked and understaffed. Families of patients, often unaware of the prognosis or in denial, commonly seek repeated medical interventions. Government workers, known as ‘NICE Workers,’ provide basic support but lack sufficient training and resources. The Ministry of Health has recognized both the urgent need for PC facilities and the current shortage of resources for research and training.

RATE OF SPECIALIZED PC SERVICES/100,000 INH



← SPECIALIZED PALLIATIVE CARE SERVICES

Ind14

- 14.1. There is a system of **Specialized PC services** or teams for **children** in the country that has **geographic** reach and is delivered through different service delivery platforms.
- 14.2. Number of pediatric **Specialized PC services** or teams in the country.



No or minimal provision of palliative care specialized services or teams for children exists in country.

0

PPC TEAMS

PC for pediatric patients in Saint Lucia is provided exclusively through hospitals, with no dedicated pediatric PC teams or hospice facilities available. Initially, care is managed in the hospital, and in some cases, may extend to local clinics for treatment. However, most children receive PC at home under the same system used for adults, overseen by GPs or specialists. There are no specialized pediatric PC services, and nursing staff assigned to these cases lack specialized training. Although there are four pediatricians, there are no pediatric oncologists or trained pediatricians specializing in PC. The Ministry of Health acknowledges the need for specialized services, but no facilities have been established to date. The number of pediatric PC cases remains relatively low in the country.



General data

POPULATION, 2024
100,616

SURFACE KM², 2022
390

PHYSICIANS/1000 INH, 2021
N/A

NURSES/1000 INH, 2021-2022
N/A

Socioeconomic data

COUNTRY INCOME LEVEL, 2022
Upper middle

HUMAN DEVELOPMENT INDEX RANKING, 2023
76

GDP PER CAPITA (US\$), 2023
10,520.44

HEALTH EXPENDITURE PER CAPITA (US\$), 2021
448.31

UNIVERSAL HEALTH COVERAGE, 2021
69



WHO FRAMEWORK FOR PALLIATIVE CARE DEVELOPMENT

- Ⓐ EMPOWERMENT OF PEOPLE AND COMMUNITIES
- Ⓑ POLICIES
- Ⓒ RESEARCH
- Ⓓ USE OF ESSENTIAL MEDICINES
- Ⓔ EDUCATION AND TRAINING
- Ⓕ PROVISION OF PC

LEVEL OF DEVELOPMENT

- 1 EMERGING
- 2 PROGRESSING
- 3 ESTABLISHED
- 4 ADVANCED

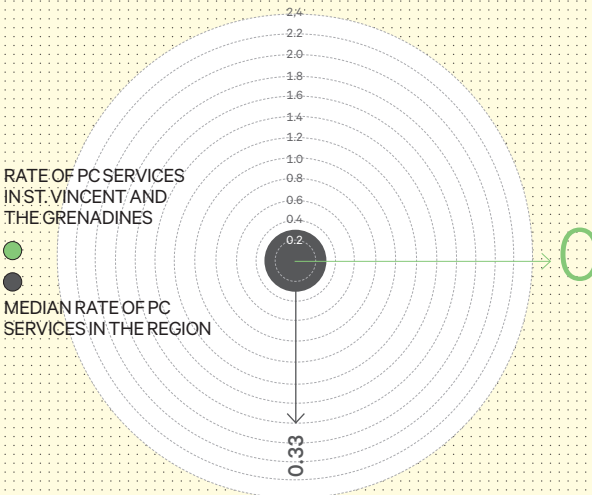
St. Vincent and the Grenadines

F Provision of PC (Specialized Services)

Total number of Specialized PC services
0

Rate of PC services per 100,000 inhabitants
0

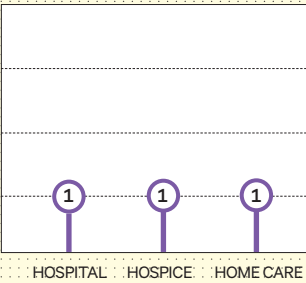
St. Vincent and the Grenadines in the context of the region



Geographic distribution and integration of PC services



Level of development of different types of PC services



Pediatric PC Services

GEOGRAPHIC DISTRIBUTION AND INTEGRATION
1

TOTAL NUMBER

0

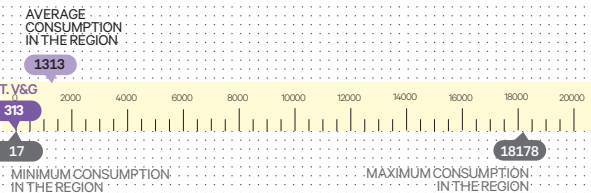


St. Vincent and the Grenadines

D Use of essential medicines

Opiods consumption (excluding methadone)
313
S-DDD/MILL INHABITANTS/DAY

St. Vincent and the Grenadines in the context of the region



Overall availability of essential medicines for pain and PC at the primary level



General availability of immediate-release oral morphine at the primary level



C Research

PC-related research articles

1

Existence of PC congresses or scientific meetings

1



Consultants: -
National Association: -

Data collected: November 2024-June 2025
Report validated by consultants: Yes
Endorsed by National PC Association: -
Edition: Edited by Atlantes Research Team (University of Navarra, Spain).

E Education & Training

Medical schools with mandatory PC teaching
0/5



Nursing schools with mandatory PC teaching
0/2



Recognition of PC specialty
1

B Policies

National PC plan or strategy
1

Responsible authority for PC in the Ministry of Health
1

Inclusion of PC in the basic health package at the primary care level
1

A Empowerment of people and communities

Groups promoting the rights of PC patients
1

Advanced care planning-related policies
1

AM

St. Vincent and the Grenadines

People & Communities

Ind1

Existence of groups dedicated to promoting the rights of patients in need of PC, their caregivers, and disease survivors.



Only isolated activity can be detected.

There are currently no groups in Saint Vincent and the Grenadines specifically dedicated to promoting the rights of patients in need of PC, caregivers, or survivors. Some NGOs, such as the Planned Parenthood Association (PPA) and others, provide supportive care primarily for people living with HIV/AIDS, which includes elements of PC or home-based care. However, their focus is not on comprehensive PC or advocacy for all patients with life-limiting illnesses. Broader initiatives for elderly care and protection involve stakeholder engagement, but there are no dedicated PC advocacy organizations for the wider population. Most advocacy and service activities related to PC needs are limited in scope and not focused on PC as a distinct field.

Ind2

Is there a national policy or guideline on advance directives or advance care planning?



There is no national policy or guideline on advance care planning.

There is no evidence of a specific national policy or guideline on ACP for life-sustaining treatment or end-of-life care in Saint Vincent and the Grenadines in the available sources. The National Action Plan for NCDs (2017–2025) references comprehensive care but does not address advance care planning or end-of-life guidelines.

Policies

Ind3

3.1. There is a current national PC plan, program, policy, or strategy.



Do not know or does not exist.

Saint Vincent and the Grenadines does not have a current national PC plan, program, policy, or strategy with a defined implementation framework. The country's principal health policy document, the National Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2017–2025, addresses comprehensive care for chronic diseases but does not include PC as a specific component, section, or objective. There are no measurable targets, indicators, or structured activities related to PC within this plan, nor is PC explicitly integrated into national cancer or HIV policies.

3.2. The national palliative care plan (or program or strategy or legislation) is a standalone.



Not known or does not exist neither standalone nor is included in another national plan.

AM

St. Vincent and the Grenadines

Policies

3.3. There are indicators in the national plan to monitor and evaluate progress, with measurable targets.



Not known or does not exist.

Ind4

PC services are included in the list of priority services for Universal Health Coverage at the primary care level in the national health system.



Not at all.

PC services are not included in the list of priority services for UHC at the primary care level in the national health system of Saint Vincent and the Grenadines. The National Action Plan for NCDs (2017–2025), the 2023 National Health Policy draft, and the 2014 UHC Strategy Consultation Report all emphasize the need for specialized services such as oncology and chronic disease management, but do not explicitly identify or integrate PC as an essential or priority service. While comprehensive care for chronic illness is discussed, there is no indication that PC is formally included or planned as part of the UHC service package at the primary care level.

Ind5

5.1. Is there a national authority for palliative care within the government or the Ministry of Health?



There is no coordinating entity.

There is no national authority—such as a unit, branch, or department—within the Ministry of Health or government of Saint Vincent and the Grenadines specifically responsible for palliative care. The National Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2017–2025, which guides health system priorities, does not mention any dedicated office or official tasked with palliative care oversight, coordination, or delivery. The Ministry of Health, Wellness and the Environment oversees general health and NCD management, but palliative care is not assigned to any specific entity or personnel. There is also no reference to a budget, staff, or defined functions for palliative care within the Ministry or in national health policy documents.

5.2. The national authority has concrete functions, budget and staff.



Does not have concrete functions or resources (budget, staff, etc.).

AM

St. Vincent and the Grenadines

Research

Ind6

Existence of congresses or scientific meetings at the national level specifically related to PC.



There are no national congresses or scientific meetings related to palliative care.

There is no evidence of any national congresses or scientific meetings specifically dedicated to PC in Saint Vincent and the Grenadines.

Ind7

Estimation of the level of peer-reviewed articles focusing on PC research published in any language in the past 5 years with at least one author from the country.



Indicates a minimal or non-existent number of articles published on the subject in that country.

No articles found in PubMed with inclusion criteria.

Medicines

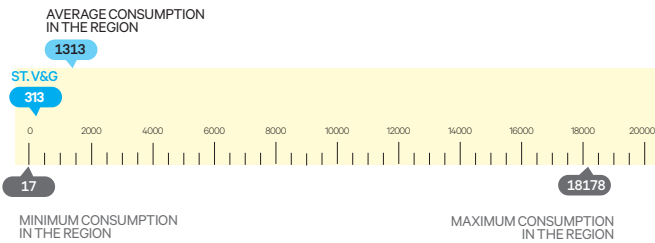
Ind8

Reported annual opioid consumption –excluding methadone– in S-DDD per million inhabitants per day.

Average consumption of opioids, in defined daily doses (S-DDD) for statistical purposes per million inhabitants per day.



COUNTRY VS REGION



Medicines

Ind9

9.1. Percentage of health facilities at the primary care level in Urban areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.



Poor: Between 0% to 10%.

9.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.



Poor: Between 0% to 10%.

Essential medicines for pain and PC in Saint Vincent and the Grenadines are technically available through regional procurement mechanisms such as the OECS Pharmaceutical Procurement Service (PPS) and the PAHO Strategic Fund, which support access to quality-assured medicines. However, access at the primary care level remains limited. While some pain relief medicines (e.g., morphine, pethidine) are present in the country, there is no systematic assurance of their consistent availability at primary care facilities, particularly for PC. The national health strategy aims to improve access and rational use of essential medicines, but there is no publicly available, formal national list of essential medicines specifying those for PC. Thus, while mechanisms exist to supply these medicines, actual accessibility for patients at the primary care level remains inconsistent.

Ind10

10.1. Percentage of health facilities at the primary care level in urban areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).



Poor: Between 0% to 10%.

10.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).



Poor: Between 0% to 10%.

Immediate-release oral morphine (liquid or tablet) is not generally available at the primary care level in Saint Vincent and the Grenadines. Although the country participates in regional procurement systems like the OECS Pharmaceutical Procurement Service and the PAHO Strategic Fund, which support access to essential pain and PC medicines, there is no evidence that immediate-release oral morphine is routinely stocked or dispensed in primary-level public facilities. National documents and regional assessments consistently indicate that opioid access is often limited or inconsistent, especially outside of hospital settings. While morphine appears on regional essential medicines lists, its practical availability in community health settings is not well documented. Factors such as unclear distribution mechanisms, limited provider training, and restricted prescription frameworks contribute to unreliable access. As a result, despite being technically accessible through regional supply systems, immediate-release oral morphine remains inconsistently available to patients at the primary care level, particularly in rural or underserved areas.

AM

St. Vincent and the Grenadines

AM

St. Vincent and the Grenadines

Education & Training

Ind11

11.1. The proportion of medical schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching)

0/5



11.2. The proportion of medical schools with **OPTIONAL** teaching in PC.

0/5

11.3. The proportion of nursing schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching).

0/2

11.4. The proportion of nursing schools with **OPTIONAL** teaching in PC.

0/2

Ind12

Existence of an official specialization process in palliative medicine for physicians, recognised by the competent authority in the country.



There is no process on specialization for palliative care physicians.

There is no evidence of a formal specialization in palliative medicine offered in Saint Vincent and the Grenadines.

AM

St. Vincent and the Grenadines

Provision of PC / Specialized Services

Ind13

13.1. There is a system of Specialized PC services or teams in the country that has a **GEOGRAPHIC** reach and is delivered through different service delivery platforms.



No or minimal provision of palliative care specialized services or teams exist in the country.

13.2. Are available in **HOSPITALS** (public or private), such as hospital PC teams (consultation teams), and PC units (with beds), to name a few examples.



Not at all.

13.3. Free-standing **HOSPICES** (including hospices with inpatient beds).



Not at all.

13.4. **HOME CARE** teams (Specialized in PC) are available in the community (or at the primary Healthcare level), as independent services or linked with hospitals or hospices.

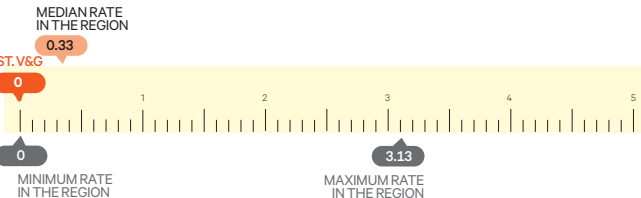


Not at all.

13.5. Total number of Specialized PC services or teams in the country.

There is no system of specialized PC services or teams in Saint Vincent and the Grenadines that offers geographic reach or is delivered through multiple service platforms. According to Macpherson CC et al, 2014, the country had three PC specialists and one public health facility providing some level of PC. However, these services were not organized as formal, multi-disciplinary teams or integrated into a coordinated national network. Instead, PC remains limited, with care typically delivered by general health professionals in a fragmented manner. No dedicated hospital PC units, consultation teams, or specialized community or home-based PC services exist, and there is no evidence of a structured system spanning hospitals, primary care, and community settings.

RATE OF SPECIALIZED PC SERVICES/100,000 INH



Ind14

14.1. There is a system of Specialized PC services or teams for **children** in the country that has **geographic reach** and is delivered through different service delivery platforms.



No or minimal provision of palliative care specialized services or teams for children exists in country.

14.2. Number of pediatric Specialized PC services or teams in the country.



Based on available information, Saint Vincent and the Grenadines does not have a specialized Pediatric PC system with geographic reach delivered through multiple service platforms. While the country hosts the regional Eastern Caribbean hub of World Pediatrics, focusing on Pediatric surgical care and training, there is no evidence of dedicated Pediatric PC teams or integrated services for children across hospitals, hospices, or community settings.



General data

POPULATION, 2024
634,431

SURFACE KM², 2022
163,820

PHYSICIANS/1000 INH, 2021
1.48

NURSES/1000 INH, 2021-2022
2.95

Socioeconomic data

COUNTRY INCOME LEVEL, 2022
Upper middle

HUMAN DEVELOPMENT INDEX RANKING, 2023
114

GDP PER CAPITA (US\$), 2023
5,494.07

HEALTH EXPENDITURE PER CAPITA (US\$), 2021
298.93

UNIVERSAL HEALTH COVERAGE, 2021
63



WHO FRAMEWORK FOR PALLIATIVE CARE DEVELOPMENT

- ① EMPOWERMENT OF PEOPLE AND COMMUNITIES
- ② POLICIES
- ③ RESEARCH
- ④ USE OF ESSENTIAL MEDICINES
- ⑤ EDUCATION AND TRAINING
- ⑥ PROVISION OF PC

LEVEL OF DEVELOPMENT



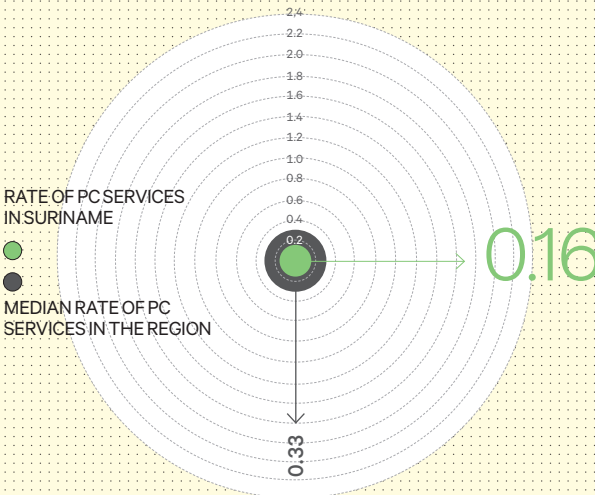
Suriname

⑥ Provision of PC (Specialized Services)

Total number of Specialized PC services
1

Rate of PC services per 100,000 inhabitants
0.16

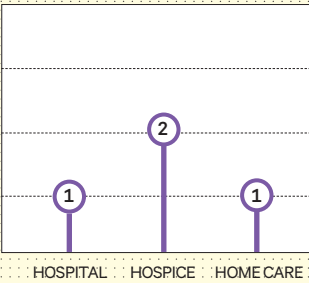
Suriname in the context of the region



Geographic distribution and integration of PC services



Level of development of different types of PC services



Pediatric PC Services

GEOGRAPHIC DISTRIBUTION AND INTEGRATION
1

TOTAL NUMBER
0

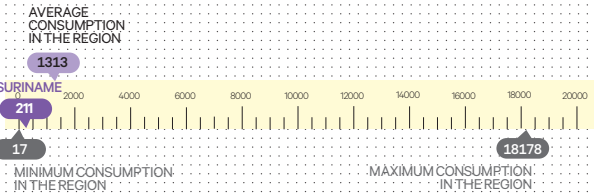


Suriname

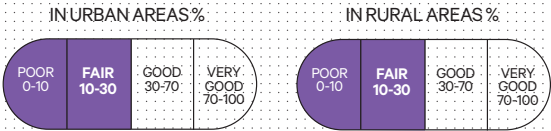
④ Use of essential medicines

Opiods consumption (excluding methadone)
211
S-DDD/MILL INHABITANTS/DAY

Suriname in the context of the region



Overall availability of essential medicines for pain and PC at the primary level



General availability of immediate-release oral morphine at the primary level



③ Research

PC-related research articles
1

Existence of PC congresses or scientific meetings
1



Consultants: -
National Association: -

Data collected: November 2024-June 2025
Report validated by consultants: Yes
Endorsed by National PC Association: -
Edition: Edited by Atlantes Research Team (University of Navarra, Spain).

⑤ Education & Training

Medical schools with mandatory PC teaching
0/2

Nursing schools with mandatory PC teaching
0/2

Recognition of PC specialty
1

② Policies

National PC plan or strategy
3

Responsible authority for PC in the Ministry of Health
1

Inclusion of PC in the basic health package at the primary care level
1

① Empowerment of people and communities

Groups promoting the rights of PC patients
2

Advanced care planning-related policies
1

AM

Suriname

People & Communities

Ind1

Existence of groups dedicated to promoting the rights of patients in need of PC, their caregivers, and disease survivors.



Pioneers, champions, or advocates of palliative care can be identified, but without a formal organization constituted.

In Suriname, there is at least one NGO—Hospice The Horizon—dedicated to PC promotion, as recognized in the International IAHPC Global Directory. This hospice provides care and support to terminally ill patients and their families without regard to background or status. However, there is no widely documented evidence of broader civil society organizations or patient advocacy groups specifically focused on promoting the rights of patients needing PC, their caregivers, or disease survivors. Hospice The Horizon’s work demonstrates a community-based, non-governmental effort to deliver PC and hospice care.

Ind2

Is there a national policy or guideline on advance directives or advance care planning?



There is no national policy or guideline on advance care planning.

There is no evidence of a national policy or guideline specifically addressing advance directives or ACP in Suriname in the reviewed official documents. The Ministry of Health’s National Action Plan for the Prevention and Control of NCDs and the National Cancer Control Plan both emphasize integrated care, PC, and a comprehensive approach to health services, but neither document explicitly mentions advance directives or formalized ACP processes.

Policies

Ind3

- 3.1. There is a current national PC plan, program , policy, or strategy.
- 3.2. The national palliative care plan (or program or strategy or legislation) is a standalone.



Actualized in last 5 years, but not actively evaluated or audited.



There is a dedicated section on palliative care contained within another national plan such as for cancer, NC diseases or HIV.

Suriname does not currently have a stand-alone national PC plan, program , policy, or strategy with a defined implementation framework. However, PC is recognized as a core component within the National Cancer Control Plan 2019–2028, which outlines a comprehensive approach to cancer management including prevention, early detection, diagnosis, treatment, and PC. The plan establishes indicators and strategies to monitor and evaluate PC progress, but these are integrated into the broader cancer control framework rather than forming a distinct, dedicated PC strategy. As such, while PC is acknowledged as essential within the national health system, it is not addressed through a separate, fully developed PC policy or implementation plan.

AM

Suriname

Policies

3.3. There are indicators in the national plan to monitor and evaluate progress, with measurable targets.



The indicators to monitor and evaluate progress with clear targets exist but have not been yet implemented.

Ind4

PC services are included in the list of priority services for Universal Health Coverage at the primary care level in the national health system.



Not at all.

PC services are not explicitly included as a priority service for UHC at the primary care level within Suriname’s national health system. While the Biennial Work Plan (2024–2025) by PAHO Suriname emphasizes the advanced implementation of UHC and health system strengthening, and recent reforms have sought to expand access to comprehensive, integrated, and quality health services, major policy documents—including the Basic Health Care Insurance Act and key health sector assessments—do not specifically recognize PC as a core or priority service for UHC.

Ind5

- 5.1. Is there a national authority for palliative care within the government or the Ministry of Health?
- 5.2. The national authority has concrete functions, budget and staff.



There is no coordinating entity.



Does not have concrete functions or resources (budget, staff, etc.).

There is no dedicated national authority—such as a unit, branch, or department—within the Ministry of Health or the government specifically responsible for palliative care in Suriname. According to the National Cancer Control Plan Suriname 2019–2028 and the Biennial Work Plan (2024–2025) by PAHO Suriname, PC is managed within broader NCD and cancer control programs, but there is no mention of a specialized directorate, office, or team for PC at the national level. Policy efforts and funding for PC integrated under these broader frameworks, with no evidence of a specific budget line, dedicated personnel, or defined set of functions for PC established in official documentation.

AM

Suriname

Research

Ind6

Existence of congresses or scientific meetings at the national level specifically related to PC.



There are no national congresses or scientific meetings related to palliative care.

There are currently no reliable or official sources confirming the existence of a regularly scheduled national congress or scientific meeting specifically dedicated to PC in Suriname. No official documentation from the Ministry of Health or recognized national medical associations references such a national-level event.

Ind7

Estimation of the level of peer-reviewed articles focusing on PC research published in any language in the past 5 years with at least one author from the country.



Indicates a minimal or non-existent number of articles published on the subject in that country.

No articles found in PubMed with inclusion criteria.

Medicines

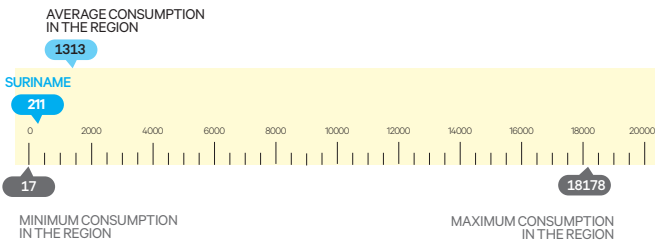
Ind8

Reported annual opioid consumption –excluding methadone– in S-DDD per million inhabitants per day.

Average consumption of opioids, in defined daily doses (S-DDD) for statistical purposes per million inhabitants per day.



COUNTRY VS REGION



AM

Suriname

Medicines

Ind9

9.1. Percentage of health facilities at the primary care level in Urban areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.



Fair: Between 10% to 30%.

9.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.



Fair: Between 10% to 30%.

Many pain and PC medicines recommended by the WHO Model List for primary health care are listed in Suriname’s National Essential Medicines List, as confirmed by the official PAHO database. This encompasses essential opioid and non-opioid analgesics, along with several key adjuvant and symptomatic treatments. However, inclusion on the national list does not ensure these medicines are consistently available at primary health care facilities throughout the country. The 2022 “Equitable Access to Essential Medicines for Noncommunicable Diseases in the Caribbean” report highlights that frequent stock-outs and supply chain issues can significantly hinder the reliable availability of these essential medicines in practice.

Ind10

10.1. Percentage of health facilities at the primary care level in urban areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).



Fair: Between 10% to 30%.

10.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).



Fair: Between 10% to 30%.

According to Suriname’s National EML, immediate-release oral morphine is authorized for primary care use, available as both liquid and tablet formulations. However, despite its inclusion, stock-outs and supply chain issues frequently limit reliable availability at health facilities, as noted in the 2022 Equitable Access to Essential Medicines for Noncommunicable Diseases in the Caribbean report. The National Cancer Control Plan also points to limited PC knowledge among health professionals, leading to under-prescription of opioids and persistent fears of addiction. Patients face additional barriers, including stigma around opioid use and regulatory constraints such as restrictive refill policies and tight prescription controls. These systemic and cultural challenges together undermine effective pain management, especially at the primary care level, where accessibility is most needed. While national policies authorize essential pain medicines, real-world access remains inconsistent and hindered by both supply and demand-side obstacles.

AM

Suriname

Education & Training

Ind11

11.1. The proportion of medical schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching)

0/2



11.2. The proportion of medical schools with **OPTIONAL** teaching in PC.

0/2

11.3. The proportion of nursing schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching).

0/2

11.4. The proportion of nursing schools with **OPTIONAL** teaching in PC.

0/2

Ind12

Existence of an official specialization process in palliative medicine for physicians, recognised by the competent authority in the country.



There is no process on specialization for palliative care physicians.

There is no official, government-recognized specialization process in palliative medicine for physicians in Suriname. Palliative care training is available only as continuing education modules, not as a formal medical specialty.

AM

Suriname

Provision of PC / Specialized Services

Ind13

13.1. There is a system of Specialized PC services or teams in the country that has a **GEOGRAPHIC** reach and is delivered through different service delivery platforms.



No or minimal provision of palliative care specialized services or teams exist in the country.

13.2. Are available in **HOSPITALS** (public or private), such as hospital PC teams (consultation teams), and PC units (with beds), to name a few examples.



Not at all.

13.3. Free-standing **HOSPICES** (including hospices with inpatient beds).



Ad hoc/in some parts of the country.

13.4. **HOME CARE** teams (Specialized in PC) are available in the community (or at the primary Healthcare level), as independent services or linked with hospitals or hospices.

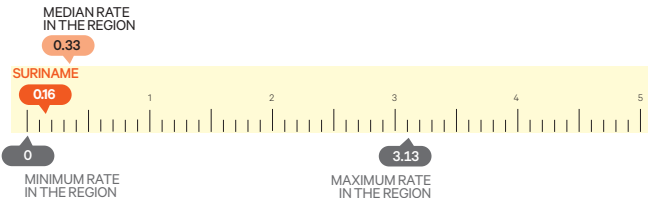


Not at all.

13.5. Total number of Specialized PC services or teams in the country.

Suriname has very limited specialized PC services. There are no official, multidisciplinary PC teams or dedicated PC units with beds in public or private hospitals, and PC is not integrated as a formal part of the national health system. Most PC is provided by general health staff or through fragmented civil society initiatives. **The only recognized specialized PC service is Hospice The Horizon**, a free-standing hospice in Paramaribo operated by the Surizorg Foundation, which offers inpatient hospice and PC for terminally ill patients. There is no evidence of additional free-standing hospices or specialized home care teams for PC at the community or primary health care level. Private providers like Nana's Family Care Suriname offer home-based care with PC elements, but do not meet the criteria for formal specialized PC teams.

RATE OF SPECIALIZED PC SERVICES/100,000 INH



1

← SPECIALIZED PALLIATIVE CARE SERVICES

Ind14

14.1. There is a system of Specialized PC services or teams for **children** in the country that has **geographic** reach and is delivered through different service delivery platforms.



No or minimal provision of palliative care specialized services or teams for children exists in country.

14.2. Number of pediatric Specialized PC services or teams in the country.

0

PPC TEAMS

Suriname does not have a system of specialized PC services or teams for children with geographic reach or delivery through multiple service platforms. The national policy documents do not mention Pediatric PC as a focus area, nor are there references to specialized Pediatric PC teams, hospital units, or community-based services for children. The only specialized PC service identified in Suriname is Hospice The Horizon, which provides inpatient care for terminally ill patients but does not specifically offer Pediatric PC or a multidisciplinary team for children.



General data

POPULATION, 2024
1,368,333

SURFACE KM², 2022
5,130

PHYSICIANS/1000 INH, 2021
3.41

NURSES/1000 INH, 2021-2022
N/A

Socioeconomic data

COUNTRY INCOME LEVEL, 2022
High

HUMAN DEVELOPMENT INDEX RANKING, 2023
72

GDP PER CAPITA (US\$), 2023
20,016.15

HEALTH EXPENDITURE PER CAPITA (US\$), 2021
1,125.40

UNIVERSAL HEALTH COVERAGE, 2021
75



WHO FRAMEWORK FOR PALLIATIVE CARE DEVELOPMENT

- ① EMPOWERMENT OF PEOPLE AND COMMUNITIES
- ② POLICIES
- ③ RESEARCH
- ④ USE OF ESSENTIAL MEDICINES
- ⑤ EDUCATION AND TRAINING
- ⑥ PROVISION OF PC

LEVEL OF DEVELOPMENT

- ① EMERGING
- ② PROGRESSING
- ③ ESTABLISHED
- ④ ADVANCED

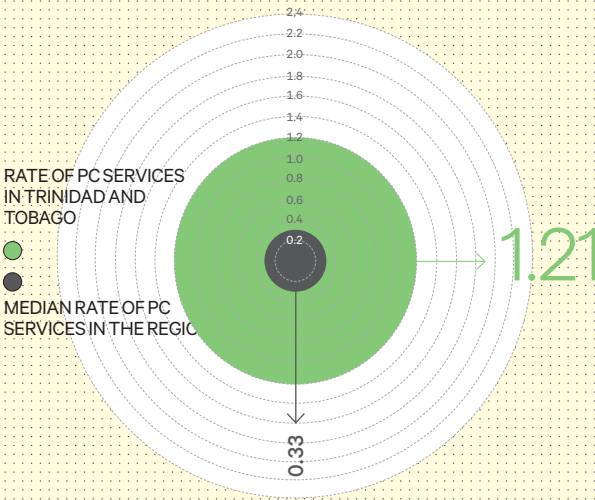
Trinidad and Tobago

F Provision of PC (Specialized Services)

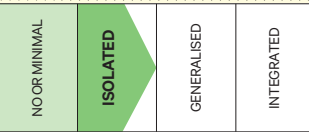
Total number of Specialized PC services
16

Rate of PC services per 100,000 inhabitants
1.21

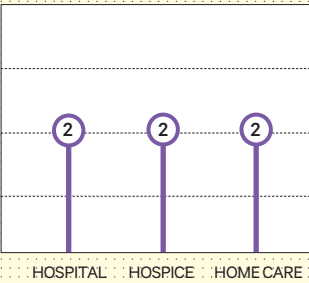
Trinidad and Tobago in the context of the region



Geographic distribution and integration of PC services



Level of development of different types of PC services



Pediatric PC Services

Geographic distribution and integration
2

TOTAL NUMBER
1

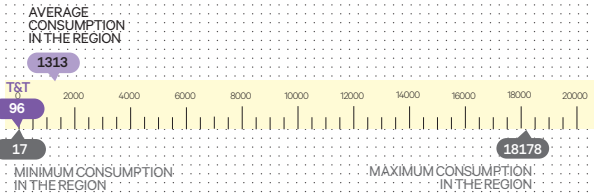


Trinidad and Tobago

D Use of essential medicines

Opioids consumption (excluding methadone)
96
S-DDD/MILL INHABITANTS/DAY

Trinidad and Tobago in the context of the region



Overall availability of essential medicines for pain and PC at the primary level



General availability of immediate-release oral morphine at the primary level



C Research

PC-related research articles
2

Existence of PC congresses or scientific meetings
4



Consultants: Chelsea Garcia, Karen Cox, Nicholas Jennings, Stacey Chamely.
National Association: Palliative Care Society of Trinidad and Tobago.

Data collected: November 2024-June 2025
Report validated by consultants: Yes
Endorsed by National PC Association: -
Edition: Edited by Atlantes Research Team (University of Navarra, Spain).

E Education & Training

Medical schools with mandatory PC teaching
1/1

Nursing schools with mandatory PC teaching
1/1

Recognition of PC specialty
1

B Policies

National PC plan or strategy
1

Responsible authority for PC in the Ministry of Health
1

Inclusion of PC in the basic health package at the primary care level
1

A Empowerment of people and communities

Groups promoting the rights of PC patients
4

Advanced care planning-related policies
1

AM

Trinidad and Tobago

People & Communities

Ind1

Existence of groups dedicated to promoting the rights of patients in need of PC, their care-givers, and disease survivors.



Strong national and sub-national presence of palliative care advocacy and promoting patient rights (as a professional association of Palliative Care, i.e.).

In Trinidad and Tobago, six associations represent, advocate, and promote the rights of patients and caregivers. LivHealth, a privately funded community palliative service, cares for up to 400 patients at home with a 24/7 multidisciplinary team and trains palliative caregivers. The LivHealth Charitable Foundation, a NGO, provides community palliative and hospice care to financially disadvantaged adults and children, serving about 40 patients annually. The Living Water Community, also an NGO, operates two inpatient facilities: The Living Water Hospice (12 beds) and Mercy Home (11 beds). In partnership with the government, the Palliative Society of Trinidad and Tobago runs the Caura Palliative Inpatient Unit (12 beds) and offers annual caregiver training. Vitas House, part of The Trinidad and Tobago Cancer Society, provides palliative care for cancer patients in a 12-bed facility. Promise House, a new pediatric palliative care house, supports children undergoing cancer therapy.

Ind2

Is there a national policy or guideline on advance directives or advance care planning?



There is no national policy or guideline on advance care planning.

In Trinidad and Tobago, there is no national policy or guideline on advance care planning.

Policies

Ind3

3.1. There is a current national PC plan, program, policy, or strategy.



Do not know or does not exist.

There is no existence. The National Strategic Plan for the Prevention and Control of NCDs 2017-2021 references PC in a single line.

3.2. The national palliative care plan (or program or strategy or legislation) is a standalone.



Not known or does not exist neither standalone nor is included in another national plan.

AM

Trinidad and Tobago

Policies

3.3. There are indicators in the national plan to monitor and evaluate progress, with measurable targets.



Not known or does not exist.

Ind4

PC services are included in the list of priority services for Universal Health Coverage at the primary care level in the national health system.



Not at all.

The T&T Ministry of Health website lists PC as a component of the National Oncology Program (NOP), which includes “care and pain management when treatment is no longer an option” as part of its mandate. The NOP is primarily tertiary care, and while it is provided as an extension of primary care services in the Eastern Region, it is not listed as part of the government’s national services as a priority for primary care.

Ind5

5.1. Is there a national authority for palliative care within the government or the Ministry of Health?



There is no coordinating entity.

The Chief Medical Officer of Health (CMO) is the national authority for all clinical health care provided by the Ministry of Health in T&T. The CMO heads the Clinical Division of the Ministry of Health’s Executive Management Team. The CMO initiated discussions that led to the submission of a draft national PC policy by the Palliative Care Society in 2018. Still, no further progress has been made with this document or with coordinating functions (scientific or technical). There is no dedicated staff or budget focused on the provision of PC at the national level.

5.2. The national authority has concrete functions, budget and staff.



Does not have concrete functions or resources (budget, staff, etc.).

AM

Trinidad and Tobago

Research

Ind6

Existence of congresses or scientific meetings at the national level specifically related to PC.



At least one national conference specifically dedicated to palliative care every 3 years.

In 2011, the Palliative Care Society of Trinidad and Tobago (PCSTT) began hosting annual in-person PC conferences in collaboration with the T&T Medical Association. From 2019 onwards, these have been held virtually. PC conferences are now held every other year.

Ind7

Estimation of the level of peer-reviewed articles focusing on PC research published in any language in the past 5 years with at least one author from the country.



Reflects a limited number of articles published.

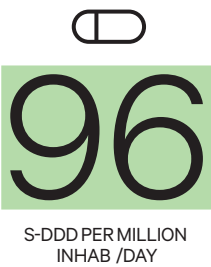
In the last five years, there have been six (6) articles published in peer-reviewed journals (not all indexed) with at least one local author. Although over the past 5 to 10 years there has been a greater number of publications specifically focusing on PC, these tend to be the work of only a handful of local professionals. Medically related peer-reviewed publications, even those addressing issues of chronic conditions, do not concentrate on or mention palliative care.

Medicines

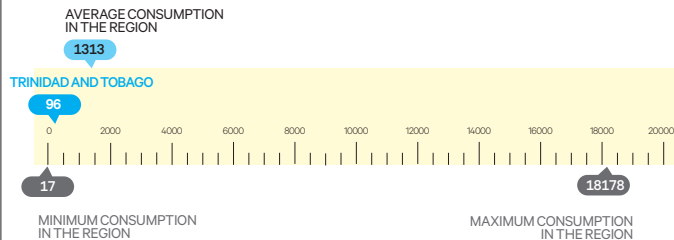
Ind8

Reported annual opioid consumption –excluding methadone– in S-DDD per million inhabitants per day.

Average consumption of opioids, in defined daily doses (S-DDD) for statistical purposes per million inhabitants per day.



COUNTRY VS REGION



AM

Trinidad and Tobago

Medicines

Ind9

9.1. Percentage of health facilities at the primary care level in Urban areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.



Good: Between 30% to 70%.

9.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.



Good: Between 30% to 70%.

According to the Ministry of Health Pharmacy Division's list of registered drugs, the national health formulary stocks most of the essential medicines, except for methadone, cyclizine, and hyoscine hydrobromide. Currently, only two morphine preparations exist—SR tablets (30?mg and 60?mg) and liquid morphine (10?mg/5?ml), both of which are sometimes in sporadic supply. These medicines are available to all nationals accessing the public health system. Many essential medicines are also distributed free of charge through private primary care practitioners (serving both urban and rural communities) under the Government's Chronic Disease Assistance Program (CDAP). CDAP, introduced in 2003 to reduce pharmacy burden and patient wait times in public health institutions, provides access to medications such as acetylsalicylic acid, prednisolone (tablets and oral suspension), fluoxetine, amitriptyline, diclofenac, and ibuprofen.

Ind10

10.1. Percentage of health facilities at the primary care level in urban areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).



Poor: Between 0% to 10%.

10.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).



Poor: Between 0% to 10%.

Generally, immediate release morphine is not available at the primary care level. Of the ninety-eight (98) primary care facilities, only the District Health Facilities in each RHA stock immediate release morphine. There are three (3-4) DHAs in each region of Trinidad and only one (1) in Tobago. These DHAs serve both rural and urban populations.

AM

Trinidad and Tobago

Education & Training

Ind11

11.1. The proportion of medical schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching)

1/1



The University of the West Indies (UWI) is the only medical school in Trinidad and Tobago offering compulsory courses in PC for medical and nursing students. For undergraduates, PC education includes a two-hour lecture on ethics in PC during their second year and a four-hour lecture with a day at the PC unit during their fourth year. The BSc in Nursing program includes a module on Nursing Care of Older Adults in the third year, covering care for terminally ill older adults at home or in institutions, PC and end-of-life care, loss, death, and dying concepts, and coping strategies for patients and families.

11.2. The proportion of medical schools with **OPTIONAL** teaching in PC.

0/1

11.3. The proportion of nursing schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching).

1/3

11.4. The proportion of nursing schools with **OPTIONAL** teaching in PC.

0/3

Ind12

Existence of an official specialization process in palliative medicine for physicians, recognised by the competent authority in the country.



There is no process on specialization for palliative care physicians.

Trinidad and Tobago has no opportunity to specialise in PC at any local higher education institution. Individuals with PC qualifications have earned them through recognised international agencies or organisations. Despite this Specialized expertise, many professionals in the PC field do not receive additional compensation for their vital contributions. LivHealth offers two residency slots over three years for informal training in community PC, led by a Palliative and Hospice Consultant. This training covers all the international PC curricula of formal residencies and fellowships. Yet, it is not formally recognised since PC is not a national specialty, and there are no national training opportunities for physicians and nurses. This highlights the need for local institutions to offer formal PC specialization programs and appropriate compensation for professionals to ensure comprehensive and accessible PC services in the country.

AM

Trinidad and Tobago

Provision of PC / Specialized Services

Ind13

13.1. There is a system of **Specialized PC services or teams in the country that has a GEOGRAPHIC reach and is delivered through different service delivery platforms.**

Isolated provision: Exists but only in some geographic areas.



Ad hoc/ in some parts of the country.

13.2. Are available in **HOSPITALS (public or private), such as hospital PC teams (consultation teams), and PC units (with beds), to name a few examples.**



Ad hoc/ in some parts of the country.

13.3. Free-standing **HOSPICES (including hospices with inpatient beds).**



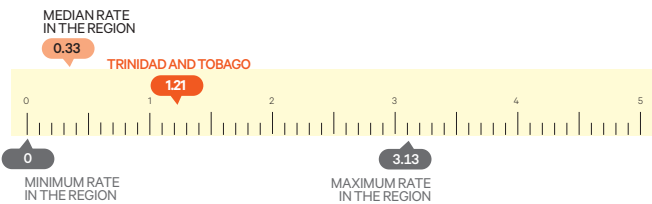
Ad hoc/ in some parts of the country.

13.4. **HOME CARE teams (Specialized in PC) are available in the community (or at the primary Healthcare level), as independent services or linked with hospitals or hospices.**

13.5. Total number of **Specialized PC services or teams in the country.**

In Trinidad and Tobago, public PC services are delivered through Regional Health Authorities (RHAs) and NGOs. The Eastern RHA offers home-based and telehealth oncology/PC services (2 services). The North Central RHA manages five services at the Caura PC Unit, founded in 2014 by the Palliative Care Society of Trinidad and Tobago, including adult inpatient, outpatient, and telehealth care, plus pediatric hospital consults and telehealth. The South West RHA oversees the Cancer Centre South, recently opened, providing adult inpatient, outpatient, and telehealth services (3 services). NGO-run inpatient services include Vitas House Hospice (Trinidad and Tobago Cancer Society) and Living Water Hospice and Mercy Home (Living Water Community), now outsourced to LivHealth. LivHealth also offers private community-based PC, telehealth, and hospital consultations (3 services), filling critical gaps in access to care.

RATE OF SPECIALIZED PC SERVICES/100,000 INH



16
← SPECIALIZED PALLIATIVE CARE SERVICES

Ind14

14.1. There is a system of **Specialized PC services or teams for children in the country that has geographic reach and is delivered through different service delivery platforms.**

Isolated provision: palliative care specialized services or teams for children exist but only in some geographic areas.

1

PPC TEAMS

14.2. Number of pediatric **Specialized PC services or teams in the country.**

There is one Pediatric PC consultant in the country, Dr. Elizabeth Persad, since 2022. She does not have a specialized team attached but draws on staff from the adult PC staff to assist in her work. Services provided include an in-person consulting service at hospitals within the North Central Regional Health Authority, telehealth support for outpatients, and consulting advice to other colleagues and services across the country. Despite not having a dedicated team, a high level of care is provided for complex cases in the hospital, in ambulatory care, and at home, inclusive of complex symptom management using infusions at the end of life.



General data

POPULATION, 2024
340,110,988

SURFACE KM², 2022
9,831,510

PHYSICIANS/1000 INH, 2021
3.61

NURSES/1000 INH, 2021-2022
11.88

Socioeconomic data

COUNTRY INCOME LEVEL, 2022

High

HUMAN DEVELOPMENT INDEX RANKING, 2023
17

GDP PER CAPITA (US\$), 2023
82,769.41

HEALTH EXPENDITURE PER CAPITA (US\$), 2021
12,012.24

UNIVERSAL HEALTH COVERAGE, 2021
86



WHO FRAMEWORK FOR PALLIATIVE CARE DEVELOPMENT

- (A) EMPOWERMENT OF PEOPLE AND COMMUNITIES
(B) POLICIES
(C) RESEARCH
(D) USE OF ESSENTIAL MEDICINES
(E) EDUCATION AND TRAINING
(F) PROVISION OF PC

LEVEL OF DEVELOPMENT



United States

(F) Provision of PC (Specialized Services)

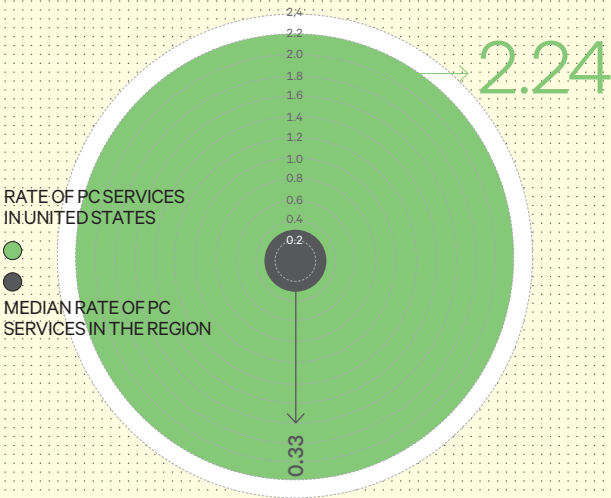
Total number of Specialized PC services

7,627

Rate of PC services per 100,000 inhabitants

2.24

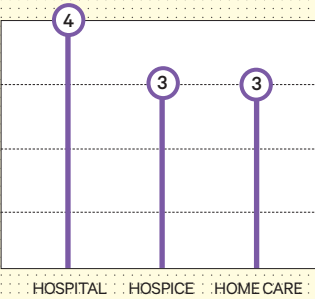
United States in the context of the region



Geographic distribution and integration of PC services



Level of development of different types of PC services



Pediatric PC Services

GEOGRAPHIC DISTRIBUTION AND INTEGRATION



TOTAL NUMBER

120



United States

(D) Use of essential medicines

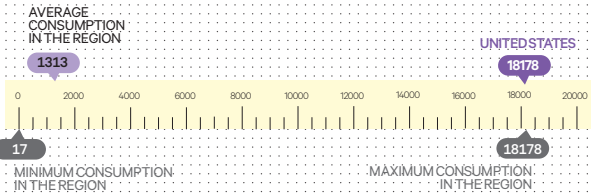


Opioids consumption (excluding methadone)

18,178

S-DDD/MILL INHABITANTS/DAY

United States in the context of the region



Overall availability of essential medicines for pain and PC at the primary level



IN URBAN AREAS %



IN RURAL AREAS %



General availability of immediate-release oral morphine at the primary level

IN URBAN AREAS %

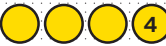


IN RURAL AREAS %



(C) Research

PC-related research articles



Existence of PC congresses or scientific meetings



Consultants: Stephen Connor, Sean Morrison, Kristina Newport.

National Association: National Hospice and PC Organization, American Academy of Hospice and Palliative Medicine, Hospice and Palliative Nurses Association, Center to Advance PC, National PC Research Center.

Data collected: October 2024 - December 2024.

Report validated by consultants: Yes

Endorsed by National PC Association: No

Edition: Edited by Atlantes Research Team (University of Navarra, Spain).

(E) Education & Training

Medical schools with mandatory PC teaching



Nursing schools with mandatory PC teaching



Recognition of PC specialty



(B) Policies

National PC plan or strategy



Responsible authority for PC in the Ministry of Health



Inclusion of PC in the basic health package at the primary care level



(A) Empowerment of people and communities



Groups promoting the rights of PC patients



Advanced care planning-related policies



AM

United States

People & Communities

Ind1

Existence of groups dedicated to promoting the rights of patients in need of PC, their care-givers, and disease survivors.



Strong national and sub-national presence of palliative care advocacy and promoting patient rights (as a professional association of Palliative Care, i.e.).

Since the 1970s, the United States (U.S.) has had a strong presence of PC advocacy organizations. Key organizations include the NHPCO, AAHPM, HPNA, the Center to Advance PC, the National PC Research Center, and the American Cancer Society, along with state-level hospice and PC organizations across all 50 states. Pediatric PC is also well-represented through organizations like Children’s PC International and NHPCO ChiPPS. Additionally, the National Coalition of Hospice and PC, which comprises 14 leading advocacy organizations, and the Patient Quality of Life Coalition work to promote the rights of patients in need of PC, caregivers, and disease survivors at the national, state, and local levels.

Ind2

Is there a national policy or guideline on advance directives or advance care planning?



There is a national policy on advance care planning.

In the United States (U.S.), medical care is primarily the responsibility of individual states. All 50 states have legislation and policies ACP, with legally recognized forms. The NHPCO Car-ing Info program facilitates access to these legal forms for each state. While the process is well established, challenges remain regarding compliance among healthcare providers. At the national level, ACP is guided by ACP Guidelines, the National POLST Collaborative, and CPT codes for advance care planning, which serve as official policies supporting its implementation.

Policies

Ind3

3.1. There is a current national PC plan, program , policy, or strategy.



Not known or does not exist.

There is no overarching national PC strategy in the U.S., but hospice care is integrated into federal programs like Medi-care and Medicaid Hospice Benefits. CMS has dedicated staff for hospice policy and oversight, while HHS lacks an overall mandate for PC. Private insurance generally covers hospice at Medicare/Medicaid levels, and most uninsured patients quali-fy for Medicaid when they need hospice. Additionally, national plans for Cancer, HIV, and Non-Communicable Diseases (NCDs) include PC. While CMS regulates hospice care, there is no uni-fied national strategy for broader PC services. The Hospice Compare system helps consumers assess providers, and each state licenses hospices under federal conditions of participa-tion. Despite this, more people receive PC through hospice ben-efits in the U.S. than anywhere else. Despite the lack of a formal national strategy, more people receive PC through hospice ben-efits in the U.S. than in any other country.

3.2. The national palliative care plan (or program or strategy or legislation) is a standalone.



Not known or does not exist neither standalone nor is included in another national plan.

AM

United States

Policies

3.3. There are indicators in the national plan to monitor and evaluate progress, with measurable targets.



Not known or does not exist.

Ind4

PC services are included in the list of priority services for Universal Health Coverage at the primary care level in the national health system.



Palliative care is included in the list of health services provided at the primary care level in the General Health Law.

While PC is often delivered at the primary care level in the U.S., it is not explicitly mandated under federal law. There are no national policies requiring its integration into primary care services, even though PC is recognized both as a specialty and as part of generalist care. Hospice care is covered through Medicare and Medicaid, and insured patients can access palliative support, with children eligible for both curative and hospice services simultaneously. However, PC is not formally incorporated into the U.S. primary care framework as a required or standardized service.

Ind5

5.1. Is there a national authority for palliative care within the govern-ment or the Ministry of Health?



The authority for palliative care is defined but only at the political level (without a coor-dinating entity defined).

The U.S. lacks a clearly defined national authority for PC, though some coordinating entities exist. However, these lack a dedicat-ed scientific or technical division, making the structure incom-plete. The Department of Health and Human Services (HHS), through CMS, ensures Medicare and Medicaid hospice bene-fits for eligible patients, but no national authority is solely ded-icated to PC. An interagency task force exists for hospice, but PC remains partially integrated. The hospice benefit, covering patients with a prognosis under six months who forgo curative treatment, often leads to late referrals. Non-hospice PC is avail-able in most hospitals, but no standardized federal benefit pack-age exists. The system prioritizes hospice over comprehensive PC, and while policies and funding exist, there is no coordinated national strategy. In 2023, the U.S. Senate allocated 2024 funds to the National Institute on Aging (NIA) for a nationwide PC research initiative. The NIH will establish a multi-Institute and multi-Center program to expand research, training, and imple-mentation efforts.

5.2. The national authority has concrete functions, budget and staff.



Does not have concrete func-tions or resourc-es (budget, staff, etc.).

AM

United States

Research

Ind6

Existence of congresses or scientific meetings at the national level specifically related to PC.



At least one national conference specifically dedicated to palliative care every 3 years - At least one national conference specifically dedicated to palliative care every 3 years.

The U.S. hosts multiple national, regional, and state conferences on PC annually. Major national events include: Annual Assembly of Hospice and Palliative Care, hosted by AAHPM and the Hospice and Palliative Nurses Association; State of the Science in Hospice and Palliative Care Conference, held every two years by AAHPM; Additional conferences organized by NHPCO, state associations, and events focused on pediatric PC and volunteer initiatives. These conferences ensure ongoing scientific exchange and professional development in PC across the country.

Ind7

Estimation of the level of peer-reviewed articles focusing on PC research published in any language in the past 5 years with at least one author from the country.



Denotes an extensive number of articles published on the subject.

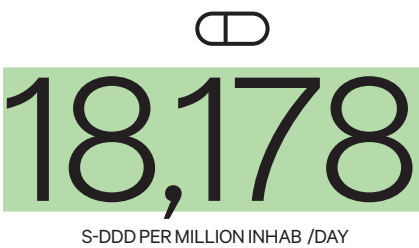
The U.S. has a high volume of peer-reviewed publications on PC, with numerous articles, books, and reports. Key journals include: Journal of Pain and Symptom Management (AAHPM Journal) Journal of Palliative Medicine (HPNA Journal). Other peer-reviewed journals that either focus on or regularly include PC content. This reflects a strong research presence in PC within the U.S. academic and clinical communities

Medicines

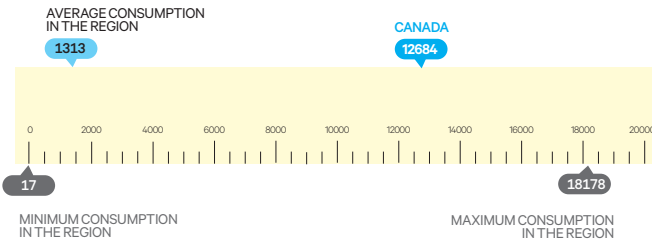
Ind8

Reported annual opioid consumption –excluding methadone– in S-DDD per million inhabitants per day.

Average consumption of opioids, in defined daily doses (S-DDD) for statistical purposes per million inhabitants per day.



COUNTRY VS REGION



AM

United States

Medicines

Ind9

9.1. Percentage of health facilities at the primary care level in Urban areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.



Very good: Between 70% to 100%.

9.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have pain and palliative care medications as defined in the WHO Model List of Essential Medicines.



Very good: Between 70% to 100%.

In urban areas, access to pain and PC medications is high (90–100%). All essential PC medicines listed in the WHO Model List of Essential Medicines can be prescribed at the outpatient level in the U.S. by any licensed physician registered with the DEA. Opioid access has been restricted for patients outside PC, hospice, or end-of-life care, though recent regulatory changes have eased some restrictions for chronic pain patients unresponsive to non-opioid treatments. In rural areas, availability of PC medications is lower but still significant (70–80%). Most rural residents live within an hour of a Level III or higher hospital or emergency department, ensuring pain management access. However, remote and frontier regions (e.g., Alaska’s North Slope or Texas’ Big Bend) have limited facilities, impacting access to medications. Pharmacies play a crucial role in dispensing opioids at the primary care level, helping maintain broad access to essential pain medications in both urban and rural areas.

Ind10

10.1. Percentage of health facilities at the primary care level in urban areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).



Very good: Between 70% to 100%.

10.2. Percentage of health facilities at the primary care level in rural areas that have immediate-release oral morphine (liquid or tablet).



Very good: Between 70% to 100%.

In rural areas of the U.S., the availability of immediate-release oral morphine (liquid or tablet) depends on the type of health-care facility. If Level III (or higher) hospitals and emergency departments are included, availability remains high (70-100%). However, most primary care clinics do not stock or dispense opioids, as these medications are typically obtained through pharmacies rather than clinics. Due to the structure of the U.S. healthcare system, opioids are not commonly stored in primary care clinics, and prescribing is regulated through state-level prescription drug monitoring programs. Consequently, the interpretation of “primary care level” affects reported availability, as hospitals and pharmacies ensure access, while stand-alone clinics typically do not dispense opioids.

AM

United States

Education & Training

Ind11

11.1. The proportion of medical schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching)

N/A



Most recent data are 10 years old. A minority of U.S. medical schools require formal training in PC, though most include PC topics within broader courses. The LCME, which accredits U.S. medical schools, does not mandate dedicated palliative medicine or end-of-life care courses or rotations. The Palliative Care and Hospice Education and Training Act, a pending bill in Congress, aims to increase faculty training in PC across medical, nursing, and social work schools. While end-of-life care is mandated in some form, implementation varies widely. No reliable survey data exist on how many schools offer optional PC education. Most nursing schools in the U.S. do not require a PC curriculum. There is no federal mandate for PC education in medical or nursing schools, though end-of-life care is variably required. The AACN includes PC as one of the four essential nursing domains, but it is unclear how many programs require it. Betty Ferrell notes 1,260 undergrad and 450 grad nursing schools use the ELNEC curriculum, though it's not confirmed as mandatory.

11.2. The proportion of medical schools with **OPTIONAL** teaching in PC.

N/A

11.3. The proportion of nursing schools with **COMPULSORY** teaching in PC (with or without other optional teaching).

N/A

11.4. The proportion of nursing schools with **OPTIONAL** teaching in PC.

N/A

Ind12

Existence of an official specialization process in palliative medicine for physicians, recognised by the competent authority in the country.



Palliative medicine is a specialty or subspecialty (another denomination equivalent) recognized by competent national authorities.

The American Board of Medical Specialties (ABMS) and the Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) formally recognized Hospice and Palliative Medicine as a medical subspecialty in 2006. The American Osteopathic Association (AOA) followed in 2007. To become certified, physicians must complete a one-year fellowship in palliative medicine and pass the initial certification exam, which was first offered in 2008. Certified physicians must maintain their certification through continuing education and assessments.

AM

United States

Provision of PC / Specialized Services

Ind13

13.1. There is a system of Specialized PC services or teams in the country that has a **GEOGRAPHIC** reach and is delivered through different service delivery platforms.



Are part of most/all hospitals in some form.

13.2. Are available in **HOSPITALS** (public or private), such as hospital PC teams (consultation teams), and PC units (with beds), to name a few examples.



Are part of most/all hospitals in some form.

13.3. Free-standing **HOSPICES** (including hospices with inpatient beds).



Found in many parts of the country.

13.4. **HOME CARE** teams (Specialized in PC) are available in the community (or at the primary Healthcare level), as independent services or linked with hospitals or hospices.

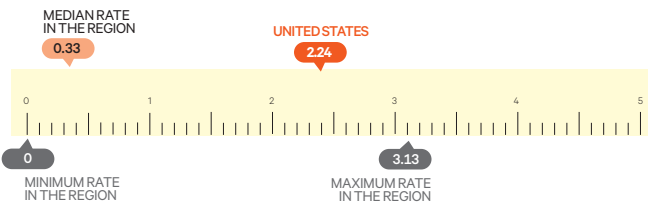


Found in many parts of the country.

13.5. Total number of Specialized PC services or teams in the country.

The United States U.S. has a well-established system of specialized PC services with broad geographic reach and multiple delivery platforms. These are integrated into hospitals, free-standing hospices, and home care teams, though gaps remain. Hospital-Based PC: PC teams are available in most hospitals—94% of those with at least 300 beds and 72% with at least 50 beds offer PC services. Free-Standing Hospices: Widely available across the country, though access may be limited in certain regions. Home-Based PC: Specialized home care teams exist but vary in availability, with more structured services in urban and well-resourced areas than in rural or underserved regions. Total Estimated PC Services: As of 2022, there were 5,899 Medicare-certified hospices. Estimates add at least 1,728 hospital-based PC teams, totaling approximately 7,627 specialized PC services nationwide. While PC services are broadly available, integration, accessibility, and scope differ significantly between urban and rural areas.

RATE OF SPECIALIZED PC SERVICES/100,000 INH



7,627

← SPECIALIZED PALLIATIVE CARE SERVICES

Ind14

14.1. There is a system of Specialized PC services or teams for **children** in the country that has geographic reach and is delivered through different service delivery platforms.



Generalized provision: palliative care specialized services or teams for children exist in many parts of the country but with some gaps.

14.2. Number of pediatric Specialized PC services or teams in the country.

120

PPC TEAMS

The U.S. has an established system of specialized PPC services, but gaps remain in accessibility and distribution. These services are primarily concentrated in large pediatric academic medical centers, with fewer options in rural areas, where telemedicine helps bridge access. Hospital-Based PPC: 80% (119 of 148) children's hospitals offer a PPC program. Standalone Pediatric Hospices: There are three purpose-built children's hospices (George Mark, Ryan House, Crescent Cove) and at least three adult hospices with designated pediatric beds (Ladybug House, 2 VIA Health Partners). Adult Hospices Serving Children: Some adult hospices provide PC for children, though their exact number is not well documented. Rural and Remote Areas: Families face longer travel distances and often rely on telemedicine for PPC support.

Informes de países

Latinoamérica



Datos generales

POBLACIÓN, 2024:
45.696.159

SUPERFICIE KM², 2022:
2.780.400

MÉDICOS/AS/1000 HAB, 2022:
4,08

ENFERMERO/AS/1000 HAB, 2021-2022:
5,51

Datos socioeconómicos

NIVEL DE INGRESOS DEL PAÍS, 2022:
Mediano alto

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO, 2021:
47

PIB PER CÁPITA (US\$), 2023:
14187,48

GASTO EN SALUD PER CÁPITA (US\$), 2021:
1.044,77

COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL, 2021:
79



MARCODE LA OMS PARA EL DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

- A EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES
- B POLÍTICAS DE SALUD
- C INVESTIGACIÓN
- D USO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES
- E EDUCACIÓN Y FORMACIÓN
- F PRESTACIÓN DE CP



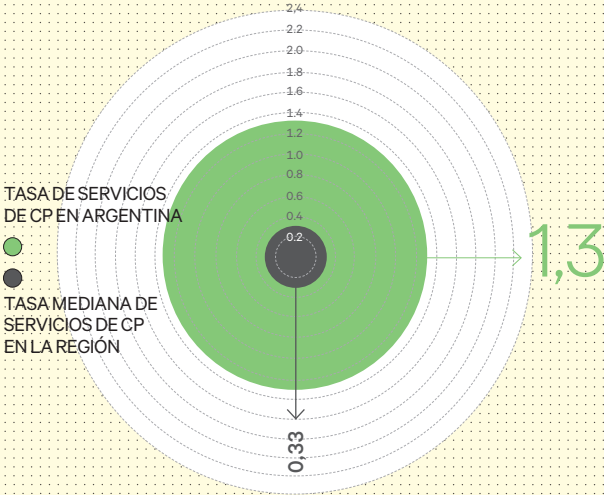
Argentina

F Prestación de CP (Servicios Especializados)

Número Total de Servicios de CP Especializados
584

Tasa de Servicios de CP por cada 100.000 habitantes
1.3

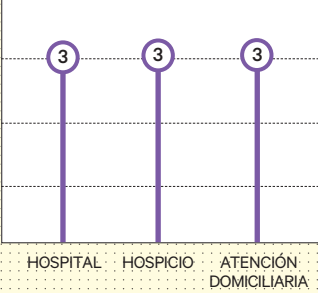
Argentina en el contexto de la región



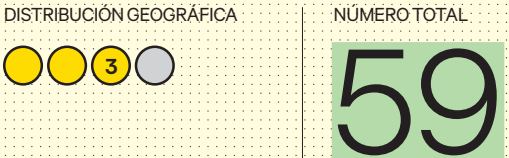
Distribución geográfica e integración de los servicios de CP



Nivel de desarrollo de los distintos tipos de servicios de CP



Servicios de CP Pediátricos

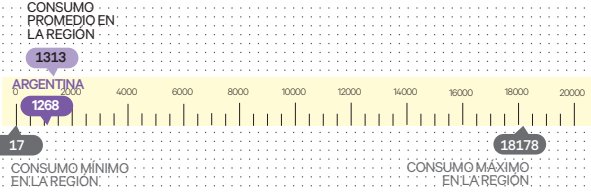


Argentina

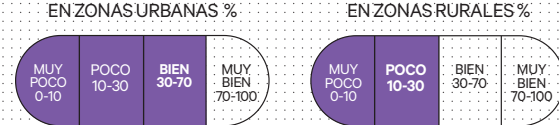
D Uso de medicamentos esenciales

Consumo de opioides (excluyendo metadona)
1268
S-DDD POR MILLÓN HAB/DÍA

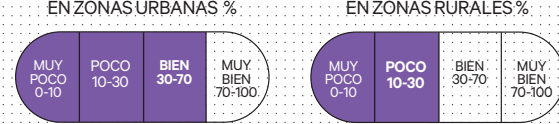
Argentina en el contexto de la región



Disponibilidad general de medicamentos esenciales para el dolor y los CP en el primer nivel de atención



Disponibilidad general de morfina oral de liberación inmediata en el primer nivel de atención



C Investigación

Artículos de investigación relacionados con los CP
3

Existencia de congresos o reuniones científicas
4



Consultores: Andrea Conte, Diego Candemi, Jose Miguel Calero Carreño, Rut Kiman, Sofía Bunge.
Asociación Nacional de CP: Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos (AAMyCP).

Fecha de recolección de datos: Abril-Junio 2024
Informe validado por consultores: Sí
Informe aprobado por la Asociación Nacional: Sí
Edición: Editado por el Equipo de Investigación ATLANTES (Universidad de Navarra, España).

E Educación y formación

Facultades de medicina con enseñanza obligatoria de CP
4/47

Escuelas de enfermería con enseñanza obligatoria de CP
1/317

Reconocimiento de la especialidad en CP
4

B Políticas

Plan o estrategia nacional de CP
3

Autoridad responsable de los CP en el Ministerio de Salud
2

Inclusión de los CP en el paquete básico de salud en el nivel de atención primaria
4

A Empoderamiento de las personas y las comunidades

Grupos que promueven los derechos de los pacientes
4

Políticas relacionadas con la planificación anticipada de cuidados
3

AM

Argentina

Personas y comunidades

Ind1

Existencia de grupos dedicados a promover los derechos de los pacientes que necesitan CP, de sus cuidadores y de los supervivientes a la enfermedad.

1.1 Asociaciones de profesionales de CP a la enfermedad: Sí

1.2 Asociaciones civiles, de pacientes, de familiares o voluntarios focalizados en los CP: Sí



Fuerte presencia nacional y subnacional de la defensa de los cuidados paliativos y promoción de los derechos de los pacientes.

En la República Argentina, existen múltiples grupos, tanto a nivel nacional como provincial, dedicados a promover los derechos de pacientes que requieren CP, sus cuidadores y supervivientes. El Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) ha capacitado voluntarios desde 2020 hasta 2024. La AAMyCP impulsa el desarrollo integral de los CP. La Sociedad Argentina de Pediatría visibiliza los CP pediátricos mediante actividades educativas. LALCEC fue pionera en América Latina en CP, iniciando en los años 80. FEMEBA colabora en formación y asistencia, habiendo creado unidades de CP y líneas de ayuda. Pallium Latinoamérica promueve iniciativas como ‘Buenos Aires, Todos con vos’, centradas en el acompañamiento social. La Ley Nacional de CP N.º 27678 reconoce la función del voluntariado, promoviendo su capacitación, en línea con la Ley de Voluntariado Social N.º 25855. Además, más de 30 organizaciones civiles y científicas complementan estos esfuerzos.

Ind2

¿Existe una política o directriz nacional sobre voluntades anticipadas o planificación compartida de decisiones?



Existen políticas o directrices nacionales sobre testamentos vitales sobre decisiones anticipadas.

Argentina cuenta con un marco normativo que respalda las voluntades anticipadas en CP y decisiones sobre tratamientos médicos. La Ley N.º 26529 de 2009 y su modificación en 2012 (Ley N.º 26742) permiten a los pacientes mayores de edad expresar anticipadamente su voluntad respecto a tratamientos médicos, preventivos o paliativos, que deben ser registradas en su historia clínica. También pueden incluir la designación de un interlocutor para garantizar el cumplimiento. Los pacientes terminales pueden rechazar medidas desproporcionadas de soporte vital sin perder acceso a CP. A nivel provincial, Córdoba, Neuquén y Río Negro han promulgado leyes específicas.

Políticas

Ind3

3.1. Actualmente existe un plan, programa, política o estrategia nacional de CP.

3.2. El plan nacional de CP (o programa o estrategia o legislación) es independiente.



Realizado en los últimos 5 años, pero no evaluado o auditado activamente.



Existe una sección dedicada a los cuidados paliativos en otro plan nacional, como el del cáncer, las enfermedades no transmisibles (ENT) o el VIH.

Desde 2016 y hasta 2025, funcionó en Argentina un PNCP dependiente del Instituto Nacional del Cáncer (INC), centrado exclusivamente en pacientes oncológicos. Fue parte de una estrategia sanitaria nacional publicada ese mismo año, con intervenciones destinadas a ofrecer cuidados de calidad y atención integral a lo largo del curso de la enfermedad. En 2025, con la disolución del INC, el PNCP fue absorbido por el Ministerio de Salud, quedando sin coordinación ni presupuesto específico. La Ley Nacional N.º 27678, sancionada en 2022 y parcialmente reglamentada en 2023, amplió el alcance de los CP a pacientes con enfermedades graves, crónicas, avanzadas o progresivas. Esta normativa garantiza acceso equitativo, promueve la capacitación del personal y el apoyo a las familias. No obstante, su implementación es parcial: solo siete provincias han adherido formalmente, aún no se ha desarrollado un plan para población no oncológica ni se ha asignado financiamiento específico.

AM

Argentina

Políticas

3.3. Existen mecanismos para supervisar y evaluar los progresos, con objetivos medibles.



Existen mecanismos para supervisar y evaluar los progresos con objetivos claros, pero aún no se han puesto en práctica.

Ind4

Los servicios de CP se incluyen en la lista de servicios prioritarios para la cobertura sanitaria universal en la atención primaria del Sistema Nacional de Salud.



Los cuidados paliativos se incluyen en la lista de prestaciones sanitarias de atención primaria de la ley general de sanidad.

Los CP están incluidos en las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO), garantizando su cobertura al 100% por obras sociales y prepagas. Establecidos en 1995 por el Decreto N.º 492/1995, los CP ofrecen atención integral y multidisciplinaria para pacientes con expectativa de vida menor a seis meses, enfocándose en aliviar el dolor y un abordaje psicosocial. La Ley 26529 de Derechos del Paciente (2009, modificada en 2012) refuerza el acceso a CP, garantizando atención que minimice el sufrimiento y permita una muerte digna. En 2022, las Leyes 27674 y 27675 extendieron este derecho a niños con cáncer y a personas con VIH y tuberculosis. La Ley 27678 de CP establece un modelo de atención integral desde el período perinatal hasta la vejez, abarcando todos los niveles de atención, incluidos los cuidados domiciliarios, y fue parcialmente reglamentada en 2023. El mecanismo de control de acceso a estos servicios aún no está operativo.

Ind5

5.1. ¿Existe una autoridad nacional de coordinación de los CP dentro del Gobierno o del Ministerio de Salud?



La autoridad para los cuidados paliativos está definida pero sólo a nivel político, sin entidad de coordinación definida.

5.2. La autoridad nacional de coordinación dispone de autoridad, presupuesto y personal adecuados.



No tiene autoridad o recursos adecuados (presupuesto, personal, etc.)

En Argentina, el PNCP, anteriormente dependiente del INC, impulsó importantes avances en la atención de pacientes oncológicos mediante capacitación, becas de investigación y provisión gratuita de medicamentos esenciales, como morfina y metadona. También implementó la estrategia de Provisión de Analgésicos Opioides (PrAO). Sin embargo, tras la disolución del INC en 2025 y su integración al Ministerio de Salud, el PNCP quedó sin coordinación ni presupuesto específico. La Ley Nacional de Cuidados Paliativos N.º 27678, sancionada en 2022, amplió el alcance de los CP a toda persona con enfermedades crónicas avanzadas, pero aún no se ha reglamentado su artículo 5, que debe establecer una autoridad nacional de coordinación dentro del Ministerio de Salud. Esta omisión ha retrasado la creación de un marco organizativo y la asignación de presupuesto, limitando la articulación nacional y restringiendo el acceso equitativo, especialmente fuera del ámbito oncológico.

AM

Argentina

Investigación

Ind6

Existencia de congresos, eventos o reuniones científicas a nivel nacional relacionadas específicamente con CP.



Al menos un congreso nacional dedicado específicamente a los cuidados paliativos cada 3 años.

La AAMyCP lidera el desarrollo de los CP en Argentina, organizando 11 congresos nacionales que han sido clave para difundir avances y fomentar la actualización profesional. El X Congreso se realizó virtualmente en 2021 debido a la pandemia, mientras que el XI Congreso tuvo lugar en Córdoba en 2023 con expertos internacionales. Además, celebra Encuentros Nacionales de CP, siendo el más reciente en septiembre de 2024 en Tandil. La AAMyCP también promueve actividades formativas a lo largo del año, como ateneos y webinarios con alcance federal, impulsando un enfoque integral y multidisciplinario con la participación de médicos, enfermeros, psicólogos y otros profesionales. Por su parte, la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) organiza jornadas sobre CP pediátricos cada tres años, contribuyendo a la capacitación en este campo especializado.

Ind7

Investigación sobre CP en el país estimada por artículos publicados revisados por pares.



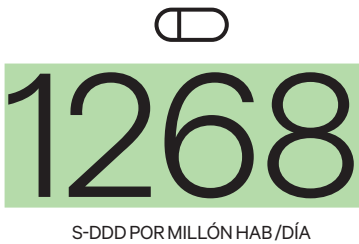
Alta: Representa una cantidad considerable de artículos publicados.

En los últimos cinco años (hasta septiembre de 2024), se publicaron 93 artículos específicos sobre CP indexados, con participación de profesionales argentinos como autores o coautores. Estos artículos fueron extraídos de bases de datos como PubMed, Web of Science, CINAHL, Scielo y LILACS, utilizando el software COVIDENCE para eliminar duplicados. Tras una revisión por pares, se identificaron estos 93 artículos, lo que equivale a 0,20 publicaciones cada 100.000 habitantes, según los datos del Banco Mundial.

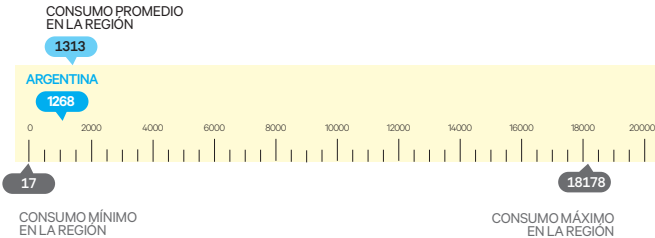
Ind8

Consumo anual notificado de opioides (excluida la metadona).

Consumo promedio de opioides, en dosis diarias definidas para fines estadísticos (S-DDD) por millón de habitantes por día.



PAÍS VS REGIÓN



Medicinas

AM

Argentina

Medicinas

Ind9

9.1. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas urbanas que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista de Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.



Bueno: entre 30% a 70%.

9.2. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas rurales que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS).



Poco: entre 10% a 30%.

En Argentina, entre el 30 y 70% de los centros de salud de baja complejidad en áreas urbanas disponen de medicamentos esenciales para CP, pero esta disponibilidad baja al 10-30% en áreas rurales. Los medicamentos en el PMO incluyen opioides como morfina y codeína, cubiertos al 40% por los Agentes del Seguro de Salud. La Ley 26.678 garantiza el acceso a estos medicamentos esenciales. El INC es fundamental en la implementación de la estrategia de Provisión de Analgésicos Opioides (PrAO), asegurando su distribución continua. En 2018, el Laboratorio Industrial Farmacéutico de Santa Fe (LIF) comenzó con la entrega de medicamentos bajo esta estrategia. Para mejorar la distribución, se implementó el Vale Federal en 2019, un sistema informático que registra las operaciones de sustancias controladas, facilitando la provisión de opioides en todo el país. La Ley 26.678 también promueve el acceso a los opioides en obras sociales y sistemas de salud.

Ind10

10.1. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas urbanas que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Bueno: entre 30% a 70%.

10.2. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas rurales que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Poco: entre 10% a 30%.

Se estima que entre el 30 y 70% de los centros de salud de baja complejidad en áreas urbanas disponen de medicamentos para el dolor y CP, según la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS. En las zonas rurales, esta disponibilidad es más baja, alcanzando entre el 10 y 30% de los centros de salud de baja complejidad.

Ind11

11.1. Proporción de facultades de medicina que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de medicina en el país.

4/47



En Argentina, de las 47 facultades de medicina, solo 4 ofrecen estudios obligatorios en CP, y 11 los incluyen como optativos. En el caso de las 317 facultades de enfermería, solo 1 tiene estudios obligatorios, mientras que 5 ofrecen formación optativa en esta área. A pesar de que la Ley de CP busca expandir la educación en este campo, la integración en los programas de grado es limitada, lo que contrasta con las mejoras en la mayoría de los países latinoamericanos. La Resolución 798/2022 del Ministerio de Educación modificó contenidos curriculares y estándares para las carreras de Medicina, incluyendo CP en el eje “abordaje clínico en personas adultas”, pero su implementación sigue siendo voluntaria, dejando la organización de la asignatura a criterio de cada unidad académica, respetando la autonomía universitaria.

11.2. Proporción de facultades de medicina con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de medicina en el país.

11/47

11.3. Proporción de facultades de enfermería que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

1/317

11.4. Proporción de facultades de enfermería con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

5/317

Ind12

Existencia de proceso de especialización oficial en medicina paliativa para médicos, reconocida por la autoridad competente del país.

4

La medicina paliativa es una especialidad o subespecialidad (u otra denominación equivalente) reconocida por las autoridades nacionales competentes.

El Ministerio de Salud reconoció los CP como especialidad médica en la Resolución 1814/2015, siendo formalmente aceptada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Buenos Aires y Santa Fe. Para obtener la acreditación existen las residencias post básicas, que incluyen la Residencia Interdisciplinaria en CP en hospitales de CABA, la Carrera de Médico Especialista de la Universidad de Buenos Aires (UBA) en el Sanatorio Güemes, la residencia en CP Pediátricos en hospitales de CABA, Entre Ríos y Tucumán. Además, el Consejo de Certificación de Profesionales Médicos ofrece certificaciones mediante convenios con la AAMyCP y la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP). También existen programas avanzados como el Curso Virtual Introductorio del INC, diplomaturas y maestrías, como la maestría interdisciplinaria de la Universidad del Salvador y diplomaturas ofrecidas por otras universidades..

Ind13

13.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.

3

Prestación generalizada: Existe en muchas partes del país, pero con algunas lagunas.

13.2. Disponibles en hospitales (públicos o privados) como equipos hospitalarios de CP (equipos de consulta) o unidades de CP (con camas), por citar algunos ejemplos.

3

En un número creciente de hospitales públicos.

13.3. Hospicios independientes (incluidos los hospicios con camas de hospitalización).

3

En muchas partes del país.

13.4. Los equipos de atención domiciliaria (especializados en CP) están disponibles en la comunidad (o en la atención primaria), como servicios independientes o vinculados a hospitales u hospicios.

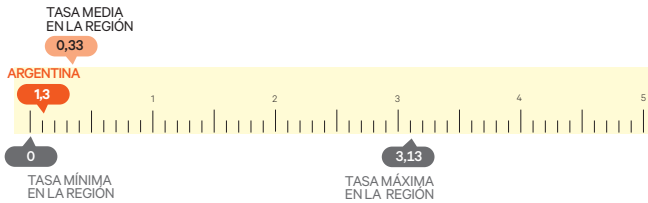
3

En muchas partes del país.

13.5. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país.

Argentina tiene un total de 584 equipos especializados en CP, de los cuales 513 están destinados a adultos, 59 a pediatría y 12 son mixtos. Se consideran equipos cuando su actividad principal es ofrecer CP, y cada programa o rama se cuenta como un servicio independiente. Esto equivale a una ratio de 1,3 servicios de CP por cada 100.000 habitantes, con mayor disponibilidad en zonas urbanas y algunas rurales. Los servicios especializados están presentes en un número creciente de hospitales públicos y privados, y existen al menos 21 hospicios independientes en el país. Además, los equipos de atención domiciliaria especializados en CP están disponibles en varias áreas, principalmente en grandes ciudades, con mayor participación de servicios privados. El PNCP, junto con la AAMyCP, está trabajando en un directorio nacional de instituciones de CP, aunque no está disponible actualmente. La IAHPD también incluye información sobre estos servicios en su Global Directory.

TASA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CP/100.000 HAB.



584

SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Ind14

14.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.

3

Prestación generalizada: Existe en muchas partes del país, pero con algunas lagunas.

14.2. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos.

59

CPP EQUIPOS

En Argentina, existen 59 programas especializados en CPP. Los CPP comenzaron en 1985 con la Fundación Prager-Bild, y en 1992 se formaron los primeros equipos en el Hospital Nacional Juan P. Garrahan y el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, en Buenos Aires. En 1998 se creó el Grupo de Trabajo en CPP dentro de la SAP. Un hito clave fue la creación del Programa de Residencia Interdisciplinaria en CP en Buenos Aires en 2006, inicialmente para adultos, y desde 2018, también para niños. En 2011, la Medicina Paliativa fue reconocida como especialidad, y en 2015 los pediatras fueron reconocidos como subespecialistas en esta área. La mayoría de los equipos están en hospitales de alta complejidad y grandes ciudades, pero la distribución geográfica es desigual, con algunas provincias sin servicios especializados en CPP.



Datos generales

POBLACIÓN, 2024:
12.413.315

SUPERFICIE KM², 2022:
1.098.580

MÉDICOS/AS/1000 HAB, 2022:
N/D

ENFERMERO/AS/1000 HAB, 2021-2022:
4,35

Datos socioeconómicos

NIVEL DE INGRESOS DEL PAÍS, 2022:
Mediano bajo

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO, 2021:
108

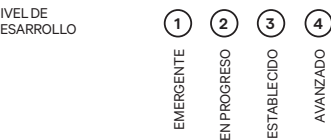
PIB PER CÁPITA (US\$), 2023:
3686,28

GASTO EN SALUD PER CÁPITA (US\$), 2021:
272,96

COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL, 2021:
65



① EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES
② POLÍTICAS DE SALUD
③ INVESTIGACIÓN
④ USO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES
⑤ EDUCACIÓN Y FORMACIÓN
⑥ PRESTACIÓN DE CP



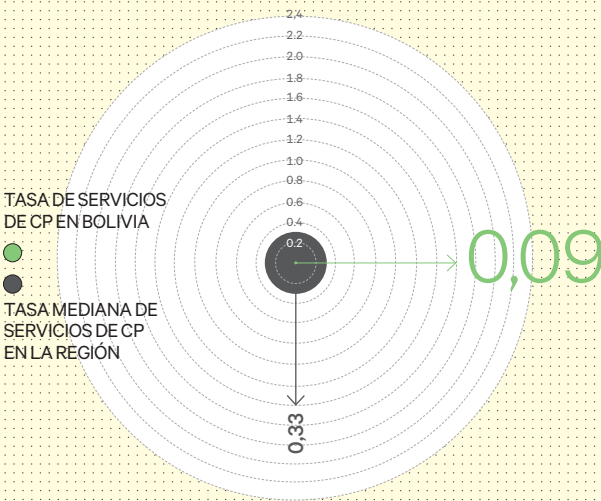
Bolivia

F Prestación de CP (Servicios Especializados)

Número Total de Servicios de CP Especializados
12

Tasa de Servicios de CP por cada 100.000 habitantes
0,09

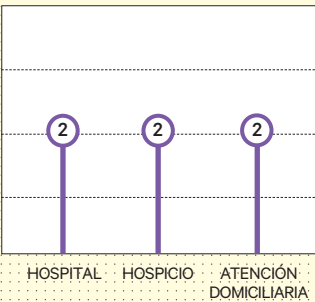
Bolivia en el contexto de la región



Distribución geográfica e integración de los servicios de CP



Nivel de desarrollo de los distintos tipos de servicios de CP



Servicios de CP Pediátricos

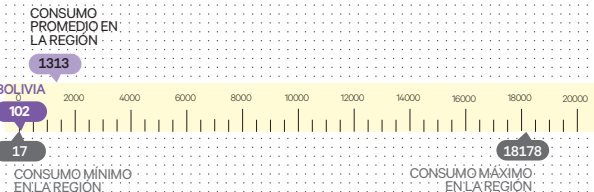


Bolivia

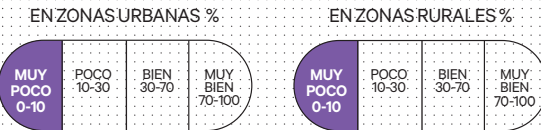
D Uso de medicamentos esenciales

Consumo de opioides (excluyendo metadona)
102
S-DDD POR MILLÓN HAB/DÍA

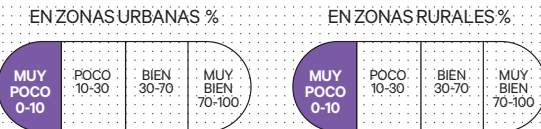
Bolivia en el contexto de la región



Disponibilidad general de medicamentos esenciales para el dolor y los CP en el primer nivel de atención



Disponibilidad general de morfina oral de liberación inmediata en el primer nivel de atención



C Investigación

Artículos de investigación relacionados con los CP
1

Existencia de congresos o reuniones científicas
4



Consultores: Alejandra Covarrubias, Ana María Maldonado, Brenda Taboada, Javier Muñoz, Lorena Medina, Marcela López, María Gabriela Rodríguez, Mirna García.

Asociación Nacional de CP: Asociación Alianza Boliviana de Cuidados Paliativos (AABCP), Asociación Paceña de Cuidados Paliativos.

Fecha de recolección de datos: Abril-Junio 2024

Informe validado por consultores: Sí

Informe aprobado por la Asociación Nacional: Sí

Edición: Editado por el Equipo de Investigación ATLANTES (Universidad de Navarra, España).

E Educación y formación

Facultades de medicina con enseñanza obligatoria de CP
0

Escuelas de enfermería con enseñanza obligatoria de CP
0

Reconocimiento de la especialidad en CP
2

B Políticas

Plan o estrategia nacional de CP
1

Autoridad responsable de los CP en el Ministerio de Salud
1

Inclusión de los CP en el paquete básico de salud en el nivel de atención primaria
1

A Empoderamiento de las personas y las comunidades

Grupos que promueven los derechos de los pacientes
4

Políticas relacionadas con la planificación anticipada de cuidados
1

Ind1	Existencia de grupos dedicados a promover los derechos de los pacientes que necesitan CP, de sus cuidadores y de los supervivientes a la enfermedad.	4 Fuerte presencia nacional y subnacional de la defensa de los cuidados paliativos y promoción de los derechos de los pacientes.	En el Estado Plurinacional de Bolivia existen diversas asociaciones que agrupan a profesionales, pacientes y familiares involucrados en los CP. Entre ellas destacan la Alianza Boliviana de CP, la Asociación Cruceña de CP, la Asociación Paceña de CP y la Asociación Cochabambina de CP. Además, existen agrupaciones que atienden a pacientes adolescentes y adultos en ciudades como La Paz, Santa Cruz y Cochabamba. También hay organizaciones no gubernamentales, como el Servicio de Enseñanza Técnica Integral (SENTEC) en La Paz y Oruro, y LA fundación Sembrando Esperanza (FUNDASE), así como la organización privada Humanizar la Salud Bolivia trabajan en el ámbito de los CP. Estas entidades contribuyen al desarrollo y la promoción de los CP en el país, apoyando tanto a los profesionales de salud como a los pacientes y sus familias en momentos de enfermedad avanzada.
	1.1 Asociaciones de profesionales de CP a la enfermedad: Sí 1.2 Asociaciones civiles, de pacientes, de familiares o voluntarios focalizados en los CP: Sí		
Ind2	¿Existe una política o directriz nacional sobre voluntades anticipadas o planificación compartida de decisiones?	1 No existe política ni directriz nacional sobre planificación de decisiones anticipadas.	En Bolivia, aunque no existen leyes nacionales específicas sobre las voluntades anticipadas, se han implementado documentos de consentimiento informado para el manejo de CP. Este proceso podría integrarse al Artículo 44 de la Constitución Política del Estado, que establece que ninguna persona puede ser sometida a intervención médica sin su consentimiento, salvo en situaciones de peligro inminente para su vida. A pesar de esta normativa, en muchos hospitales se utilizan notas de no reanimación para pacientes al final de la vida, pero estas carecen de respaldo legal y un plan de tratamiento pertinente cuando los pacientes o sus familias solicitan limitación terapéutica.
Ind3	3.1. Actualmente existe un plan, programa, política o estrategia nacional de CP.	1 No existe.	En Bolivia, aunque no existe una ley o programa específico dedicado a los CP, estos están contemplados en la Ley del Cáncer (Ley 1223 de 2019) y su reglamentación mediante el Decreto Supremo 4881 de 2023. Este decreto establece políticas de prevención, tratamiento y CP para pacientes con cáncer, incorporándolos dentro del Servicio Universal de Salud (SUS). Además, en 2020, la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social a Corto Plazo (ASUSS) aprobó la Norma de Medicina Paliativa, presentada en un manual elaborado por expertos. La ley 872 de 2016 ratifica los derechos de las personas mayores a acceder a CP. A pesar de la ausencia de un PNCP, estos se incluyen en el Programa Nacional de lucha contra el Cáncer. Actualmente, se trabaja en la creación de una ley específica, y en 2024 se realizó un levantamiento de datos sobre CP en establecimientos de salud.
	3.2. El plan nacional de CP (o programa o estrategia o legislación) es independiente.	2 Existe un plan de cuidado paliativo nacional en desarrollo.	

3.3. Existen mecanismos para supervisar y evaluar los progresos, con objetivos medibles.	1 No existe.	
Ind4 Los servicios de CP se incluyen en la lista de servicios prioritarios para la cobertura sanitaria universal en la atención primaria del Sistema Nacional de Salud.	1 No están incluidos.	Los CP no están incorporados en la atención primaria en Bolivia. Su cobertura se limita al nivel terciario de atención, donde se incluyen servicios como medicación, consulta externa y visitas domiciliarias, a través del Programa del SUS. Esta cobertura fue recientemente aprobada en 2023 por lo que aún presenta deficiencias, especialmente en lo relacionado con la disponibilidad de opioides y la falta de profesionales especializados en CP, lo que restringe el acceso de los pacientes a una atención adecuada.
Ind5 5.1. ¿Existe una autoridad nacional de coordinación de los CP dentro del Gobierno o del Ministerio de Salud? 5.2. La autoridad nacional de coordinación dispone de autoridad, presupuesto y personal adecuados.	1 No existe entidad de coordinación. 1 No tiene autoridad o recursos adecuados (presupuesto, personal, etc.).	Actualmente, Bolivia carece de una autoridad nacional de coordinación para los CP dentro del Ministerio de Salud. En su lugar, existe una persona asignada dentro del Plan Nacional de Lucha contra el Cáncer, encargada de la creación de una red nacional de CP. En este contexto, se prevé que entre abril y mayo de 2024 se realicen visitas a 12 instituciones de salud a nivel nacional para recolectar datos aún no publicados respecto a la situación actual de los CP en el país y, posteriormente, desarrollar las normativas correspondientes para optimizar la atención y cobertura.

Ind6

Existencia de congresos, eventos o reuniones científicas a nivel nacional relacionadas específicamente con CP.



Al menos un congreso nacional dedicado específicamente a los cuidados paliativos cada 3 años.

Desde 2019, Bolivia ha llevado a cabo anualmente el Congreso Nacional de CP, siendo el último, el 4° Congreso, realizado del 23 al 25 de noviembre de 2023 en Cochabamba. Además, se celebra al menos un congreso regional con alcance nacional. Diversos departamentos han conformado asociaciones departamentales de CP, organizando talleres, seminarios, simposios y cursos a través de los colegios médicos regionales. Estos eventos se complementan con actividades internas en hospitales con unidades de CP. Asimismo, el Congreso Internacional de Medicina Interna, organizado por la Sociedad Cruceña de Medicina Interna, dedica cada año conferencias sobre CP, contribuyendo al fortalecimiento y actualización en este campo a nivel nacional.

Ind7

Investigación sobre CP en el país estimada por artículos publicados revisados por pares.



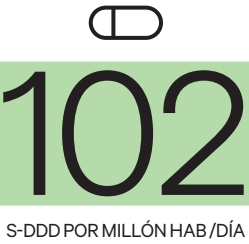
Escaso o muy bajo: Indica un número mínimo o inexistente de artículos publicados sobre el tema en ese país.

Aunque no existen artículos centrados en CP con participación de profesionales bolivianos como autores, se han presentado trabajos (ensayos, tesis, casos clínicos) en eventos académicos, algunos de ellos disponibles en las plataformas de las organizaciones del área. Además, Bolivia participó en la evaluación regional del Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica.

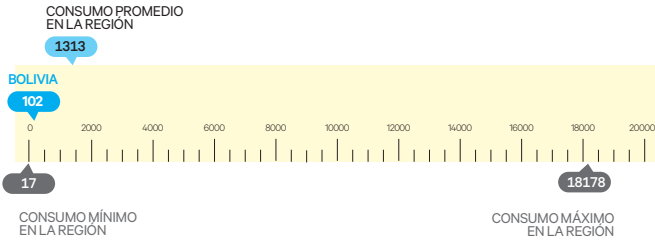
Ind8

Consumo anual notificado de opioides (excluida la metadona).

Consumo promedio de opioides, en dosis diarias definidas para fines estadísticos (S-DDD) por millón de habitantes por día.



PAÍS VS REGIÓN



Ind9

9.1. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas urbanas que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista de Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.



Muy poco: entre 0% a 10%.

En Bolivia, los CP están disponibles únicamente en hospitales de tercer nivel, principalmente en centros oncológicos como en Santa Cruz y Sucre, donde se brindan servicios especializados. En los hospitales de primer y segundo nivel el acceso a estos cuidados es limitado, y la capacitación médica en el uso de opioides es insuficiente. El Sistema Nacional de Medicamentos (LINAME) incluye algunos analgésicos básicos como paracetamol, tramadol, y morfina en ciertos niveles de atención, pero la morfina oral no está disponible en el sistema público. En el sector privado, es posible acceder a morfina a través de laboratorios importadores. El stock de analgésicos en centros públicos es reducido, especialmente en áreas rurales, donde depende de los presupuestos municipales para garantizar la disponibilidad.

9.2. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas rurales que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS).



Muy poco: entre 0% a 10%.

Ind10

10.1. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas urbanas que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy poco: entre 0% a 10%.

En Bolivia, en los centros de atención primaria no se disponen de opioides de liberación rápida ni de morfina, según la Circular 31-2022 de la Agencia Estatal de los Medicamentos y Tecnologías. En el sistema público, la morfina líquida está disponible solo en los niveles más altos de atención y, en ocasiones, en tabletas de liberación rápida en hospitales de mayor complejidad, pero el acceso es limitado debido a la escasez y al estricto control de las farmacias, que venden solo una parte de la dosis prescrita, lo que constituye una barrera significativa para los pacientes. Los medicamentos disponibles tanto en áreas urbanas como rurales incluyen ácido acetilsalicílico, paracetamol, dexametasona, diazepam, butil bromuro de hioscina, lactulosa, metoclopramida, omeprazol y ketorolaco.

10.2. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas rurales que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy poco: entre 0% a 10%.

Ind11

11.1. Proporción de facultades de medicina que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de medicina en el país.

0/
N/D



En Bolivia, los CP no están contemplados como materia obligatoria en ninguna facultad de medicina o enfermería, ni en las universidades públicas ni privadas. Tampoco se ofrece una materia optativa específica en las principales facultades del país. Sin embargo, algunos médicos con formación en CP abordan temas relacionados de manera transversal en sus clases. Algunas universidades, como la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA) y la Universidad Católica Boliviana San Pablo (UCB), ofrecen formación en este ámbito a nivel de postgrado, a través de cursos, talleres, seminarios y módulos optativos. Además, existe un Diplomado en CP.

11.2. Proporción de facultades de medicina con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de medicina en el país.

0/
N/D

11.3. Proporción de facultades de enfermería que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

0/
N/D

11.4. Proporción de facultades de enfermería con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

0/
N/D

Ind12

Existencia de proceso de especialización oficial en medicina paliativa para médicos, reconocida por la autoridad competente del país.



No existe un proceso de especialización para médicos de cuidados paliativos, pero sí otro tipo de títulos de formación profesional sin reconocimiento oficial y nacional.

En Bolivia, no se cuenta con una especialidad formal en CP ni con una Residencia Médica en esta área. Los profesionales que han obtenido esta especialidad en el extranjero no tienen su titulación homologada en el país. No obstante, existe un Diplomado CP ofrecido por la Universidad Franz Tamayo en La Paz, que ya cuenta con su séptima edición, disponible tanto de manera presencial como online. Adicionalmente, en otras ciudades como Santa Cruz, se imparten programas similares, dirigidos a médicos, psicólogos, enfermeras y otros profesionales vinculados al ámbito de la salud.

Ind13

13.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.



Prestación aislada: Existe, pero sólo en algunas zonas geográficas.

13.2. Disponibles en hospitales (públicos o privados) como equipos hospitalarios de CP (equipos de consulta) o unidades de CP (con camas), por citar algunos ejemplos.



En algunas partes del país.

13.3. Hospicios independientes (incluidos los hospicios con camas de hospitalización).



En algunas partes del país.

13.4. Los equipos de atención domiciliaria (especializados en CP) están disponibles en la comunidad (o en la atención primaria), como servicios independientes o vinculados a hospitales u hospicios.

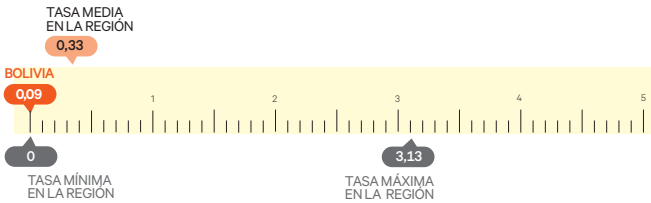


En algunas partes del país.

13.5. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país.

En Bolivia, existen 12 centros especializados en CP, distribuidos de manera desigual en el territorio, lo que representa 0,10 servicios por cada 100,000 habitantes, con una mayor concentración en las áreas urbanas de La Paz, Santa Cruz y Cochabamba. Adicionalmente, se han identificado otros hospitales y ONGs que ofrecen CP de manera no especializada. Los hospitales de primer y segundo nivel no disponen de estos servicios, solo están presentes en hospitales con áreas de oncología y en los institutos oncológicos.

TASA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CP/100.000 HAB.



12
← SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Ind14

14.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.



No existen programas especializados en cuidados paliativos o éstos son mínimos.

14.2. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos.

0
CPP EQUIPOS

En Bolivia no se cuentan con unidades especializadas en CPP, aunque se proporciona atención paliativa en hospitales oncológicos pediátricos, gestionada por personal capacitado. Sin embargo, esta atención no está organizada como un servicio exclusivo de CP pediátricos. Ejemplos de ello incluyen la Unidad de Pediatría del Instituto Oncológico del Oriente Boliviano, en Santa Cruz, el Hospital del Niño en La Paz y el Hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud.



Datos generales

POBLACIÓN, 2024:
211.998.573

SUPERFICIE KM², 2022:
8.510.418

MÉDICOS/AS /1000 HAB, 2022:
N/D

ENFERMERO/AS /1000 HAB, 2021-2022:
7,32

Datos socioeconómicos

NIVEL DE INGRESOS DEL PAÍS, 2022:
Mediano alto

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO, 2021:
84

PIB PER CÁPITA (US\$), 2023:
10.294,87

GASTO EN SALUD PER CÁPITA (US\$), 2021:
761,27

COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL, 2021:
80



▲ EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES
● POLÍTICAS DE SALUD
● INVESTIGACIÓN
● USO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES
● EDUCACIÓN Y FORMACIÓN
● PRESTACIÓN DE CP

NIVEL DE DESARROLLO

1 EMERGENTE
2 EN PROGRESO
3 ESTABLECIDO
4 AVANZADO

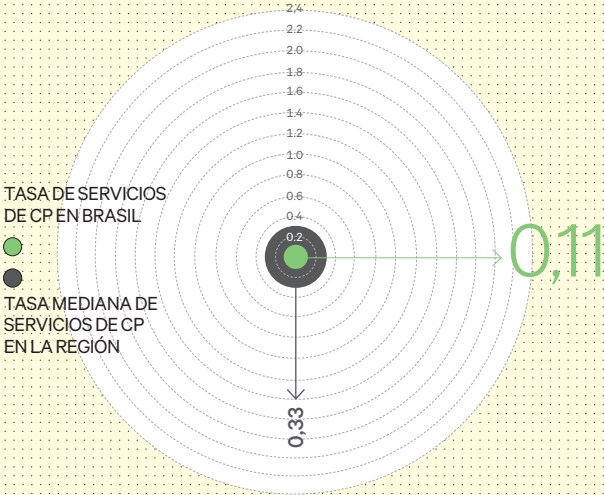
Brasil

F Prestación de CP (Servicios Especializados)

Número Total de Servicios de CP Especializados
234

Tasa de Servicios de CP por cada 100.000 habitantes
0,11

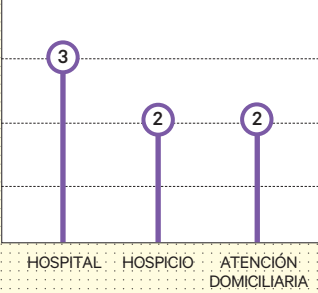
Brasil en el contexto de la región



Distribución geográfica e integración de los servicios de CP



Nivel de desarrollo de los distintos tipos de servicios de CP



Servicios de CP Pediátricos

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

NÚMERO TOTAL
90

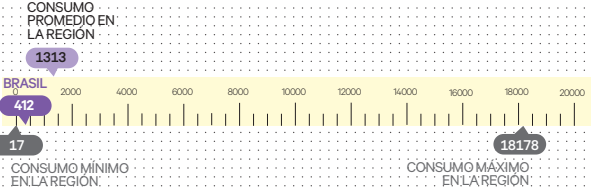


Brasil

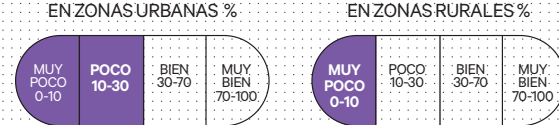
D Uso de medicamentos esenciales

Consumo de opioides (excluyendo metadona)
412
S-DDD POR MILLÓN HAB/DÍA

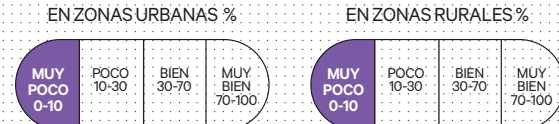
Brasil en el contexto de la región



Disponibilidad general de medicamentos esenciales para el dolor y los CP en el primer nivel de atención



Disponibilidad general de morfina oral de liberación inmediata en el primer nivel de atención



C Investigación

Artículos de investigación relacionados con los CP
1

Existencia de congresos o reuniones científicas
4

Consultores: Amirah Adnan Salman, Danielle Soler Lopes, Julieta Frupp, Lorena Agrizzi, Manuela Salman Samir Maciel Salman, Maria Pérez Soares D Alessandro, Mônica Da Silva Marinho, Rodrigo Kappel Castilho, Samir Salman.

Asociación Nacional de CP: Academia Nacional de Cuidados. Palliativos.

Fecha de recolección de datos: Abril-Junio 2024

Informe validado por consultores: Si

Informe aprobado por la Asociación Nacional: Si

Edición: Editado por el Equipo de Investigación ATLANTES (Universidad de Navarra, España).

E Educación y formación

Facultades de medicina con enseñanza obligatoria de CP
27/315

Escuelas de enfermería con enseñanza obligatoria de CP
95/729

Reconocimiento de la especialidad en CP
4

B Políticas

Plan o estrategia nacional de CP
4

Autoridad responsable de los CP en el Ministerio de Salud
3

Inclusión de los CP en el paquete básico de salud en el nivel de atención primaria
3

A Empoderamiento de las personas y las comunidades

Grupos que promueven los derechos de los pacientes
4

Políticas relacionadas con la planificación anticipada de cuidados
3

Ind1	Existencia de grupos dedicados a promover los derechos de los pacientes que necesitan CP, de sus cuidadores y de los supervivientes a la enfermedad.	4	Fuerte presencia nacional y subnacional de la defensa de los cuidados paliativos y promoción de los derechos de los pacientes.	En la República Federativa de Brasil, la Academia Nacional de CP, fundada en 2005, promueve el acceso a CP mediante educación, asistencia e investigación. Diversas sociedades científicas, como la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria y la Sociedad Brasileña de Geriatria, elaboran materiales especializados y ofrecen formación en esta área. Además, el Frente PaliATIVISTAS impulsa la creación de políticas públicas nacionales. Existen múltiples organizaciones sociales y académicas, como las Ligas Académicas en CP y el Instituto Premier, que promueven el estudio y difusión de estos cuidados. Entre las iniciativas destacadas figuran el servicio de CP del Hospital das Clínicas de São Paulo y la Fundación Beabá, que trabajan en el empoderamiento de pacientes y familias.
	1.1 Asociaciones de profesionales de CP a la enfermedad: Sí 1.2 Asociaciones civiles, de pacientes, de familiares o voluntarios focalizados en los CP: Sí			
Ind2	¿Existe una política o directriz nacional sobre voluntades anticipadas o planificación compartida de decisiones?	3	Existen políticas o directrices nacionales sobre testamentos vitales sobre decisiones anticipadas.	En Brasil, aunque no existe una legislación específica sobre la Planificación Anticipada de Cuidados, algunas normativas federales abordan parcialmente el tema. La Resolución CFM N° 1.995/2012 establece las Directrices Anticipadas de Voluntades (DAV), permitiendo que los pacientes expresen sus deseos sobre los cuidados a recibir en caso de incapacidad para comunicarse. En mayo de 2024, la PNCP fue aprobada, incorporando principios como el respeto a la autonomía del paciente y la promoción de decisiones compartidas. Esta política también refuerza la importancia de respetar las DAV y formalizar las preferencias del paciente.
Ind3	3.1. Actualmente existe un plan, programa, política o estrategia nacional de CP. 3.2. El plan nacional de CP (o programa o estrategia o legislación) es independiente.	4 4	Realizado en los últimos 5 años y evaluado o auditado activamente. Existe un plan nacional independiente de cuidados paliativos y/o existe una ley/legislación/decretos gubernamentales nacionales sobre CP.	En Brasil, la Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) fue aprobada el 7 de mayo de 2024 mediante la Portaria GM/MS N° 3.681, con el objetivo de integrar los CP en el Sistema Único de Salud (SUS), priorizando a pacientes con enfermedades crónicas, terminales o que requieren cuidados prolongados. Aunque la política cuenta con presupuesto asignado y un marco de evaluación, su implementación aún está en curso y no ha sido completamente auditada. Antes de esta política, ya existían normativas como la Resolución N° 41 de 2018 y las Portarias N° 874 de 2013 y N° 483 de 2014, que establecían directrices para la incorporación de cuidados paliativos, principalmente en pacientes con cáncer y enfermedades crónicas. La PNCP se ejecutará por fases, con la participación de gobiernos y equipos de salud en todos los niveles. El Ministerio de Salud será responsable del monitoreo y evaluación, con indicadores establecidos en los artículos 34, 35 y 36.

3.3. Existen mecanismos para supervisar y evaluar los progresos, con objetivos medibles.	2 Existen mecanismos para supervisar y evaluar los progresos con objetivos claros, pero aún no se han puesto en práctica.	
Ind4	3 Incluidos en la lista esencial de servicios reconocidos por un decreto o ley gubernamental pero no en la ley general de sanidad.	La PNCP de Brasil establece la integración de los CP en los servicios de salud, incluyendo la Atención Primaria de Salud (APS), pero aún no se ha asignado un presupuesto específico para su implementación. Según el Art. 9 de la Portaria N° 3.681, los CP deben brindarse a través de equipos de salud en unidades básicas, domicilios y territorios, aunque no se priorizan formalmente como un servicio exclusivo dentro de la APS. El Equipo Asistencial de CP (EACP), un equipo multidisciplinario a nivel municipal, tiene la responsabilidad de proporcionar apoyo asistencial en diversos puntos de la Red de Atención a la Salud (RAS), incluida la APS. Aunque los CP son parte de la atención primaria, aún no están reconocidos oficialmente como un servicio prioritario dentro de la cobertura sanitaria universal, aunque se espera que la PNCP permita su consolidación en la APS a nivel nacional.
Ind5	3 La entidad de coordinación tiene una estructura incompleta (falta una sección científica o técnica). 3 No tiene autoridad o recursos adecuados (presupuesto, personal, etc.)	En Brasil, la coordinación nacional de la PNCP está a cargo de la Secretaría de Atención Especializada en Salud (SAES) del Ministerio de Salud. No obstante, los detalles sobre la estructura organizativa, los roles específicos y el presupuesto asignado para su implementación y monitoreo no se encuentran disponibles en las fuentes oficiales del Ministerio de Salud. La política cuenta con un presupuesto anual de 887 millones de Reales brasileños, destinado a los equipos de CP habilitados a partir de enero de 2025, el cual se distribuirá en función de criterios poblacionales y el número de camas hospitalarias del SUS. Aunque existe una coordinación, la implementación de la PNCP enfrenta limitaciones, tanto en la formación del equipo como en los recursos presupuestarios actuales.

Ind6

Existencia de congresos, eventos o reuniones científicas a nivel nacional relacionadas específicamente con CP.



Al menos un congreso nacional dedicado específicamente a los cuidados paliativos cada 3 años.

En Brasil, se han realizado diversos eventos científicos nacionales e internacionales sobre CP. El Congreso Brasileño de CP, organizado cada dos años por la Academia Nacional de CP (ANCP), celebró su décima edición del 13 al 16 de noviembre de 2024, reuniendo a participantes de todo el país. El Instituto Premier también organiza el Encuentro Brasileño de Servicios CP en años impares, con su sexta edición realizada en 2023. Además, el Instituto Paliar participa en eventos internacionales, como el Curso Internacional Avanzado de CP, y se celebra el Congreso de CP del Mercosur, organizado por Cuidativa (Universidad Federal de Pelotas - UFPEL), con una frecuencia bianual.

Ind7

Investigación sobre CP en el país estimada por artículos publicados revisados por pares.



Escaso o muy bajo: Indica un número mínimo o inexistente de artículos publicados sobre el tema en ese país.

En los últimos años, se creó el Latin American Journal of Palliative Care, una iniciativa de la Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Entre 2019 y 2024, se identificaron 248 artículos revisados por pares asociados con investigadores brasileños. En las bases de datos PUBMED y Scielo, se encontraron 24 y 34 artículos, respectivamente, publicados en los últimos cinco años.

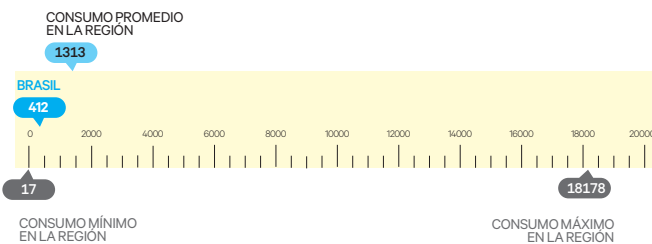
Ind8

Consumo anual notificado de opioides (excluida la metadona).

Consumo promedio de opioides, en dosis diarias definidas para fines estadísticos (S-DDD) por millón de habitantes por día.



PAÍS VS REGIÓN



Ind9

9.1. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas urbanas que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista de Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.



Poco: entre 10% a 30%.

9.2. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas rurales que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS).



Muy poco: entre 0% a 10%.

En Brasil, el acceso a medicamentos esenciales en atención primaria está marcado por desigualdades regionales, con mayor disponibilidad en estados más ricos y una cobertura deficiente en áreas rurales o de bajos ingresos, como Tocantins. Aunque desde 2018 se monitorea la asistencia farmacéutica en los 5.570 municipios, persisten brechas significativas. El SUS enfrenta dificultades en la provisión de medicamentos para CP, incluidos los opioides, y no todos los municipios tienen acceso a farmacias especializadas. A pesar de algunas farmacias de alto costo en ciertos estados, los procesos de acceso pueden ser lentos y burocráticos. Solo el 50% de los medicamentos de la lista básica de la OMS están disponibles en el SUS, y las limitaciones son más evidentes en la atención primaria. Aunque iniciativas como farmacias digitales intentan mejorar el acceso, un 12% de los servicios de CP reporta dificultades, especialmente en zonas desfavorecidas.

Ind10

10.1. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas urbanas que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy poco: entre 0% a 10%.

10.2. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas rurales que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy poco: entre 0% a 10%.

En Brasil, el acceso a opioides en atención primaria es restringido, ya que estos medicamentos no están disponibles en las farmacias de las Unidades Básicas de Salud, requiriendo que los pacientes acudan a farmacias especializadas o hospitales para obtener morfina y otros opioides. A pesar de su disponibilidad en farmacias privadas, el sistema público enfrenta desafíos en su distribución. Con un consumo de solo de 412 S-DDD por millón de habitantes por día, Brasil se encuentra entre los países con menor consumo global. Aunque actualmente la morfina sigue siendo rara en dichas instalaciones, se espera que el PNCP potencie el acceso a estos fármacos, así como la formación de los médicos en la prescripción de opioides.

Ind11

- 11.1. Proporción de facultades de medicina que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de medicina en el país.
- 11.2. Proporción de facultades de medicina con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de medicina en el país.
- 11.3. Proporción de facultades de enfermería que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de enfermería en el país.
- 11.4. Proporción de facultades de enfermería con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

27/315

17/315

95/729

29/729



La inclusión de los CP en los programas de medicina y enfermería es limitada. De las 315 escuelas de medicina, más del 60% son privadas. Según datos de 2021, solo el 14% incluye CP en su currículo, y el 8.6% ofrece esta materia como obligatoria. En 2022, el Ministerio de Educación incorporó los CP en las directrices curriculares nacionales de medicina, con obstáculos como la falta de recursos y personal capacitado. En enfermería no se disponen de cifras exactas, se sabe que existen 729 facultades. En una revisión de 2018, de 64 programas de universidades federales, solo 11 mencionaban CP y solo 1 lo tenía como obligatorio. Un estudio de 2021 en Rio Grande do Sul reveló que solo 4 programas ofrecían CP de forma obligatoria y 1 como optativa. En 2023, una revisión documental identificó que 13 de 30 cursos de enfermería incluían CP, 6 eran obligatorios. Los valores recabados sobre las facultades de enfermería actualmente y los contenidos obligatorios y optativos de CP surgen de un estudio no publicado en el momento de la recogida de los datos, pero validado por la ANCP.

Ind12

- Existencia de proceso de especialización oficial en medicina paliativa para médicos, reconocida por la autoridad competente del país.



La medicina paliativa es una especialidad o subespecialidad (u otra denominación equivalente) reconocida por las autoridades nacionales competentes.

En 2011, la Resolución 1973/201 del Consejo Federal de Medicina permitió el desarrollo de la subespecialidad en Medicina Paliativa. Desde entonces, existen 17 programas de residencia en Medicina Paliativa, incluida una especialización en cuidados paliativos pediátricos (CPP), que han formado alrededor de 200 médicos hasta 2022. Estos programas, registrados en el Ministerio de Educación, ofrecen una formación de dos años desde 2023. Además, la Asociación Médica Brasileña organiza un examen anual de suficiencia para certificar a médicos como especialistas en CP, siempre que cumplan con los requisitos de formación en áreas base o finalicen un programa de residencia. En marzo de 2024, la ANCP solicitó el reconocimiento oficial de la Medicina Paliativa como especialidad médica. Sin embargo, persiste la ausencia de programas en algunos estados.

Ind13

- 13.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.
- 13.2. Disponibles en hospitales (públicos o privados) como equipos hospitalarios de CP (equipos de consulta) o unidades de CP (con camas), por citar algunos ejemplos.
- 13.3. Hospicios independientes (incluidos los hospicios con camas de hospitalización).
- 13.4. Los equipos de atención domiciliaria (especializados en CP) están disponibles en la comunidad (o en la atención primaria), como servicios independientes o vinculados a hospitales u hospicios.
- 13.5. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país.



Prestación generalizada: Existe en muchas partes del país, pero con algunas lagunas.



En un número creciente de hospitales públicos.



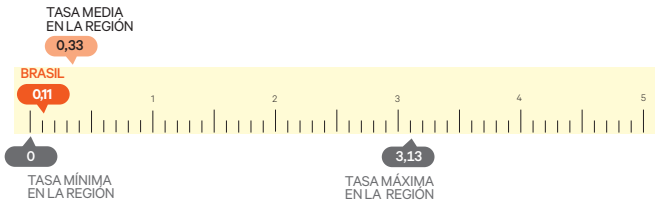
En algunas partes del país.



En algunas partes del país.

Brasil cuenta con 234 servicios, con una notable distribución geográfica desigual. La región Sudeste concentra el 48.1% de estos servicios, favorecida por su desarrollo económico. Según el último Atlas de CP de la ANCP, el 80.3% de los servicios cuentan con profesionales dedicados exclusivamente a CP, mientras que el 19.7% combina funciones con otras actividades dentro de las instituciones. En 2023, la plataforma SELFIE permitió mapear estos servicios mediante una metodología participativa y accesible, ofreciendo información gratuita sobre su localización a través de un mapa en línea.

TASA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CP/100.000 HAB.



234

← SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Ind14

- 14.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.
- 14.2. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos.



Prestación aislada: Existe, pero sólo en algunas zonas geográficas.

90

CPP EQUIPOS

En Brasil, 96 (41%) de los 234 servicios CP identificados en el Atlas de la ANCP están destinados a la población pediátrica, aunque solo unos 90 se especializan exclusivamente en CCPP. La mayoría de estos servicios se han establecido después de 2010, con una alta concentración en la región Sudeste (57.9%). Se encuentran principalmente en hospitales públicos (62.2%) y en centros de atención terciaria (63.3%), con una capacidad hospitalaria de hasta cien camas en el 70% de los casos. En términos de personal, el 97.8% de los servicios cuenta con al menos un médico especializado, aunque solo el 75.5% de estos dedica tiempo exclusivo a los CPP.



Datos generales

POBLACIÓN, 2024:
19.764.771

SUPERFICIE KM², 2022:
756.700

MÉDICOS/AS/1000 HAB, 2022:
3,17

ENFERMERO/AS/1000 HAB, 2021-2022:
1,45

Datos socioeconómicos

NIVEL DE INGRESOS DEL PAÍS, 2022:
Alto

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO, 2021:
45

PIB PER CÁPITA (US\$), 2023:
17067,81

GASTO EN SALUD PER CÁPITA (US\$), 2021:
1.518,04

COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL, 2021:
82



MARCODE LA OMS PARA EL DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

- A EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES
- B POLÍTICAS DE SALUD
- C INVESTIGACIÓN
- D USO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES
- E EDUCACIÓN Y FORMACIÓN
- F PRESTACIÓN DE CP



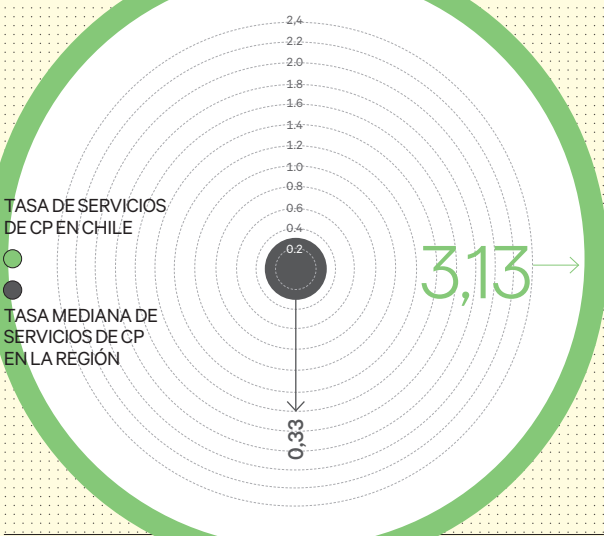
chile

F Prestación de CP (Servicios Especializados)

Número Total de Servicios de CP Especializados
614

Tasa de Servicios de CP por cada 100.000 habitantes
3,13

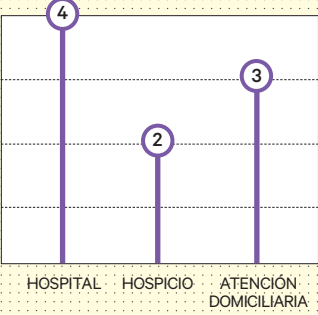
Chile en el contexto de la región



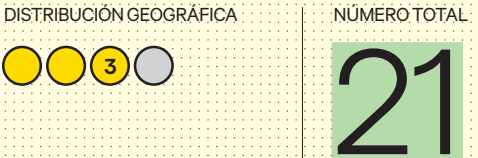
Distribución geográfica e integración de los servicios de CP



Nivel de desarrollo de los distintos tipos de servicios de CP



Servicios de CP Pediátricos

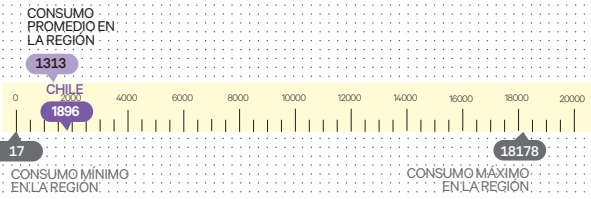


Chile

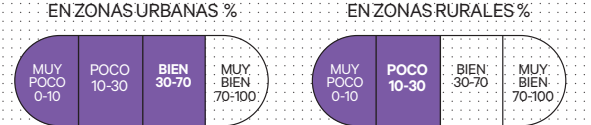
D Uso de medicamentos esenciales

Consumo de opioides (excluyendo metadona)
1896
S-DDD POR MILLÓN HAB/DÍA

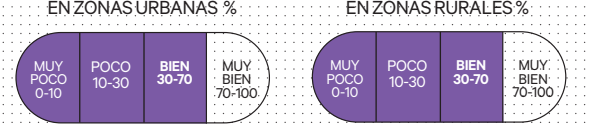
Chile en el contexto de la región



Disponibilidad general de medicamentos esenciales para el dolor y los CP en el primer nivel de atención



Disponibilidad general de morfina oral de liberación inmediata en el primer nivel de atención



C Investigación

Artículos de investigación relacionados con los CP
2

Existencia de congresos o reuniones científicas
4



Consultores: Alfredo Rodríguez-Núñez, Carolina Valdebenito, Claudio Robles, Dayane Köpfer, Harry Macías, Pilar Bonati.

Asociación Nacional de CP: Sociedad Médica de Cuidados Paliativos, Sociedad Chilena de Enfermería Oncológica, Asociación Chilena Para el Estudio del Dolor y CP, la Sociedad Científica de Enfermería Paliativa.

Fecha de recolección de datos: Abril-Junio 2024

Informe validado por consultores: Sí

Informe aprobado por la Asociación Nacional: Sí

Edición: Editado por el Equipo de Investigación ATLANTES (Universidad de Navarra, España).

E Educación y formación

Facultades de medicina con enseñanza obligatoria de CP
1/21

Escuelas de enfermería con enseñanza obligatoria de CP
30/35

Reconocimiento de la especialidad en CP
4

B Políticas

Plan o estrategia nacional de CP
3

Autoridad responsable de los CP en el Ministerio de Salud
3

Inclusión de los CP en el paquete básico de salud en el nivel de atención primaria
4

A Empoderamiento de las personas y las comunidades

Grupos que promueven los derechos de los pacientes
4

Políticas relacionadas con la planificación anticipada de cuidados
4

Ind1	Existencia de grupos dedicados a promover los derechos de los pacientes que necesitan CP, de sus cuidadores y de los supervivientes a la enfermedad.	4	Fuerte presencia nacional y subnacional de la defensa de los cuidados paliativos y promoción de los derechos de los pacientes.	En la República de Chile, diversas organizaciones apoyan los derechos de los pacientes en CP y sus cuidadores, entre ellas la Sociedad Médica de CP (2019), la Sociedad Chilena de Enfermería Oncológica (2018), la Asociación Chilena Para el Estudio del Dolor y CP (ACHED-CP)(1989) y la Sociedad Científica de Enfermería Paliativa (SOCEP). Fundaciones como GIST Chile, Fundación Nuestros Hijos y Fundación Casa Familia ofrecen atención paliativa a pacientes con cáncer raro y niños con cáncer. Además, la Corporación nacional del Cáncer (CONAC) promueve los derechos de los pacientes oncológicos. Otras entidades como la Agrupación Padres de Niños con Cáncer, OncoMamas, Fundación Vivir Más Feliz y Cancervida brindan apoyo emocional y formación en CP. Iniciativas como Hospice Clínica Familia, Fundación RAFA y Paliativos Ahora también contribuyen a este ámbito. Si bien muchas de estas organizaciones iniciaron con un enfoque en oncología, actualmente promueven la universalidad de los CP.
	1.1 Asociaciones de profesionales de CP a la enfermedad: Sí			
Ind2	1.2 Asociaciones civiles, de pacientes, de familiares o voluntarios focalizados en los CP: Sí			
	¿Existe una política o directriz nacional sobre voluntades anticipadas o planificación compartida de decisiones?	4	Existe una política nacional sobre planificación compartida de decisiones anticipadas.	En Chile, el Decreto del Ministerio de Salud (MINSAL) N°41/2023 establece regulaciones sobre CP y los derechos de las personas con enfermedades terminales o graves, incluyendo la posibilidad de expresar voluntades anticipadas. Esta normativa permite que los pacientes decidan sobre la aceptación o rechazo de tratamientos que prolonguen artificialmente su vida, manteniendo solo medidas de soporte ordinario. Actualmente, el reglamento está en proceso de implementación. Las voluntades anticipadas están contempladas en la Ley de CP de 2023, y el MINSAL ha desarrollado directrices específicas para su aplicación.
Ind3	3.1. Actualmente existe un plan, programa, política o estrategia nacional de CP.	3	Realizado en los últimos 5 años, pero no evaluado o auditado activamente.	En Chile, el PNCP gestionado por el MINSAL, es parte de la estrategia de salud pública del país. Comenzó en 2005 con el Decreto GES 04 para pacientes con cáncer y ha evolucionado hacia su universalización con la Ley N°21.375 de 2021. El MINSAL ha elaborado guías clínicas y protocolos para respaldar la atención. La evaluación de la implementación del programa en 2024 está pendiente y se realizará a través de una auditoría activa. Para garantizar su efectividad, se utilizan mecanismos de monitoreo como indicadores de desempeño, registros, evaluaciones, encuestas de satisfacción, informes anuales y comités de supervisión. Mientras que los CP oncológicos se evalúan anualmente, los CP no oncológicos, que se implementaron en 2023, aún se encuentran en proceso de implementación.
	3.2. El plan nacional de CP (o programa o estrategia o legislación) es independiente.	4	Existe un plan nacional independiente de cuidados paliativos y/o existe una ley/legislación/decretos gubernamentales nacionales sobre CP.	

3.3. Existen mecanismos para supervisar y evaluar los progresos, con objetivos medibles.	4 Los indicadores para el monitoreo y evaluación del progreso son aplicados actualmente.	
Ind4 Los servicios de CP se incluyen en la lista de servicios prioritarios para la cobertura sanitaria universal en la atención primaria del Sistema Nacional de Salud.	4 Los cuidados paliativos se incluyen en la lista de prestaciones sanitarias de atención primaria de la ley general de sanidad.	Desde la promulgación de la Ley de CP Universales en 2021, los servicios de CP han sido incorporados en la atención primaria de salud, reconociéndolos como un componente prioritario dentro de la cobertura sanitaria universal. Esta integración se encuentra respaldada por la legislación vigente, reflejada en la Ley N°21.375, el Decreto 41 de 2023 y las orientaciones técnicas específicas para su implementación. Los documentos normativos relevantes proporcionan directrices claras para la implementación y desarrollo de estos servicios dentro del sistema de salud pública del país.
Ind5 5.1. ¿Existe una autoridad nacional de coordinación de los CP dentro del Gobierno o del Ministerio de Salud? 5.2. La autoridad nacional de coordinación dispone de autoridad, presupuesto y personal adecuados.	3 La entidad de coordinación tiene una estructura incompleta (falta una sección científica o técnica). 3 No tiene autoridad o recursos adecuados (presupuesto, personal, etc.)	En Chile, la coordinación de los CP está distribuida entre diversas divisiones del MINSAL, con representantes en atención primaria, gestión de redes asistenciales y prevención de enfermedades. No obstante, existen dos dependencias separadas para CP oncológicos y no oncológicos, lo que dificulta la interacción entre ambas. Aunque se cuenta con personal técnico en ambos programas, la falta de un comité científico formal y una estrategia de evaluación adecuada, especialmente en el programa no oncológico, limita su efectividad. A pesar de que la autoridad nacional tiene presupuesto y personal asignado en ambos departamentos, el monto es insuficiente y está condicionado por factores del sistema de salud general, lo que genera disparidades en la asignación de recursos entre los CP oncológicos y universales.

Ind6

Existencia de congresos, eventos o reuniones científicas a nivel nacional relacionadas específicamente con CP.



Al menos un congreso nacional dedicado específicamente a los cuidados paliativos cada 3 años.

En Chile, se celebran diversos congresos y eventos científicos centrados en los CP. El Congreso Nacional de la Sociedad Médica CP se lleva a cabo bienalmente, con su tercera edición realizada en 2023. Asimismo, desde 2023, se realiza el Congreso Nacional de la Sociedad Científica de Enfermería Paliativa. Además, se organizan otras jornadas y simposios, como las Jornadas de CP del Norte, apoyadas por la Sociedad Médica de CP y MEDOPAL, así como el Congreso de la ACHED-CP, que tiene lugar cada tres años. También, proveedores privados y otras entidades realizan eventos como la Jornada Vanguardia en CP Universales.

Ind7

Investigación sobre CP en el país estimada por artículos publicados revisados por pares.



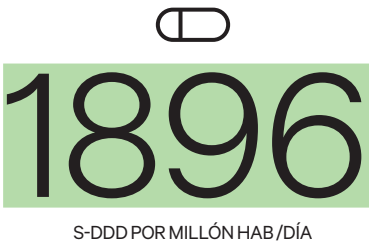
Bajo: Refleja un número limitado de artículos publicados.

A pesar de algunos ejemplos destacados de investigación, la producción científica respecto a CP en general es limitada. La mayoría de los equipos en el país tienen un enfoque meramente clínico, lo que dificulta su dedicación a la investigación académica.

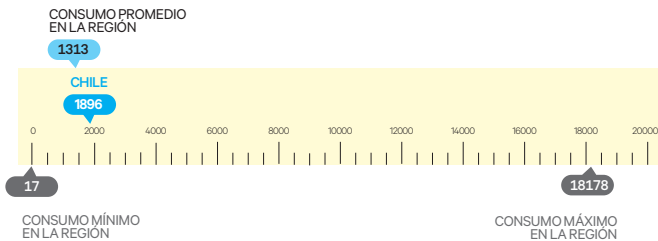
Ind8

Consumo anual notificado de opioides (excluida la metadona).

Consumo promedio de opioides, en dosis diarias definidas para fines estadísticos (S-DDD) por millón de habitantes por día.



PAÍS VS REGIÓN



Ind9

9.1. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas urbanas que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista de Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.



Bueno: entre 30% a 70%.

9.2. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas rurales que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS).



Poco: entre 10% a 30%.

La disponibilidad de medicamentos esenciales para el dolor y los CP en centros de baja complejidad en Chile varía significativamente entre áreas urbanas y rurales. En las zonas urbanas, el sector público asegura un acceso generalmente adecuado, mientras que el sector privado enfrenta obstáculos relacionados con los costos, la disponibilidad en farmacias y las limitaciones en la prescripción. En las zonas rurales, el acceso resulta aún más restringido debido a barreras geográficas y a la falta de infraestructura, ya que depende de envíos desde centros de mayor complejidad. Además, la ausencia de un registro estadístico centralizado y las inconsistencias en la implementación de los programas agravan las desigualdades en el acceso. Aunque el MINSAL ha establecido guías técnicas, la falta de datos oficiales específicos sobre la accesibilidad en estos centros continúa limitando el acceso efectivo a los medicamentos necesarios.

Ind10

10.1. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas urbanas que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Bueno: entre 30% a 70%.

10.2. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas rurales que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Bueno: entre 30% a 70%.

La información recopilada evidencia discrepancias en el acceso a la morfina oral de liberación inmediata en los centros de atención primaria en Chile, tanto en zonas urbanas como rurales. En las áreas urbanas, se estima una cobertura generalmente buena, respaldada por la Ley de Cuidados Paliativos Universales que exige la disponibilidad de morfina oral. Sin embargo, su implementación es desigual, y aunque muchos centros cuentan con opioides, la morfina es menos accesible. En las zonas rurales, aunque se destaca una buena provisión territorial, se identifican barreras significativas como limitaciones geográficas y logísticas; en algunas áreas, sólo se dispone de tramadol. Además, en ciertos centros con acceso adecuado, la normativa está aún en proceso de implementación. Esto refleja que, a pesar de los esfuerzos legislativos para garantizar un acceso amplio, las condiciones locales continúan afectando considerablemente la cobertura efectiva.

Ind11

11.1. Proporción de facultades de medicina que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de medicina en el país.

1/21



En Chile, de las 21 facultades de medicina existentes, solo una ofrece CP como curso obligatorio independiente (5%). Aproximadamente el 43% ofrece cursos electivos en esta área, generalmente en los años clínicos, con predominancia de metodología teórica y algunas rotaciones clínicas. Por otro lado, en las 35 escuelas de enfermería, el 86% incorpora formación obligatoria en CP, en su mayoría teórica y en los años clínicos. De estas, el 55% ofrece este tema como curso independiente, mientras que el 63% lo integra en otros cursos. Solo el 18% incluye rotaciones clínicas, y un 11% ofrece internados. Además, el 31% de las escuelas ofrece asignaturas electivas en CP, con una enseñanza predominantemente teórica y algunas oportunidades de rotación práctica.

11.2. Proporción de facultades de medicina con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de medicina en el país.

9/21

11.3. Proporción de facultades de enfermería que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

30/35

11.4. Proporción de facultades de enfermería con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

11/35

Ind12

Existencia de proceso de especialización oficial en medicina paliativa para médicos, reconocida por la autoridad competente del país.



La medicina paliativa es una especialidad o subespecialidad (u otra denominación equivalente) reconocida por las autoridades nacionales competentes.

En Chile, la subespecialidad de Medicina Paliativa fue reconocida por la Corporación Nacional de Especialidades Médicas (CONACEM) en 2021. Actualmente, la Pontificia Universidad Católica de Chile es la única institución que ofrece un programa de subespecialización en Medicina Paliativa, que incluye formación clínica e investigación. La subespecialidad incluye al menos cinco años de práctica en una Unidad de Medicina Paliativa y un examen práctico y oral. La certificación es validada por CONACEM y cuenta con el respaldo del MINSAL y la Superintendencia de Salud, autoridades competentes para oficializar las especialidades médicas en el país.

Ind13

13.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.



Prestación generalizada: Existe en muchas partes del país, pero con algunas lagunas.

13.2. Disponibles en hospitales (públicos o privados) como equipos hospitalarios de CP (equipos de consulta) o unidades de CP (con camas), por citar algunos ejemplos.



En la mayoría/todos los hospitales de alguna manera.

13.3. Hospicios independientes (incluidos los hospicios con camas de hospitalización).



En algunas partes del país.

13.4. Los equipos de atención domiciliaria (especializados en CP) están disponibles en la comunidad (o en la atención primaria), como servicios independientes o vinculados a hospitales u hospicios.



En muchas partes del país.

13.5. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país.

Ind14

14.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.



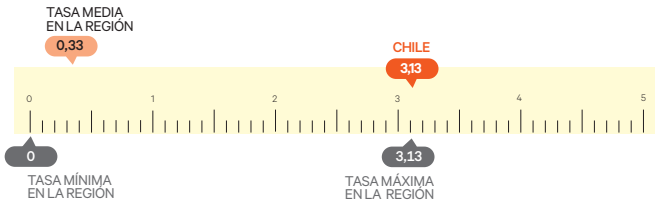
Prestación generalizada: Existe en muchas partes del país, pero con algunas lagunas.

14.2. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos.

21
CPP EQUIPOS

El PNCP en Chile, gestionado por el MINSAL, abarca tanto el sector público como el privado. En 2024, se registran 614 servicios de CP en Chile, de los cuales 342 son equipos de atención domiciliaria para CP no oncológicos y 21 son servicios pediátricos. Según el censo de la Universidad Católica de Chile del 2021 hay 136 unidades de baja complejidad para pacientes oncológicos y 115 unidades de mayor complejidad. Dentro de las unidades de mayor complejidad, 89 se encuentran en hospitales de alta complejidad y 26 en hospitales de mediana complejidad. De este total, 39 son unidades especializadas.

TASA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CP/100.000 HAB.



614

← SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

La Ley de CP Universales (Ley N°21.375) en Chile garantiza que los CPP sean proporcionados en hospitales de nivel secundario, con el fin de mejorar la calidad de vida de los niños y sus familias. En el país, existen 21 servicios de CPP dentro de un total de 614 servicios de CP. Muchas de estas unidades son mixtas, atendiendo tanto a niños como a adultos. El MINSAL informa que hay 11 unidades especializadas en CPP, que brindan atención integral a niños con enfermedades graves y terminales exclusivamente, operando bajo un protocolo común desde 2003. Estas unidades se encuentran en hospitales de diferentes niveles de complejidad, incluyendo dos en Santiago, en el Hospital Roberto del Río y el Hospital Luis Calvo Mackenna.



Datos generales

POBLACIÓN, 2024:
52.886.363

SUPERFICIE KM², 2022:
1.140.619

MÉDICOS/AS /1000 HAB, 2022:
N/D

ENFERMERO/AS /1000 HAB, 2021-2022:
6,03

Datos socioeconómicos

NIVEL DE INGRESOS DEL PAÍS, 2022:
Mediano alto

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO, 2021:
83

PIB PER CÁPITA (US\$), 2023:
6947,36

GASTO EN SALUD PER CÁPITA (US\$), 2021:
557,54

COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL, 2021:
80



MARCO DE LA OMS PARA EL DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

- ① EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES
- ② POLÍTICAS DE SALUD
- ③ INVESTIGACIÓN
- ④ USO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES
- ⑤ EDUCACIÓN Y FORMACIÓN
- ⑥ PRESTACIÓN DE CP

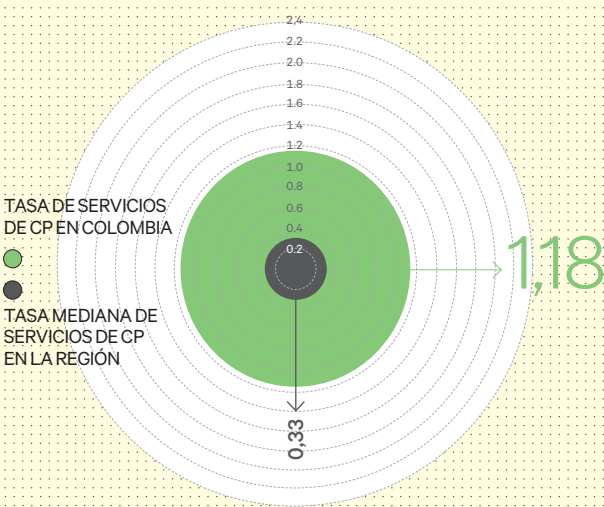


Colombia

F Prestación de CP (Servicios Especializados)



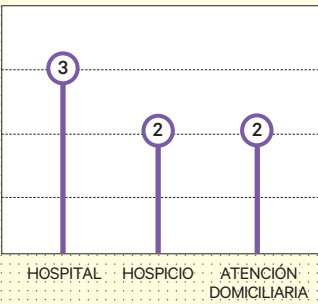
Colombia en el contexto de la región



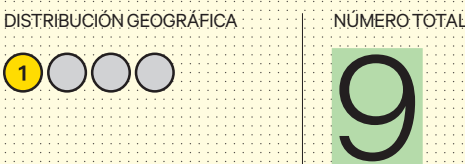
Distribución geográfica e integración de los servicios de CP



Nivel de desarrollo de los distintos tipos de servicios de CP



Servicios de CP Pediátricos

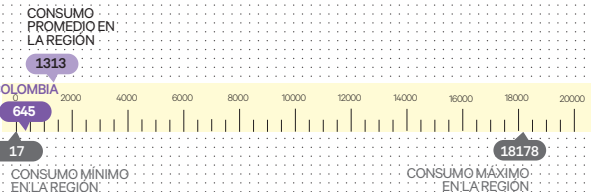


Colombia

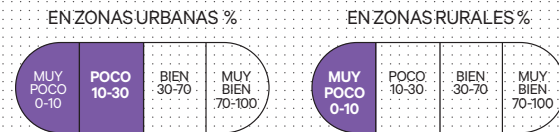
D Uso de medicamentos esenciales



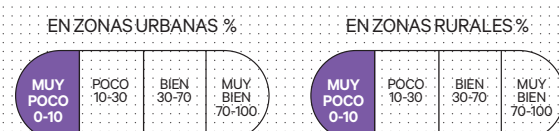
Colombia en el contexto de la región



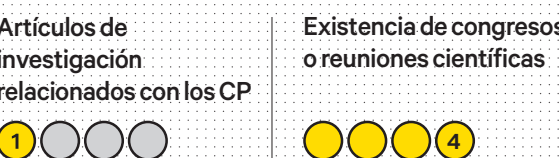
Disponibilidad general de medicamentos esenciales para el dolor y los CP en el primer nivel de atención



Disponibilidad general de morfina oral de liberación inmediata en el primer nivel de atención



C Investigación



Consultores: Juan Esteban Correa-Morales, María Alejandra Umbacía Parra, María Isabel Cuervo Suarez, Nidia Mantilla Manosalva, Santiago Guadarrama Vega.

Asociación Nacional de CP: Asociación Colombiana de CP (ACCP), Asociación CP de Colombia (ASOCUPAC).

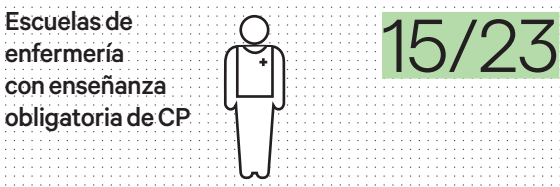
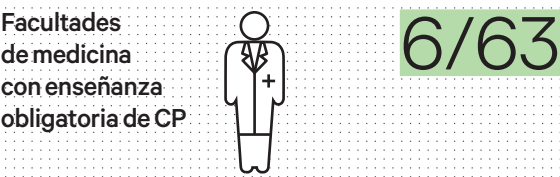
Fecha de recolección de datos: Abril-Junio 2024

Informe validado por consultores: Sí

Informe aprobado por la Asociación Nacional: Sí

Edición: Editado por el Equipo de Investigación ATLANTES (Universidad de Navarra, España).

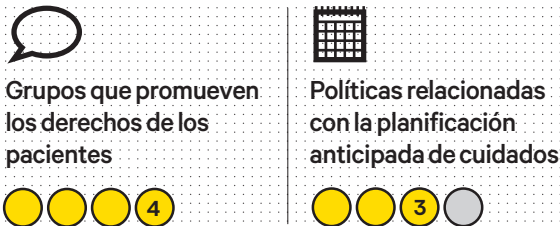
E Educación y formación



B Políticas



A Empoderamiento de las personas y las comunidades



Ind1	Existencia de grupos dedicados a promover los derechos de los pacientes que necesitan CP, de sus cuidadores y de los supervivientes a la enfermedad.	4	Fuerte presencia nacional y subnacional de la defensa de los cuidados paliativos y promoción de los derechos de los pacientes.	En República de Colombia, diversas asociaciones promueven la defensa de los CP y los derechos de los pacientes. La Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos (ACCP) asesora al Ministerio de Salud, organiza cursos de actualización y congresos para profesionales de la salud. La Asociación CP de Colombia (ASOCUPAC), entidad no gubernamental, también asesora al Ministerio y promueve políticas sanitarias claras. La Asociación Colombiana de Medicina Domiciliaria defiende los derechos de los pacientes y el Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos (OCCP) recopila y difunde información sobre el desarrollo de estos cuidados en el país. Organizaciones civiles como Presentes, los Voluntarios de Apoyo Humanitario y las Comunidades Compasivas, también apoyan la promoción de los derechos de los pacientes y brindan atención emocional, práctica y comunitaria.
	1.1 Asociaciones de profesionales de CP a la enfermedad: Sí			
Ind2	1.2 Asociaciones civiles, de pacientes, de familiares o voluntarios focalizados en los CP: Sí			
	¿Existe una política o directriz nacional sobre voluntades anticipadas o planificación compartida de decisiones?	3	Existen políticas o directrices nacionales sobre testamentos vitales sobre decisiones anticipadas.	En Colombia, la política nacional sobre el derecho a expresar la voluntad establece que las Directivas Anticipadas permiten a los pacientes participar en decisiones relacionadas con su atención y cuidado en situaciones de incapacidad para expresar su voluntad. La Ley 1733 de 2014, conocida como la “Ley Consuelo Devis Saavedra”, regula los servicios de CP y otorga a los pacientes el derecho a suscribir un Documento de Voluntades Anticipadas (DVA). Este documento puede formalizarse ante un notario, ante el médico tratante o ante dos testigos, siempre cumpliendo con los requisitos legales. No obstante, estudios previos indican que solo el 10,5% de las instituciones cuentan con formularios de DVA.
Ind3	3.1. Actualmente existe un plan, programa, política o estrategia nacional de CP.	4	Realizado en los últimos 5 años y evaluado o auditado activamente.	Colombia cuenta con una sólida legislación en CP, establecida por la Ley 1733 de 2014 (Ley Consuelo Devis Saavedra), que regula los servicios para pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles, con un enfoque en la mejora de la calidad de vida del paciente. Sin embargo, la implementación de estos servicios está concentrada en las grandes ciudades, limitando el acceso en áreas rurales y pueblos pequeños, donde los pacientes deben trasladarse a centros de alta complejidad. La ley otorga derechos fundamentales a los pacientes, como el acceso a CP, la información sobre su salud, una segunda opinión médica, la firma de un DVA y participación activa en el proceso de atención. Además, el PNCP está en proceso de implementación, coordinado por el Observatorio Colombiano de CP, e involucra a diversos actores para garantizar la dignidad y el bienestar de los pacientes y sus familias.
	3.2. El plan nacional de CP (o programa o estrategia o legislación) es independiente.	4	Existe un plan nacional independiente de cuidados paliativos y/o existe una ley/legislación/decretos gubernamentales nacionales sobre CP.	

3.3. Existen mecanismos para supervisar y evaluar los progresos, con objetivos medibles.	3 Los mecanismos existen, pero no han sido actualizados (aplicados fuera del periodo determinado).	
Ind4 Los servicios de CP se incluyen en la lista de servicios prioritarios para la cobertura sanitaria universal en la atención primaria del Sistema Nacional de Salud.	3 Incluidos en la lista esencial de servicios reconocidos por un decreto o ley gubernamental pero no en la ley general de sanidad.	En Colombia, dos leyes clave regulan la atención en CP: la Ley 1384 de 2010 (Ley Sandra Ceballos), que establece acciones para la atención integral del cáncer, incluyendo CP, y la Ley 1733 de 2014 (Ley Consuelo Devis Saavedra), que regula los CP para pacientes con enfermedades terminales, crónicas e irreversibles, priorizando la calidad de vida. Sin embargo, existen vacíos significativos en su inclusión dentro de las políticas de salud pública, como la omisión de los CP en los Lineamientos Generales para el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y en la Ley 1438 de 2011, que fortalece el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los desafíos incluyen la falta de herramientas técnicas para la implementación, deficiencias en la formación de cuidadores, escasez de talento especializado, y una oferta limitada de capacitación y atención domiciliaria.
Ind5 5.1. ¿Existe una autoridad nacional de coordinación de los CP dentro del Gobierno o del Ministerio de Salud? 5.2. La autoridad nacional de coordinación dispone de autoridad, presupuesto y personal adecuados.	3 La entidad de coordinación tiene una estructura incompleta (falta una sección científica o técnica). 1 No tiene autoridad o recursos adecuados (presupuesto, personal, etc.).	En Colombia, el Ministerio de Salud cuenta con el coordinador del Grupo de Gestión Integral de Enfermedades Cardiovasculares, Salud Oral, Cáncer y otras condiciones crónicas, bajo el cual opera la Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Esta subdirección gestiona las necesidades de los pacientes en CP. Sin embargo, la responsabilidad de la gestión de los CP recae en las autoridades locales y los aseguradores de salud, al no existir un departamento específico dedicado a los CP en el Ministerio de Salud.

AM

Colombia

Investigación

Ind6

Existencia de congresos, eventos o reuniones científicas a nivel nacional relacionadas específicamente con CP.



Al menos un congreso nacional dedicado específicamente a los cuidados paliativos cada 3 años.

En Colombia, se realizan anualmente eventos y congresos especializados en CP, organizados por las asociaciones del país. En marzo de 2024 se celebró el Congreso Latinoamericano de Cuidados Paliativos en Cartagena.

Ind7

Investigación sobre CP en el país estimada por artículos publicados revisados por pares.



Escaso o muy bajo: Indica un número mínimo o inexistente de artículos publicados sobre el tema en ese país.

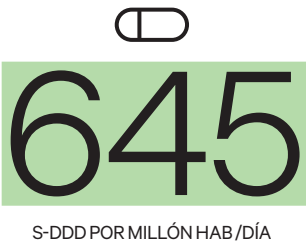
Colombia se destaca en Latinoamérica por su elevado número de publicaciones en CP, junto con países como Chile, Brasil y Argentina. En los últimos cinco años, se han registrado 180 artículos en la base de datos PubMed relacionados con CP en Colombia. Sin embargo, al ajustar por población, su nivel de desarrollo en este campo se considera emergente. Varios autores colombianos, como Liliana de Lima, Ximena García-Quintero y Tania Pastrana, no residen en el país, por lo que no todos sus trabajos fueron incluidos. Otros, como Miguel Antonio Sánchez-Cárdenas, Luisa Fernanda Rodríguez-Campos, Alicia Krikorian, Juan Esteban Correa-Morales, Marte León y José Andrés Calvache, han realizado investigaciones y análisis importantes en este campo.

Medicinas

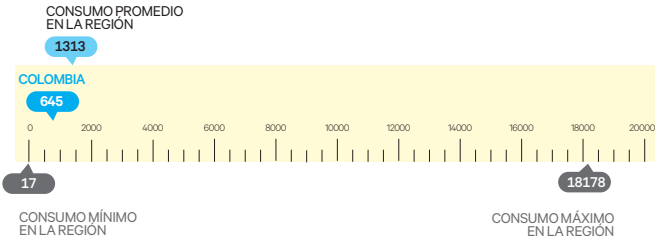
Ind8

Consumo anual notificado de opioides (excluida la metadona).

Consumo promedio de opioides, en dosis diarias definidas para fines estadísticos (S-DDD) por millón de habitantes por día.



PAÍS VS REGIÓN



AM

Colombia

Medicinas

Ind9

9.1. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas urbanas que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista de Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.



Poco: entre 10% a 30%.

La disponibilidad de medicamentos esenciales en Colombia, incluidos los opioides, muestra una distribución inequitativa entre los diferentes estados del país. Mientras que, en algunas regiones, particularmente en las grandes ciudades, la cobertura se acerca al 100%, en otras áreas la situación es considerablemente diferente, con una marcada escasez en varios niveles de atención. Esta disparidad ha sido documentada detalladamente en 2019 en un informe sobre la disponibilidad de opioides (Consumo de opioides: Análisis de su disponibilidad y acceso en Colombia), que resalta las dificultades significativas para acceder a estos medicamentos en diversas zonas del país.

9.2. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas rurales que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS).



Muy poco: entre 0% a 10%.

Ind10

10.1. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas urbanas que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy poco: entre 0% a 10%.

En Colombia, los médicos pueden prescribir medicamentos controlados, como los opioides, una vez completada su formación profesional, sin requerir cursos adicionales específicos para su prescripción. Aunque el gobierno ha implementado diversas iniciativas para mejorar el acceso a la atención médica en zonas rurales y remotas, estas medidas no han sido suficientes. Un informe sobre la disponibilidad y accesibilidad de opioides para el manejo del dolor y CP en el país (Consumo de opioides: Análisis de su disponibilidad y acceso en Colombia) revela que la morfina de liberación inmediata es uno de los opioides menos disponibles. El análisis indica que las razones para esta disponibilidad limitada fueron identificadas en 2008 y siguen siendo un desafío persistente.

10.2. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas rurales que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy poco: entre 0% a 10%.

Ind11

11.1. Proporción de facultades de medicina que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de medicina en el país.

6/63



En Colombia, de las 63 facultades de medicina registradas en la Academia Nacional de Medicina, 11 ofrecen enseñan CP. De estas, 6 incluyen la asignatura como obligatoria y 4 como electiva. En cuanto a enfermería, de las 23 facultades existentes, 15 enseñan CP de manera obligatoria y 8 de forma optativa.

11.2. Proporción de facultades de medicina con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de medicina en el país.

4/63

11.3. Proporción de facultades de enfermería que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

15/23

11.4. Proporción de facultades de enfermería con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

8/23

Ind12

Existencia de proceso de especialización oficial en medicina paliativa para médicos, reconocida por la autoridad competente del país.



La medicina paliativa es una especialidad o subespecialidad (u otra denominación equivalente) reconocida por las autoridades nacionales competentes.

En Colombia, existen varios programas de especialización en CP, tanto de primera como de segunda especialidad, ofrecidos por 9 facultades. Además, hay una facultad que ofrece un programa de especialización en CP Pediátricos.

Ind13

13.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.



Prestación generalizada: Existe en muchas partes del país, pero con algunas lagunas.

13.2. Disponibles en hospitales (públicos o privados) como equipos hospitalarios de CP (equipos de consulta) o unidades de CP (con camas), por citar algunos ejemplos.



En un número creciente de hospitales públicos.

13.3. Hospicios independientes (incluidos los hospicios con camas de hospitalización).



En algunas partes del país.

13.4. Los equipos de atención domiciliaria (especializados en CP) están disponibles en la comunidad (o en la atención primaria), como servicios independientes o vinculados a hospitales u hospicios.

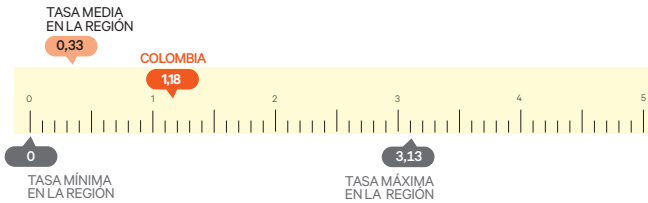


En algunas partes del país.

13.5. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país.

Según el Reporte Técnico 2022 del Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos, la distribución de estos servicios en Colombia es desigual, con una mayor concentración en las principales ciudades y una disponibilidad prácticamente nula en algunas regiones. A nivel nacional, se registran 627 servicios de CP, de los cuales 133 corresponden a atención domiciliaria y 9 están destinados a pacientes pediátricos, una oferta insuficiente para garantizar el acceso equitativo a la atención paliativa en el país.

TASA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CP/100.000 HAB.



627

← SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Ind14

14.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.



En el país no existen programas especializados en cuidados paliativos o éstos son mínimos.

14.2. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos.

9

CPP EQUIPOS

En Colombia, existen 9 equipos dedicados a CPP. En 2024, se estableció la primera especialidad en CP pediátricos, aunque el número de pediatras formados en esta área sigue siendo reducido.



Datos generales

POBLACIÓN, 2024:
5.129.910

SUPERFICIE KM², 2022:
51.100

MÉDICOS/AS /1000 HAB, 2022:
2,64

ENFERMERO/AS /1000 HAB, 2021-2022:
N/D

Datos socioeconómicos

NIVEL DE INGRESOS DEL PAÍS, 2022:
Mediano alto

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO, 2021:
62

PIB PER CÁPITA (US\$), 2023:
16942,03

GASTO EN SALUD PER CÁPITA (US\$), 2021:
948,92

COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL, 2021:
81



EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES
POLÍTICAS DE SALUD
INVESTIGACIÓN
USO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES
EDUCACIÓN Y FORMACIÓN
PRESTACIÓN DE CP

NIVEL DE DESARROLLO

1 EMERGENTE
2 EN PROGRESO
3 ESTABLECIDO
4 AVANZADO

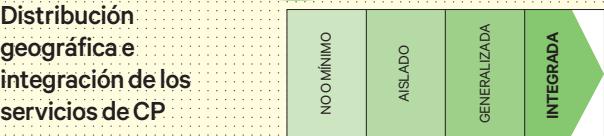
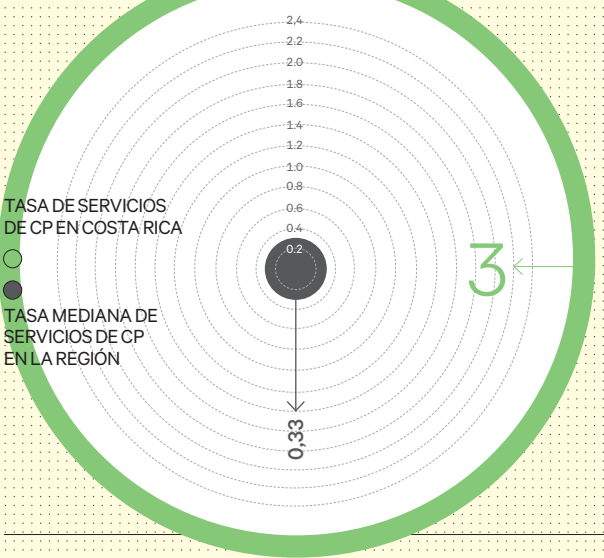
Costa Rica

F Prestación de CP (Servicios Especializados)

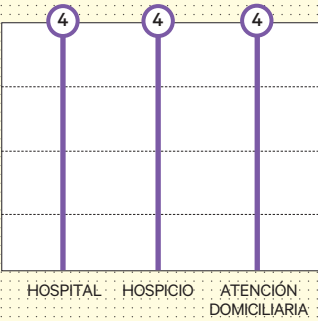
Número Total de Servicios de CP Especializados
145

Tasa de Servicios de CP por cada 100.000 habitantes
3

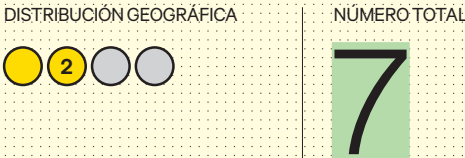
Costa Rica en el contexto de la región



Nivel de desarrollo de los distintos tipos de servicios de CP



Servicios de CP Pediátricos

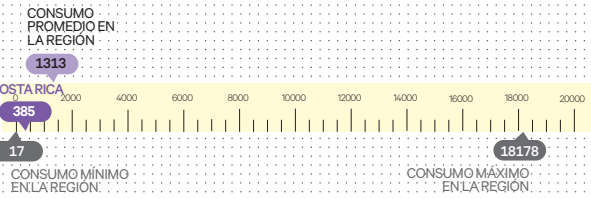


Costa Rica

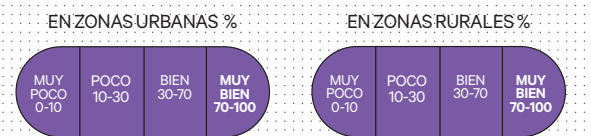
D Uso de medicamentos esenciales

Consumo de opioides (excluyendo metadona)
385
S-DDD POR MILLÓN HAB/DÍA

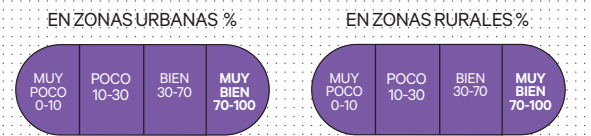
Costa Rica en el contexto de la región



Disponibilidad general de medicamentos esenciales para el dolor y los CP en el primer nivel de atención



Disponibilidad general de morfina oral de liberación inmediata en el primer nivel de atención



C Investigación

Artículos de investigación relacionados con los CP
2

Existencia de congresos o reuniones científicas
4



Consultores: Adriana Osorio, Carlos F. Acuña Aguilar, María Auxiliadora Brenes Fernández.
Asociación Nacional de CP: Asociación de CP 'Caminemos Juntos', Asociación Costarricense de MP y Medicina del Dolor, Asociación de Residentes y Especialistas en MP Asociación de profesionales en enfermería en CP.

Fecha de recolección de datos: Abril-Junio 2024
Informe validado por consultores: Sí
Informe aprobado por la Asociación Nacional: Sí
Informe revisado por el Ministerio de salud: Sí
Edición: Editado por el Equipo de Investigación ATLANTES.

E Educación y formación

Facultades de medicina con enseñanza obligatoria de CP
0/8

Escuelas de enfermería con enseñanza obligatoria de CP
0/6

Reconocimiento de la especialidad en CP
4

B Políticas

Plan o estrategia nacional de CP
4

Autoridad responsable de los CP en el Ministerio de Salud
4

Inclusión de los CP en el paquete básico de salud en el nivel de atención primaria
4

A Empoderamiento de las personas y las comunidades

Grupos que promueven los derechos de los pacientes
4

Políticas relacionadas con la planificación anticipada de cuidados
3

Ind1	Existencia de grupos dedicados a promover los derechos de los pacientes que necesitan CP, de sus cuidadores y de los supervivientes a la enfermedad.	4	Fuerte presencia nacional y subnacional de la defensa de los cuidados paliativos y promoción de los derechos de los pacientes.	La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) colabora con diversas ONGs que contribuyen a la atención de pacientes paliativos y apoyan sus unidades. La Junta de Protección Social financia algunas de estas ONGs mediante recursos provenientes de loterías nacionales. Las fundaciones y asociaciones dedicadas a los CP no solo recaudan fondos para equipos médicos, sino también educan a la población sobre sus derechos y deberes. La Federación Costarricense de CP, fundada en 2003, agrupa las unidades de CP apoyadas por ONGs a nivel nacional. La Asociación de Cuidados Paliativos «Caminemos Juntos» (ASCAJU), fundada en 1993, ofrece atención especializada en la provincia de Cartago. Existen también asociaciones profesionales como la Asociación Costarricense de Medicina Paliativa y Medicina del Dolor (2005), ASOPALLIUM (2013) y la Asociación de Profesionales en Enfermería en CP (2019).
	1.1 Asociaciones de profesionales de CP a la enfermedad: Sí			
Ind2	1.2 Asociaciones civiles, de pacientes, de familiares o voluntarios focalizados en los CP: Sí			
	¿Existe una política o directriz nacional sobre voluntades anticipadas o planificación compartida de decisiones?	3	Existen políticas o directrices nacionales sobre testamentos vitales sobre decisiones anticipadas.	En mayo de 2022, la Asamblea Legislativa de Costa Rica aprobó la Ley 10.231 sobre Voluntades Anticipadas, cuyo objetivo es garantizar el derecho de las personas a expresar, en pleno uso de sus facultades, su voluntad sobre las intervenciones médicas necesarias para preservar su vida o funciones vitales. Esta manifestación debe realizarse de manera libre y voluntaria, por escrito, a través de una declaración de voluntades anticipadas, la cual será respetada en caso de que la persona no pueda manifestar su voluntad en el futuro. La ley aclara que esta declaración no se considera ni debe ser interpretada como una forma de eutanasia en ninguna circunstancia.
Ind3	3.1. Actualmente existe un plan, programa, política o estrategia nacional de CP.	4	Realizado en los últimos 5 años y evaluado o auditado activamente.	Costa Rica cuenta con un PNCP aprobado por el Ministerio de Salud, vigente de 2017 a 2021, que establece objetivos y estrategias clave para el desarrollo de los CP en el país. En 2022, se aprobó la Ley No. 10.245 y su reglamento sobre CP. Asimismo, el Decreto No. 29561-S de 2001 promulgó el Manual de Normas de Atención del Dolor y CP para el I y II Nivel de Atención Médica, junto con los Protocolos Generales para el Manejo de Síntomas y Complicaciones de Pacientes Incurables o Terminales. El PNCP aunque caducado en 2021, establece indicadores para evaluar avances y logros, con seguimiento anual y semestral del Plan de Trabajo y Presupuesto. La evaluación se realiza bajo el Decreto No. 43854-S, que regula la acreditación de servicios de CP y su monitoreo en el Plan Táctico Gerencial CCSS 2023-2033.
	3.2. El plan nacional de CP (o programa o estrategia o legislación) es independiente.	4		
Ind4	¿Existe una política o directriz nacional sobre voluntades anticipadas o planificación compartida de decisiones?	3	Existen políticas o directrices nacionales sobre testamentos vitales sobre decisiones anticipadas.	En mayo de 2022, la Asamblea Legislativa de Costa Rica aprobó la Ley 10.231 sobre Voluntades Anticipadas, cuyo objetivo es garantizar el derecho de las personas a expresar, en pleno uso de sus facultades, su voluntad sobre las intervenciones médicas necesarias para preservar su vida o funciones vitales. Esta manifestación debe realizarse de manera libre y voluntaria, por escrito, a través de una declaración de voluntades anticipadas, la cual será respetada en caso de que la persona no pueda manifestar su voluntad en el futuro. La ley aclara que esta declaración no se considera ni debe ser interpretada como una forma de eutanasia en ninguna circunstancia.
Ind5	3.1. Actualmente existe un plan, programa, política o estrategia nacional de CP.	4	Realizado en los últimos 5 años y evaluado o auditado activamente.	Costa Rica cuenta con un PNCP aprobado por el Ministerio de Salud, vigente de 2017 a 2021, que establece objetivos y estrategias clave para el desarrollo de los CP en el país. En 2022, se aprobó la Ley No. 10.245 y su reglamento sobre CP. Asimismo, el Decreto No. 29561-S de 2001 promulgó el Manual de Normas de Atención del Dolor y CP para el I y II Nivel de Atención Médica, junto con los Protocolos Generales para el Manejo de Síntomas y Complicaciones de Pacientes Incurables o Terminales. El PNCP aunque caducado en 2021, establece indicadores para evaluar avances y logros, con seguimiento anual y semestral del Plan de Trabajo y Presupuesto. La evaluación se realiza bajo el Decreto No. 43854-S, que regula la acreditación de servicios de CP y su monitoreo en el Plan Táctico Gerencial CCSS 2023-2033.
	3.2. El plan nacional de CP (o programa o estrategia o legislación) es independiente.	4		

3.3. Existen mecanismos para supervisar y evaluar los progresos, con objetivos medibles.	4	Los indicadores para el monitoreo y evaluación del progreso son aplicados actualmente.	
Ind4	Los servicios de CP se incluyen en la lista de servicios prioritarios para la cobertura sanitaria universal en la atención primaria del Sistema Nacional de Salud.	4	La CCSS es responsable de brindar atención a todas las personas aseguradas a nivel nacional, cubriendo no solo prevención y curación, sino también CP. Para esto, cuenta con una Red de Apoyo formada por 62 Clínicas de Control del Dolor y CP distribuidas en todo el país. Cada unidad se organiza según la sectorización de la CCSS, la coordinación entre niveles de complejidad y tipos de servicios (consulta externa, visita domiciliaria y atención intrahospitalaria), además del apoyo de voluntarios y ONGs. Aunque no todas las áreas de salud cuentan con clínicas específicas de CP, los pacientes son remitidos a centros de salud de nivel superior donde sí se brinda este servicio, garantizando la cobertura a nivel nacional.
Ind5	5.1. ¿Existe una autoridad nacional de coordinación de los CP dentro del Gobierno o del Ministerio de Salud?	4	El Consejo Nacional de CP, adscrito al Ministerio de Salud, es el ente rector de los cuidados paliativos en Costa Rica, acompañado por la CCSS. Los CP en el país comenzaron formalmente en 1991 con la creación de la Clínica de Control del Dolor CP en el Hospital Calderón Guardia. En 1999, esta clínica se transformó en el Centro Nacional de Control del Dolor y CP, convirtiéndose en un centro especializado de nivel III, con autoridad técnica en la CCSS. Este centro coordina los indicadores de las clínicas de atención a nivel nacional. Además, la Dirección General de Salud, junto con la Dirección de Garantía de Acceso a Servicios de Salud y el Consejo Nacional de CP, son responsables de asegurar el acceso a estos servicios, bajo la Ley de CP No. 10.245.
	5.2. La autoridad nacional de coordinación dispone de autoridad, presupuesto y personal adecuados.	4	

AM

Costa Rica

Investigación

Ind6

Existencia de congresos, eventos o reuniones científicas a nivel nacional relacionadas específicamente con CP.



Al menos un congreso nacional dedicado específicamente a los cuidados paliativos cada 3 años.

El Centro Nacional de Control del Dolor y CP de la CCSS ha capacitado a 500 profesionales de la salud a través de la Pasantía en Manejo del Dolor y CP, certificada por el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS). Además, organiza anualmente talleres y jornadas específicas, y realiza reuniones mensuales virtuales para equipos de las 62 clínicas de CP, con 10 encuentros programados para 2024. También ofrece un curso virtual avalado por el CENDEISSS, capacitando a 2074 funcionarios en el manejo de enfermedades crónicas y oncológicas en etapa terminal. La Asociación Costarricense de Medicina Paliativa participó en el Congreso Médico Nacional 2023 y en el comité organizador del X Congreso Latinoamericano de CP 2020. Finalmente, la Universidad Santa Paula organizará un congreso nacional de CP en 2025.

Ind7

Investigación sobre CP en el país estimada por artículos publicados revisados por pares.



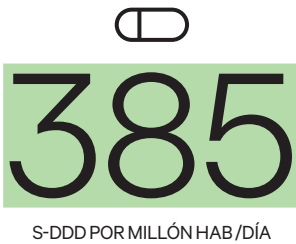
Bajo: Refleja un número limitado de artículos publicados.

A través de una revisión realizada en diversas webs de referencia entre 2012 y 2024, se han identificado aproximadamente 21 artículos de investigación en Costa Rica. Este número, en comparación con estándares globales, indica un nivel bajo de producción científica en este ámbito.

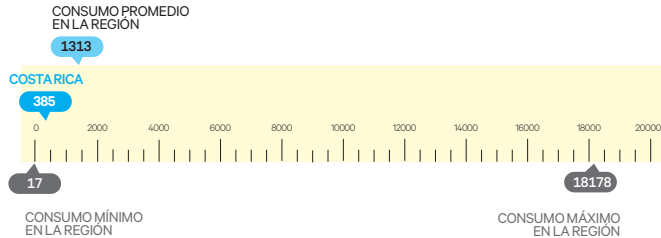
Ind8

Consumo anual notificado de opioides (excluida la metadona).

Consumo promedio de opioides, en dosis diarias definidas para fines estadísticos (S-DDD) por millón de habitantes por día.



PAÍS VS REGIÓN



Medicinas

AM

Costa Rica

Medicinas

Ind9

9.1. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas urbanas que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista de Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.



Muy bueno: entre 70% - 100%.

Actualmente, según la Lista Oficial de Medicamentos y la normativa de la CCSS, existe una amplia variedad de opioides disponibles en los centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas urbanas y rurales, tanto débiles como fuertes. Entre ellos se encuentran la codeína combinada con paracetamol, el tramadol, la morfina y la metadona. Además, hay otros medicamentos como la buprenorfina, el tapentadol y el fentanilo en formato de parches, los cuales deben solicitarse mediante un formulario al Comité de Farmacoterapia. La Lista Oficial de Medicamentos de la CCSS se actualiza constantemente por el Comité Central de Farmacoterapia, y la última actualización específica para Medicina Paliativa se realizó el 14 de diciembre de 2022, conforme al oficio DFE-AMTC-1516-2022, reflejando el crecimiento de los medicamentos disponibles de acuerdo con las necesidades emergentes.

9.2. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas rurales que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS).



Muy bueno: entre 70% - 100%.

Ind10

10.1. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas urbanas que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy bueno: entre 70% - 100%.

Cada clínica de dolor y CP en Costa Rica, tanto en zonas urbanas como rurales, cuenta con presentaciones de medicamentos opioides, en su mayoría ubicadas en centros de atención primaria. Las farmacias de estos centros disponen de morfina en solución oral, así como tabletas de liberación rápida de 20 mg y de liberación prolongada de 30 mg, las cuales están incluidas en la Lista Oficial de Medicamentos, siempre que haya disponibilidad. El Ministerio de Salud lleva un registro de consumo a nivel nacional. Los tipos de morfina disponibles en Costa Rica son: morfina sulfato 20 mg de acción inmediata (tabletas), morfina sulfato 30 mg de acción prolongada (tabletas), y diversas presentaciones inyectables, como morfina sulfato pentahidrato (10 mg o 15 mg), morfina sulfato anhidra (10 mg o 15 mg) y morfina sulfato hidrócloruro en varias concentraciones, en presentación de solución inyectable (1 mL).

10.2. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas rurales que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy bueno: entre 70% - 100%.

Ind11

11.1. Proporción de facultades de medicina que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de medicina en el país.

0/8



En Costa Rica, la inclusión de los CP en las carreras de medicina y enfermería es limitada. En el ámbito de Medicina, se enseña de manera optativa en la Universidad de Costa Rica (UCR) y la Universidad Iberoamericana. La Universidad Autónoma de Centroamérica incluye desde el segundo semestre de 2024 el estudio de Medicina Paliativa en los cursos de Medicina I y II, además de una rotación clínica. La UCR, mediante su Facultad de Medicina, incorporó el Manejo del Control del Dolor y CP en su diseño curricular desde 2014 y lo imparte a residentes desde 2018. En el caso de Enfermería, solo la UCR ofrece el curso de forma optativa. Finalmente, la Universidad Hispanoamericana tiene una asignatura en la carrera de Psicología relacionada con CP, cuya obligatoriedad es incierta.

11.2. Proporción de facultades de medicina con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de medicina en el país.

2/8

11.3. Proporción de facultades de enfermería que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

0/6

11.4. Proporción de facultades de enfermería con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

1/6

Ind12

Existencia de proceso de especialización oficial en medicina paliativa para médicos, reconocida por la autoridad competente del país.

●●●●4

La medicina paliativa es una especialidad o subespecialidad (u otra denominación equivalente) reconocida por las autoridades nacionales competentes.

El proceso de formación de especialistas en CP en Costa Rica ha pasado por diversas etapas. Antes de 2013, no existía una carrera formal en Medicina Paliativa, pero ya se reconocía la necesidad de formar profesionales en este campo. Los estudiantes realizaban prácticas, aunque sin una especialidad definida. Un estudio evidenció la urgencia de crear esta especialización, lo que llevó al Consejo Nacional de Rectores a aprobar en 2009, en la sesión 28-2009, artículo 7, la propuesta del Centro Nacional de Control del Dolor y CP para establecer la especialidad de Medicina Paliativa del Adulto en la Universidad de Costa Rica. Esta formación se complementa con prácticas en hospitales nacionales. Además, existen dos maestrías multidisciplinarias en CP en universidades privadas: la Universidad Católica y la Universidad Santa Paula.

Ind13

13.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.

●●●●4

Prestación generalizada: Existe en muchas partes del país, pero con algunas lagunas.

13.2. Disponibles en hospitales (públicos o privados) como equipos hospitalarios de CP (equipos de consulta) o unidades de CP (con camas), por citar algunos ejemplos.

●●●●4

En un número creciente de hospitales públicos.

13.3. Hospicios independientes (incluidos los hospicios con camas de hospitalización).

●●●●4

En algunas partes del país.

13.4. Los equipos de atención domiciliaria (especializados en CP) están disponibles en la comunidad (o en la atención primaria), como servicios independientes o vinculados a hospitales u hospicios.

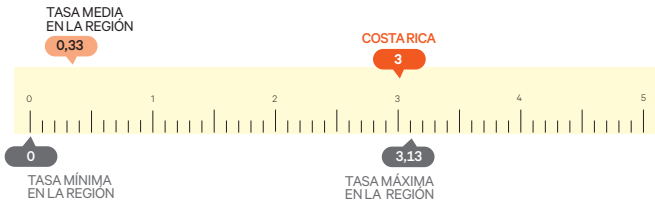
●●●●4

En algunas partes del país.

13.5. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país.

El Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos cuenta con una Red de Apoyo conformada por 62 Unidades/Clínicas distribuidas en todo el país. La organización de estas unidades se basa en la sectorización por áreas médicas según la CCSS, la coordinación entre niveles de complejidad y tipos de servicio (consulta externa, visitas domiciliarias y atención intrahospitalaria), así como el apoyo de voluntariados y ONG. Aunque no todas las áreas de salud tienen una clínica especializada, los pacientes son remitidos a centros de nivel superior con estos servicios. Hay una amplia oferta de atención domiciliaria y algunas clínicas cuentan con equipos básicos de atención, mientras que otras incluyen disciplinas como psicología, trabajo social y terapia. Existen además 5 Unidades de CP independientes, de las cuales 2 son hospicios especializados. Actualmente, hay 145 servicios especializados en CP a nivel nacional, incluyendo pediátricos, con un programa centralizado para pacientes con esclerosis lateral amiotrófica.

TASA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CP/100.000 HAB.



145

← SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Ind14

14.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.

●●2●●

Prestación aislada: Existe, pero sólo en algunas zonas geográficas.

14.2. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos.

7

CPP EQUIPOS

Costa Rica dispone de siete servicios de CPP. El Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz ofrece una Unidad Mixta con atención intrahospitalaria e intervención domiciliaria (2 servicios). El Albergue San Gabriel brinda consulta externa y un centro diurno de atención paliativa (2 servicios). El Albergue Dr. Gastón Acosta-Rúa en Pérez Zeledón, también Unidad Mixta, atiende a niños y adolescentes de la Zona Sur mediante atención intrahospitalaria en el Hospital de Pérez Zeledón, intervención domiciliaria y consulta externa (3 servicios). Estas unidades reciben apoyo de la Fundación Pro-Unidad de Cuidado Paliativo Pediátrico.



Datos generales

POBLACIÓN, 2024
10.979.783

SUPERFICIE KM², 2022
109.880

MÉDICOS/AS /1000 HAB, 2022
N/D

ENFERMERO/AS /1000 HAB, 2021-2022
2,08

Datos socioeconómicos

NIVEL DE INGRESOS DEL PAÍS, 2022
Mediano alto

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO, 2021
97

PIB PER CÁPITA (US\$), 2023
N/D

GASTO EN SALUD PER CÁPITA (US\$), 2021
0

COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL, 2021
83



MARCODE LA OMS PARA EL DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

- ① EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES
- ② POLÍTICAS DE SALUD
- ③ INVESTIGACIÓN
- ④ USO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES
- ⑤ EDUCACIÓN Y FORMACIÓN
- ⑥ PRESTACIÓN DE CP

NIVEL DE DESARROLLO

- ① EMERGENTE
- ② EN PROGRESO
- ③ ESTABLECIDO
- ④ AVANZADO

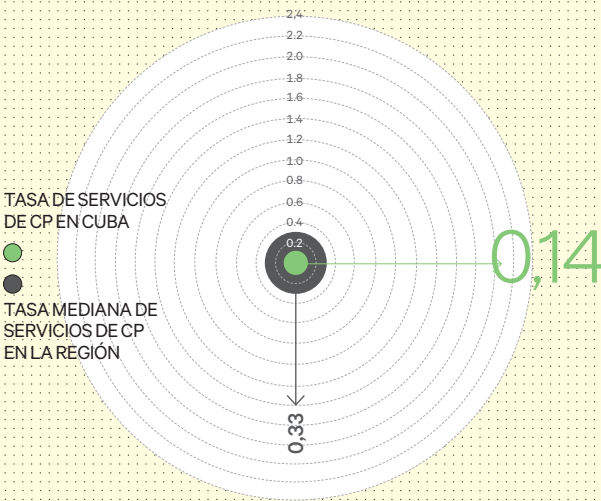
Cuba

F Prestación de CP (Servicios Especializados)

Número Total de Servicios de CP Especializados
15

Tasa de Servicios de CP por cada 100.000 habitantes
0,14

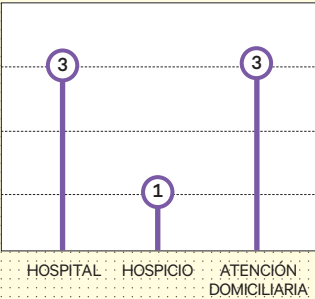
Cuba en el contexto de la región



Distribución geográfica e integración de los servicios de CP



Nivel de desarrollo de los distintos tipos de servicios de CP



Servicios de CP Pediátricos

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA
2

NÚMERO TOTAL
1

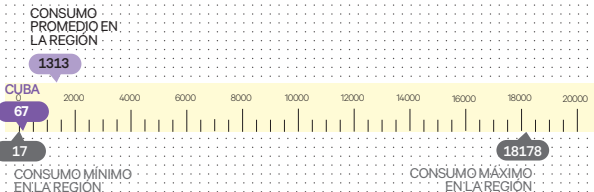


Cuba

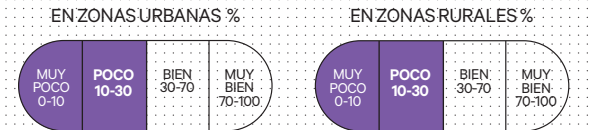
D Uso de medicamentos esenciales

Consumo de opioides (excluyendo metadona)
67
S-DDD POR MILLÓN HAB/DÍA

Cuba en el contexto de la región



Disponibilidad general de medicamentos esenciales para el dolor y los CP en el primer nivel de atención



Disponibilidad general de morfina oral de liberación inmediata en el primer nivel de atención



C Investigación

Artículos de investigación relacionados con los CP



Existencia de congresos o reuniones científicas



Consultores: Celita Celada Cifuentes, María del Carmen Llantá Abreu, Mariuska Forteza Sáez.

Asociación Nacional de CP: Sociedad Cubana de Enfermería en Cuidados Paliativos.

Fecha de recolección de datos: Abril-Junio 2024

Informe validado por consultores: Sí

Informe aprobado por la Asociación Nacional: No

Edición: Editado por el Equipo de Investigación ATLANTES (Universidad de Navarra, España).

E Educación y formación

Facultades de medicina con enseñanza obligatoria de CP
0/15

Escuelas de enfermería con enseñanza obligatoria de CP
N/D

Reconocimiento de la especialidad en CP
3

B Políticas

Plan o estrategia nacional de CP
3

Autoridad responsable de los CP en el Ministerio de Salud
3

Inclusión de los CP en el paquete básico de salud en el nivel de atención primaria
4

A Empoderamiento de las personas y las comunidades

Grupos que promueven los derechos de los pacientes
4

Políticas relacionadas con la planificación anticipada de cuidados
3

Políticas	Ind1 Existencia de grupos dedicados a promover los derechos de los pacientes que necesitan CP, de sus cuidadores y de los supervivientes a la enfermedad. 1.1 Asociaciones de profesionales de CP a la enfermedad: Sí 1.2 Asociaciones civiles, de pacientes, de familiares o voluntarios focalizados en los CP: Sí	3 Existencia de grupo(s) que cubre(n) los cuidados paliativos de forma más integrada o en una gama más amplia de enfermedades/ programas.	El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) de la República de Cuba, a través de la Dirección Nacional de Atención Médica, cuenta con la Sección de Control del Cáncer, que organiza grupos especializados, incluyendo desde 2010 el Grupo Especial de Trabajo de CP, con reconocimiento ministerial y personalidad jurídica, siendo el responsable de supervisar las actividades en esta área. Entre los grupos profesionales destacan la Sociedad Cubana de Enfermería en CP, con personalidad jurídica y reconocimiento nacional, y el Grupo Nacional de Oncología, que asesora en asistencia, prevención y formación postgrado. Además, existen organizaciones civiles como PROSALUD, dedicada a la difusión de mensajes educativos; la Fundación ALAS POR LA VIDA, que agrupa a mujeres sobrevivientes de cáncer de mama; y el Proyecto PALOMAS, que busca empoderar a los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas.
	Ind2 ¿Existe una política o directriz nacional sobre voluntades anticipadas o planificación compartida de decisiones?	1 No existe política ni directriz nacional sobre planificación de decisiones anticipadas.	En Cuba, actualmente no existe una política o directriz nacional sobre las voluntades anticipadas. No obstante, este tema se encuentra en discusión dentro del anteproyecto de la Ley de Salud Pública, el cual contempla la atención a los pacientes al final de la vida.
Políticas	Ind3 3.1. Actualmente existe un plan, programa, política o estrategia nacional de CP. 3.2. El plan nacional de CP (o programa o estrategia o legislación) es independiente.	3 Realizado en los últimos 5 años, pero no evaluado o auditado activamente. 3 Existe una sección dedicada a los cuidados paliativos en otro plan nacional, como el del cáncer, las enfermedades no transmisibles (ENT) o el VIH.	En Cuba, el Programa Integral para el Control del Cáncer constituye el marco rector para las intervenciones en esta área y se ejecuta a través de una Estrategia Nacional que abarca todos los niveles de atención. Esta estrategia incorpora acciones que van desde la educación y la promoción de la salud hasta los CP. La coordinación del programa recae en la Sección para el Control del Cáncer, actualmente encargada de su actualización. Aunque se han establecido mecanismos de supervisión en el contexto del programa, en los últimos años no se ha realizado una evaluación específica de su funcionamiento.

3.3. Existen mecanismos para supervisar y evaluar los progresos, con objetivos medibles.	2 Los indicadores para el monitoreo y evaluación del progreso son aplicados actualmente.	
Ind4 Los servicios de CP se incluyen en la lista de servicios prioritarios para la cobertura sanitaria universal en la atención primaria del Sistema Nacional de Salud.	4 Los cuidados paliativos se incluyen en la lista de prestaciones sanitarias de atención primaria de la ley general de sanidad.	Los CP forman parte del servicio de atención primaria. La atención domiciliaria se integra al programa de atención primaria de salud, siendo considerada como un indicador para el cuidado al final de la vida.
Ind5 5.1. ¿Existe una autoridad nacional de coordinación de los CP dentro del Gobierno o del Ministerio de Salud? 5.2. La autoridad nacional de coordinación dispone de autoridad, presupuesto y personal adecuados.	3 La entidad de coordinación de los cuidados paliativos está bien definida y tiene una buena estructura (científica y técnica). 3 Tiene autoridad, presupuesto y personal adecuados.	En el MINSAP de Cuba existe la Sección Independiente para el Control del Cáncer, que agrupa a diversos grupos de trabajo especializados, entre los cuales se encuentran el de CP y el de Psicooncología. El Grupo Especial de CP (GECP) está compuesto por un equipo interdisciplinario de profesionales, con un enfoque principalmente orientado hacia la Oncología. Actualmente, el grupo se encuentra en proceso de reestructuración y organización. Aunque no existe un financiamiento específico para los CP, estos pueden recibir fondos a través de proyectos específicos presentados ante el Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente (CITMA), así como financiamiento externo.

Ind6

Existencia de congresos, eventos o reuniones científicas a nivel nacional relacionadas específicamente con CP.



Al menos un congreso o conferencia de cuidados no paliativos (cáncer, VIH, enfermedades crónicas, etc.) que regularmente cuente con una sección sobre cuidados paliativos, cada 1-2 años.

Los CP, debido a su carácter multidisciplinario, están presentes en congresos nacionales de diversas áreas, como Psicología, Oncología, Enfermería y Pediatría. En 2024, está programada la Primera Jornada Nacional para Concientizar sobre los CP Continuos, en el marco de la celebración del Día Mundial de los CP. La Sociedad Cubana de Enfermería (SOCUENF), como entidad científica de la enfermería en Cuba, organiza, con el apoyo del MINSAP y otras asociaciones nacionales e internacionales, el XIX Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería. Asimismo, la Sociedad Cubana de Oncología, Radioterapia y Medicina Nuclear lleva a cabo el Congreso Oncología Habana, cuyo objetivo es fomentar un intercambio de experiencias y conocimientos entre los participantes, con un enfoque científico centrado en los avances de la Oncología y los CP.

Ind7

Investigación sobre CP en el país estimada por artículos publicados revisados por pares.



Escaso o muy bajo: Indica un número mínimo o inexistente de artículos publicados sobre el tema en ese país.

En una revisión de revistas nacionales, se observó un incremento en el número de investigaciones realizadas por autores cubanos. Se identificaron más de 50 artículos nacionales publicados en los últimos 5 años a través de la plataforma INFOMED.

Ind8

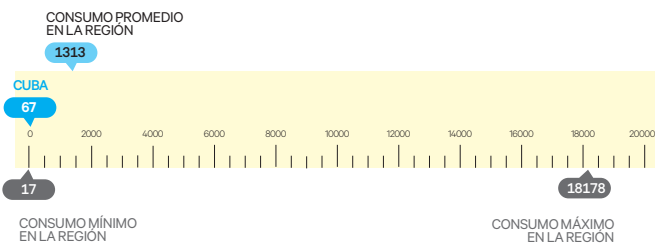
Consumo anual notificado de opioides (excluida la metadona).

Consumo promedio de opioides, en dosis diarias definidas para fines estadísticos (S-DDD) por millón de habitantes por día.



S-DDD POR MILLÓN HAB./DÍA

PAÍS VS REGIÓN



Ind9

9.1. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas urbanas que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista de Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.



Poco: entre 10% a 30%.

9.2. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas rurales que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS).



Poco: entre 10% a 30%.

En Cuba, la atención médica es gratuita y accesible para toda la población, sin importar su ubicación, ya sea urbana o rural. El acceso a los medicamentos es similar en ambos contextos. No obstante, existe un grupo de medicamentos esenciales que no están disponibles, como la morfina en presentación oral ni en formulaciones pediátricas (como jarabe), aunque sí se disponen de ampollas. Una de las fortalezas del sistema de salud cubano radica en su organización, que garantiza que todos los pacientes puedan acceder a los medicamentos necesarios. Incluso en las zonas rurales, las farmacias están disponibles para proveer los medicamentos requeridos, en coordinación con los Equipos Básicos de Trabajo y la distribución de los mismos.

Ind10

10.1. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas urbanas que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy poco: entre 0% a 10%.

10.2. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas rurales que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy poco: entre 0% a 10%.

En el país no se dispone de morfina en presentación oral, únicamente en su forma parenteral. Sin embargo, se utilizan otros fármacos clasificados como opioides débiles para el control del dolor.

Ind11

11.1. Proporción de facultades de medicina que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de medicina en el país.

0/15



En 2011 se actualizó el plan de estudios de pregrado de las carreras de Medicina, Psicología de la salud y Enfermería, incorporando a los CP. Se conoce que en las facultades de medicina y enfermería se incluyen a los CP como cursos optativos o complementarios. En posgrado, en la especialidad de Medicina Familiar se imparte un módulo obligatorio de CP y en las especialidades de Oncología y Medicina General Integral un programa electivo.

11.2. Proporción de facultades de medicina con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de medicina en el país.

15/15

11.3. Proporción de facultades de enfermería que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

N/D

11.4. Proporción de facultades de enfermería con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

N/D

Ind12

Existencia de proceso de especialización oficial en medicina paliativa para médicos, reconocida por la autoridad competente del país.



No existe un proceso de especialización para los médicos de cuidados paliativos, pero sí otro tipo de títulos con reconocimiento oficial.

En Cuba no se ofrece la especialidad de Medicina Paliativa. Sin embargo, la Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey ha aprobado la Maestría en Cuidados Continuos para el Paciente con Cáncer, respaldada por la Resolución del Ministerio de Educación Superior. Esta maestría comenzará oficialmente en varias provincias del país en enero de 2025, con el apoyo de las Cátedras de CP y la Red Nacional de Paliativistas de Cuba. Además, se imparte el Diplomado Nacional sobre CP, enfocado en el cuidado integral al final de la vida.

Ind13

13.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.



Prestación generalizada: Existe en muchas partes del país, pero con algunas lagunas.

13.2. Disponibles en hospitales (públicos o privados) como equipos hospitalarios de CP (equipos de consulta) o unidades de CP (con camas), por citar algunos ejemplos.



En un número creciente de hospitales públicos.

13.3. Hospicios independientes (incluidos los hospicios con camas de hospitalización).



No existen.

13.4. Los equipos de atención domiciliaria (especializados en CP) están disponibles en la comunidad (o en la atención primaria), como servicios independientes o vinculados a hospitales u hospicios.

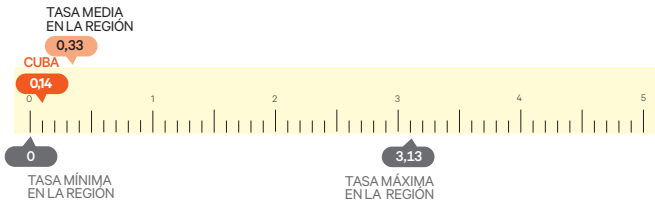


En muchas partes del país.

13.5. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país.

En Cuba no existen equipos especializados exclusivamente en CP en todas las provincias en los niveles secundarios y terciarios. Los servicios especializados se encuentran en Matanzas, Villa Clara y Camagüey, mientras que otras provincias solo cuentan con consultas externas. Además, Cuba no dispone de hospicios. Es relevante destacar que, dentro del programa de atención en Medicina General Integral, se incluye un módulo de CP, lo que permite que todos los médicos que trabajan en medicina comunitaria reciban formación y brinden atención domiciliaria, aunque no se trata de CP especializados. En el Instituto de Oncología y Radiobiología existe un equipo denominado CP, compuesto por miembros que atienden tanto a niños como a adultos. En los centros de atención secundaria, existen equipos de interconsulta con formación en CP, conformados por médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales, los cuales funcionan en cada provincia.

TASA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CP/100.000 HAB.



15

SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Ind14

14.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.



Prestación aislada: Existe, pero sólo en algunas zonas geográficas.

14.2. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos.

1

CPP EQUIPOS

En Cuba no existen equipos especializados exclusivamente en CPP, aunque sí hay personal capacitado en este ámbito. La atención en CPP se ofrece en los centros onco-pediátricos del país, así como en hospitales que sirven como centros de referencia para enfermedades crónicas, como las neurodegenerativas y la fibrosis quística, entre otras. En los centros de atención secundaria, existen equipos de interconsulta que han recibido formación en CP. Cada provincia cuenta con equipos formados, generalmente compuestos por médicos y enfermeros, así como otros profesionales como psicólogos y trabajadores sociales, quienes colaboran en la atención integral.



Datos generales

POBLACIÓN, 2024:
18.135.478

SUPERFICIE KM², 2022:
256.370

MÉDICOS/AS/1000 HAB, 2022:
N/D

ENFERMERO/AS/1000 HAB, 2021-2022:
3,75

Datos socioeconómicos

NIVEL DE INGRESOS DEL PAÍS, 2022:
Mediano alto

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO, 2021:
88

PIB PER CÁPITA (US\$), 2023:
6609,8

GASTO EN SALUD PER CÁPITA (US\$), 2021:
494,31

COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL, 2021:
77



① EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES
② POLÍTICAS DE SALUD
③ INVESTIGACIÓN
④ USO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES
⑤ EDUCACIÓN Y FORMACIÓN
⑥ PRESTACIÓN DE CP

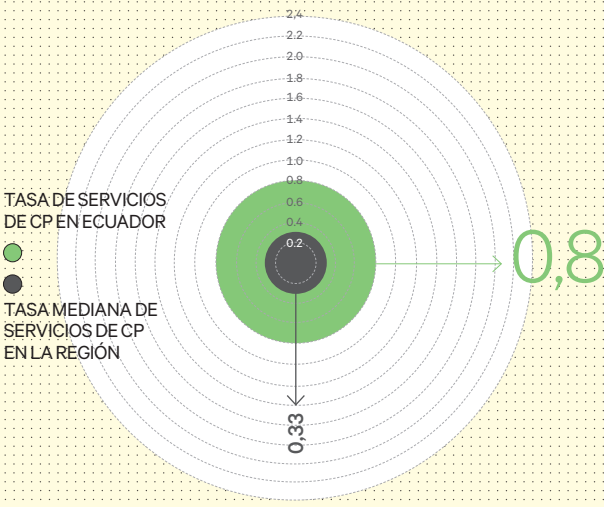


Ecuador

F Prestación de CP (Servicios Especializados)



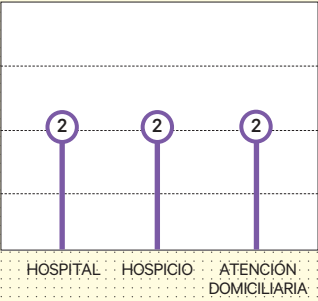
Ecuador en el contexto de la región



Distribución geográfica e integración de los servicios de CP



Nivel de desarrollo de los distintos tipos de servicios de CP



Servicios de CP Pediátricos

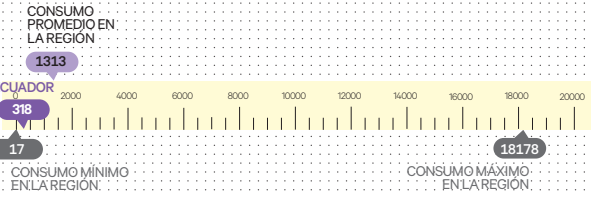


Ecuador

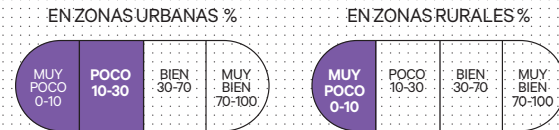
D Uso de medicamentos esenciales



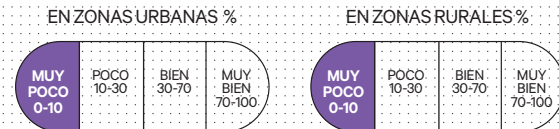
Ecuador en el contexto de la región



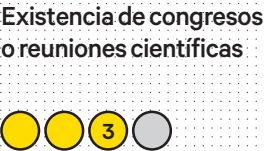
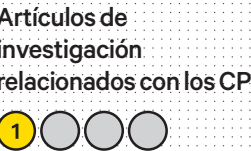
Disponibilidad general de medicamentos esenciales para el dolor y los CP en el primer nivel de atención



Disponibilidad general de morfina oral de liberación inmediata en el primer nivel de atención



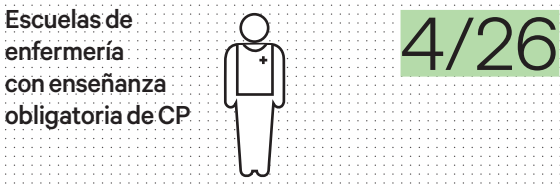
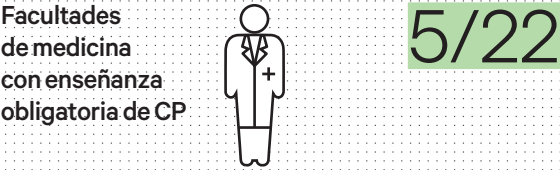
C Investigación



Consultores: Ver página 19.
Asociación Nacional de CP: Asociación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (ASECUP).

Fecha de recolección de datos: Abril-Junio 2024
Informe validado por consultores: Sí
Informe aprobado por la Asociación Nacional: Sí
Edición: Editado por el Equipo de Investigación ATLANTES (Universidad de Navarra, España).

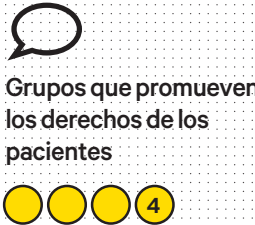
E Educación y formación



B Políticas



A Empoderamiento de las personas y las comunidades



Ind1	Existencia de grupos dedicados a promover los derechos de los pacientes que necesitan CP, de sus cuidadores y de los supervivientes a la enfermedad.	4	Fuerte presencia nacional y subnacional de la defensa de los CP y promoción de los derechos de los pacientes (como asociación profesional de CP, por ejemplo).	En la República del Ecuador, en 2008 se creó la Sociedad Ecuatoriana de Cuidados Paliativos con 11 miembros, y en 2018 obtuvo personería jurídica como Asociación Ecuatoriana de CP (ASECUP), con 33 miembros fundadores. Está compuesta por profesionales de la salud como médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales, dedicados a mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedades incurables y pronóstico limitado. La misión de ASECUP es promover una atención integral, solidaria y digna para estos pacientes y sus familias, respetando su voluntad. Actualmente, uno de sus principales objetivos es la promoción de la Ley Orgánica de CP, que busca establecer un marco normativo para una adecuada atención. Además, la Sociedad Ecuatoriana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (SEETD) se enfoca en el alivio del dolor y la mejora de la calidad de vida de los pacientes. Existen también fundaciones y asociaciones de voluntarios que apoyan a pacientes con enfermedades catastróficas.
	1.1 Asociaciones de profesionales de CP a la enfermedad: Sí 1.2 Asociaciones civiles, de pacientes, de familiares o voluntarios focalizados en los CP: Sí			
Ind2	¿Existe una política o directriz nacional sobre voluntades anticipadas o planificación compartida de decisiones?	2	Existen políticas o directrices nacionales sobre los responsables sustitutos de la toma de decisiones.	En Ecuador, la discusión sobre expresar anticipadamente preferencias médicas existe desde hace años. En 2006 hubo una propuesta no aprobada, pero la Ley Orgánica de Cuidados Paliativos del 28 de marzo de 2025 marcó un avance al reconocer el derecho de pacientes en etapa final a decidir sobre su atención. La norma menciona las voluntades anticipadas, sin reglas claras. Permite rechazar reanimación o tratamientos desproporcionados y registrar estas decisiones en la historia clínica. Pueden formularlas el paciente, representantes o familiares. La ley obliga a prestadores de salud a respetarlas, aunque la falta de lineamientos limita su cumplimiento.
Ind3	3.1. Actualmente existe un plan, programa, política o estrategia nacional de CP.	3	Realizado en los últimos 5 años, pero no evaluado o auditado activamente.	Ecuador cuenta con un PNCP desde 2013, el cual establece la necesidad de Unidades de CP, el acceso a medicamentos para el alivio del dolor y la formación en CP para los profesionales de salud. El plan, vigente hasta 2026, incluye lineamientos estratégicos, metas y estrategias de evaluación, pero la evaluación del programa aún no está publicada en las páginas oficiales del MSP y no se conoce el presupuesto disponible para su ejecución. A pesar de la existencia de unidades de CP reconocidas, estas no son sólidas. En la actualización del plan 2022-2026 se identificaron problemas como la falta de personal para implementación y monitoreo, el acceso limitado a medicamentos, la escasa formación en CP y la falta de redes integradas de atención. El 27 de febrero de 2025, se aprobó la Ley Orgánica de CP, lo que debería garantizar su acceso en instituciones públicas y privadas, con la creación de unidades y recursos necesarios.
	3.2. El plan nacional de CP (o programa o estrategia o legislación) es independiente.	3	Existe una sección dedicada a los cuidados paliativos en otro plan nacional, como el del cáncer, las enfermedades no transmisibles (ENT) o el VIH.	

3.3. Existen mecanismos para supervisar y evaluar los progresos, con objetivos medibles.	2 Los indicadores para el monitoreo y evaluación del progreso son aplicados actualmente.	
Ind4 Los servicios de CP se incluyen en la lista de servicios prioritarios para la cobertura sanitaria universal en la atención primaria del Sistema Nacional de Salud.	3 Incluidos en la lista esencial de servicios reconocidos por un decreto o ley gubernamental pero no en la ley general de sanidad.	Los CP en Ecuador están reconocidos como parte de los servicios esenciales por decreto gubernamental y por la Ley Orgánica de Salud. Existen estrategias para controlar y evaluar el acceso a estos servicios, aunque no hay información disponible sobre la última evaluación realizada. La Ley Orgánica de CP, establece que la atención paliativa es integral y obligatoria para personas con enfermedades avanzadas o incurables, en todos los niveles del sistema de salud, tanto público como privado. Esta atención debe ser brindada por un equipo capacitado, abordando dimensiones biológicas, psicosociales y espirituales, e incluyendo el acompañamiento familiar. En concordancia con el artículo 10 de la Ley Orgánica de Salud, el MSP ha implementado el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FC), incorporando los cuidados paliativos en el primer nivel de atención. Sin embargo, el acceso efectivo a estos servicios sigue siendo limitado, según reportes de consultores.
Ind5 5.1. ¿Existe una autoridad nacional de coordinación de los CP dentro del Gobierno o del Ministerio de Salud? 5.2. La autoridad nacional de coordinación dispone de autoridad, presupuesto y personal adecuados.	2 La autoridad para los cuidados paliativos está definida pero sólo a nivel político, sin entidad de coordinación definida. 2 No hay presupuesto, y el personal o la autoridad se enfrentan a carencias críticas.	En Ecuador, la autoridad para CP está definida a nivel político, pero no cuenta con una entidad de coordinación operativa. Aunque los CP se mencionan en los discursos políticos del MSP, no disponen de un presupuesto específico ni de mecanismos definidos para su implementación. El MSP incluye la Subsecretaría de Redes de Atención Integral en Primer Nivel, bajo la cual se encuentra la Dirección Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y CP. Su misión es gestionar y evaluar los programas destinados a reducir la discapacidad y mejorar la calidad de vida de las personas vulnerables, asegurando la atención basada en el modelo de atención integral de salud. A pesar de contar con un presupuesto estatal variable (aproximadamente 4 millones en 2024), la falta de un presupuesto específico para CP dificulta el cumplimiento de los objetivos de la dirección. Además, no existe capacidad operativa a nivel subnacional.

AM

Ecuador

Investigación

Ind6

Existencia de congresos, eventos o reuniones científicas a nivel nacional relacionadas específicamente con CP.



Al menos un congreso o conferencia de cuidados no paliativos (cáncer, VIH, enfermedades crónicas, etc.) que regularmente cuente con una sección sobre cuidados paliativos, cada 1-2 años.

Según la ASECUP, en Ecuador se organizan reuniones científicas y congresos anuales sobre CP desde 2011. En 2022, la Universidad Técnica Particular de Loja realizó una jornada virtual dedicada a esta temática. En julio de 2023, se llevó a cabo el VII Congreso de Dolor y Cuidados Paliativos, organizado por la Sociedad Ecuatoriana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (SEETD). En octubre del mismo año se desarrollaron varios eventos relevantes: el conversatorio “Vivir humanamente hasta el final” en Azogues; el I Congreso Internacional de Actualización en Cuidados Paliativos; y el I Seminario de Cuidados Paliativos, centrado en el tema “Comunidades Compasivas”. Estos espacios reflejan una creciente articulación entre instituciones académicas, sociedades científicas y organizaciones civiles. En 2024, tuvo lugar en Quito el III Congreso Internacional de Atención Paliativa, organizado por la FECUPAL y la UDLA.

Ind7

Investigación sobre CP en el país estimada por artículos publicados revisados por pares.



Escaso o muy bajo: Indica un número mínimo o inexistente de artículos publicados sobre el tema en ese país.

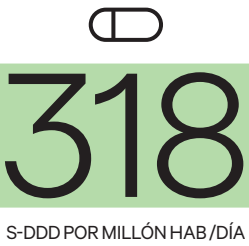
En los últimos 5 años, se ha registrado un total de 19 publicaciones específicas sobre CP en las que participaron profesionales de Ecuador, según las bases de indexación PubMed, CINAHL y EmBase. De estos, 13 son artículos publicados en revistas no indexadas o literatura gris y 6 son publicaciones de revistas latinoamericanas indexadas en Lilacs y Scielo. Este número refleja una producción científica muy limitada en este campo en el país.

Medicinas

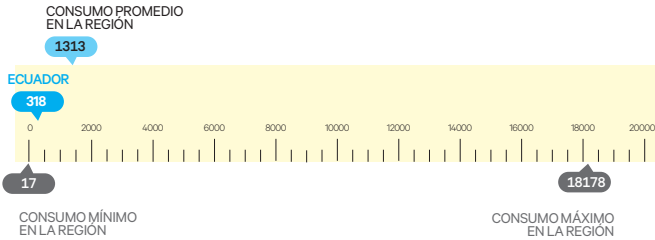
Ind8

Consumo anual notificado de opioides (excluida la metadona).

Consumo promedio de opioides, en dosis diarias definidas para fines estadísticos (S-DDD) por millón de habitantes por día.



PAÍS VS REGIÓN



AM

Ecuador

Medicinas

Ind9

9.1. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas urbanas que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista de Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.



Poco: entre 10% a 30%.

9.2. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas rurales que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS).



Muy poco: entre 0% a 10%.

En Ecuador, los centros sanitarios de atención primaria cuentan con medicación para el dolor y los CP, aunque de manera limitada. No se pudo determinar con precisión la disponibilidad en zonas rurales y urbanas, pero se estima que es significativamente menor. En 2022, se actualizó el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, que incluye antiinflamatorios como ibuprofeno y diclofenaco, opioides como morfina y oxicodona, y fármacos para el control de síntomas como antieméticos y laxantes. A pesar de que estos medicamentos están disponibles en todos los niveles de atención, se ha observado una limitación en su disponibilidad y acceso efectivo, a pesar de los esfuerzos del MSP.

Ind10

10.1. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas urbanas que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy poco: entre 0% a 10%.

10.2. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas rurales que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy poco: entre 0% a 10%.

En Ecuador, los centros de atención primaria tienen una disponibilidad limitada de medicamentos para el dolor y CP. Aunque no se ha podido determinar la proporción exacta entre zonas rurales y urbanas, se estima que en las zonas rurales la disponibilidad es aún más limitada. Según el Cuadro de Medicamentos Esenciales, la morfina de liberación retardada está disponible en el primer nivel de atención, pero ha habido desabastecimiento en sus presentaciones oral y líquida. Además, en Ecuador no se dispone de morfina de liberación inmediata.

Ind11

11.1. Proporción de facultades de medicina que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de medicina en el país.

5/22



En Ecuador, según el Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES), existen 22 facultades de medicina y 26 facultades de enfermería. De las facultades de medicina, 5 ofrecen estudios obligatorios en CP, y 2 ofrecen estudios optativos. En las facultades de enfermería, 4 incluyen estudios obligatorios en CP, mientras que solo 1 tiene cursos optativos en este campo. A pesar de la existencia del PNCP y una ley que busca expandir la educación en esta área, la integración de los CP en los programas de grado de medicina y enfermería sigue siendo limitada en la mayoría de las instituciones. Algo a destacar, es que la UDLA ha implementado la materia obligatoria de CP en la carrera de Psicología.

11.2. Proporción de facultades de medicina con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de medicina en el país.

2/22

11.3. Proporción de facultades de enfermería que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

4/26

11.4. Proporción de facultades de enfermería con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

1/26

Ind12

Existencia de proceso de especialización oficial en medicina paliativa para médicos, reconocida por la autoridad competente del país.



La medicina paliativa es una especialidad o subespecialidad (u otra denominación equivalente) reconocida por las autoridades nacionales competentes.

Desde 2018, la Universidad Católica Santiago de Guayaquil (UCSG) ofrece la especialidad en CP, siendo pionera en este campo en Ecuador. En 2022, la Universidad Tecnológica Equinoccial (UTE) y la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE) obtuvieron el reconocimiento oficial para programas similares. Además, desde 2021, la Universidad Iberoamericana del Ecuador ofrece la primera maestría en CP dirigida al personal de salud. Todos estos programas cuentan con el aval de la Secretaría de Educación Superior, Ciencia y Tecnología e Investigación (SENESCYT).

Ind13

13.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.



Prestación aislada: Existe, pero sólo en algunas zonas geográficas.

13.2. Disponibles en hospitales (públicos o privados) como equipos hospitalarios de CP (equipos de consulta) o unidades de CP (con camas), por citar algunos ejemplos.



En algunas partes del país.

13.3. Hospicios independientes (incluidos los hospicios con camas de hospitalización).



En algunas partes del país.

13.4. Los equipos de atención domiciliaria (especializados en CP) están disponibles en la comunidad (o en la atención primaria), como servicios independientes o vinculados a hospitales u hospicios.

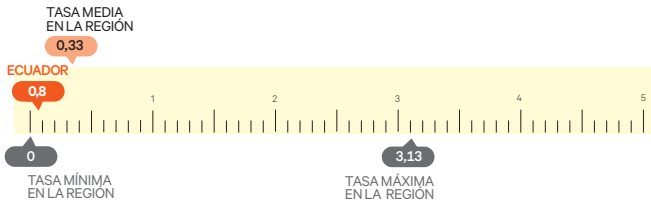


En algunas partes del país.

13.5. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país.

En Ecuador, según la PNCP 2022-2026, existen 78 instituciones que proporcionan CP, 56 de las cuales son públicas y 22 privadas. Estas instituciones ofrecen un total de 144 servicios, distribuidos entre equipos hospitalarios (44), consultas externas (58) y atención domiciliaria (42). Esta cifra muestra un aumento en la provisión de atención en CP en el sector público, comparado con 2015, cuando solo 16 instituciones ofrecían estos servicios. Cabe destacar que las instituciones públicas mencionadas pertenecen al primer nivel de atención y al contar equipos especializados en la calificación de discapacidades y visitas domiciliarias, podrían incluir atención en CP. Adicionalmente, existe incertidumbre sobre el número real de servicios debido a la escasez de profesionales con formación acreditada y especializada en CP en el país.

TASA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CP/100.000 HAB.



144

SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Ind14

14.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.



En el país no existen programas especializados en cuidados paliativos o éstos son mínimos.

14.2. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos.

1
CPP EQUIPOS

Actualmente, solo existe un servicio de atención a pacientes oncológicos pediátricos que cuenta con personal capacitado en CP: el Hospital Oncológico Solón Espinoza Ayala de SOLCA, Núcleo de Quito. Si bien algunas instituciones que ofrecen CP a personas adultas también brindan atención a niños, niñas y adolescentes, no se cuenta con información oficial que permita identificar cuántas lo hacen ni en qué condiciones.



Datos generales

POBLACIÓN, 2024:
6.338.193

SUPERFICIE KM², 2022:
21.040

MÉDICOS/AS /1000 HAB, 2022:
1,55

ENFERMERO/AS /1000 HAB, 2021-2022:
N/D

Datos socioeconómicos

NIVEL DE INGRESOS DEL PAÍS, 2022:
Mediano alto

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO, 2021:
132

PIB PER CÁPITA (US\$), 2023:
5391,07

GASTO EN SALUD PER CÁPITA (US\$), 2021:
442,21

COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL, 2021:
78



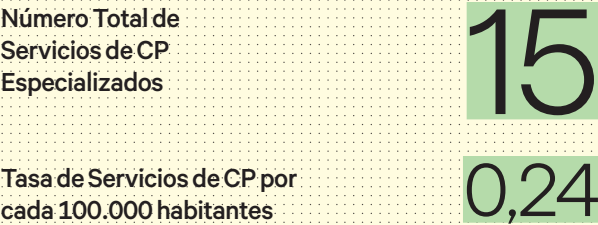
MARCODE LA OMS PARA EL DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

- A EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES
- B POLÍTICAS DE SALUD
- C INVESTIGACIÓN
- D USO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES
- E EDUCACIÓN Y FORMACIÓN
- F PRESTACIÓN DE CP

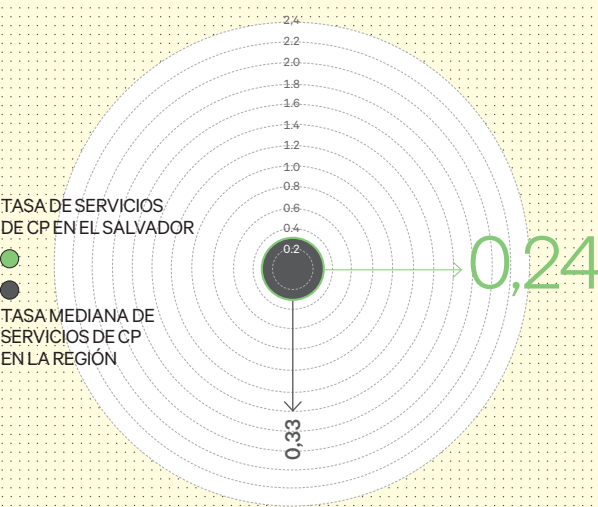


El Salvador

F Prestación de CP (Servicios Especializados)



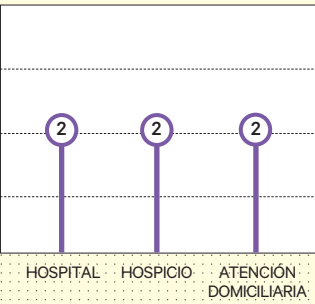
El Salvador en el contexto de la región



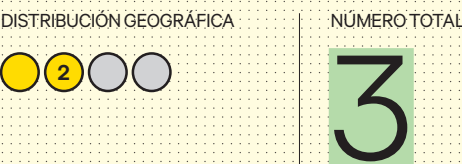
Distribución geográfica e integración de los servicios de CP



Nivel de desarrollo de los distintos tipos de servicios de CP



Servicios de CP Pediátricos

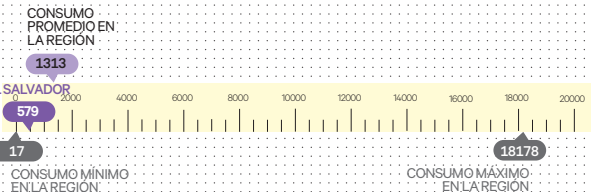


El Salvador

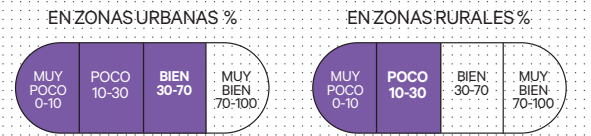
D Uso de medicamentos esenciales



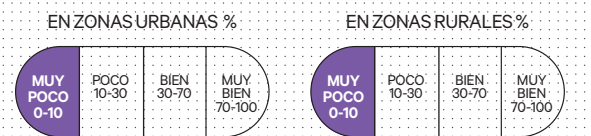
El Salvador en el contexto de la región



Disponibilidad general de medicamentos esenciales para el dolor y los CP en el primer nivel de atención



Disponibilidad general de morfina oral de liberación inmediata en el primer nivel de atención



C Investigación

Artículos de investigación relacionados con los CP



Existencia de congresos o reuniones científicas



Consultores: Graciela Beatriz Rivera Medrano, María José Flores Flores, Williams Antonio López.

Asociación Nacional de CP: Asociación Salvadoreña para el Estudio y Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos.

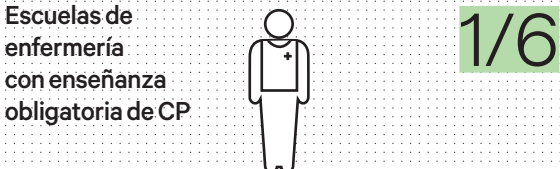
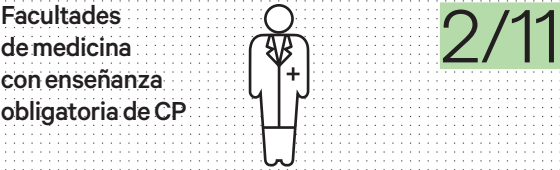
Fecha de recolección de datos: Abril-Junio 2024

Informe validado por consultores: Sí

Informe aprobado por la Asociación Nacional: Sí

Edición: Editado por el Equipo de Investigación ATLANTES (Universidad de Navarra, España).

E Educación y formación



B Políticas



A Empoderamiento de las personas y las comunidades



Ind1	Existencia de grupos dedicados a promover los derechos de los pacientes que necesitan CP, de sus cuidadores y de los supervivientes a la enfermedad.	4	Fuerte presencia nacional y subnacional de la defensa de los CP y promoción de los derechos de los pacientes (como asociación profesional de CP, por ejemplo).	En la República de El Salvador, instituciones como el Hospital La Divina Providencia y la Fundación PALIAMED juegan un papel crucial en la promoción de los CP. La Fundación PALIAMED, integrada por médicos de diversas especialidades y otros profesionales, tiene como objetivo principal el desarrollo y fomento de los CP en el país. Su trabajo se enfoca en la educación, la investigación y la asistencia a pacientes con enfermedades avanzadas, con el fin de mejorar su calidad de vida y ofrecer apoyo integral tanto a los pacientes como a sus familias. Además, PALIAMED promueve el voluntariado en El Salvador. Por otro lado, la Asociación Salvadoreña para el Estudio y Tratamiento del Dolor y CP también es un actor clave en este campo. Aunque existen asociaciones de familiares de pacientes oncológicos, estas no se concentran específicamente en los CP, al igual que algunos grupos de voluntarios que brindan apoyo de manera independiente.
	1.1 Asociaciones de profesionales de CP a la enfermedad: Sí 1.2 Asociaciones civiles, de pacientes, de familiares o voluntarios focalizados en los CP: No			
Ind2	¿Existe una política o directriz nacional sobre voluntades anticipadas o planificación compartida de decisiones?	2	Existen políticas o directrices nacionales sobre los responsables sustitutos de la toma de decisiones.	El Ministerio de Salud de El Salvador ha establecido un marco normativo para la atención de CP. En 2023, convocó a un equipo de expertos para desarrollar la Norma Técnica para la Atención de CP, la cual establece los estándares y procedimientos a seguir en la atención de pacientes con enfermedades avanzadas. Esta norma aborda aspectos clave, como la planificación compartida de los cuidados y las voluntades anticipadas, con el objetivo de garantizar una atención integral y de calidad.
Ind3	3.1. Actualmente existe un plan, programa, política o estrategia nacional de CP.	3	Realizado en los últimos 5 años, pero no evaluado o auditado activamente.	En los últimos años, El Salvador ha avanzado en la regulación de los CP. En 2020, se implementó una estrategia nacional para brindar atención integral a pacientes con enfermedades avanzadas, que aún está en proceso de evaluación y actualización. En 2016, se aprobó la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes, que reconoce el derecho de los pacientes a recibir CP, garantizando su acceso a servicios médicos para aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida. En 2021, se sancionó la Ley para la Prevención, Control y Atención de Pacientes con Cáncer, que incluye disposiciones sobre CP. El Ministerio de Salud ha establecido un programa nacional para la implementación de estos servicios, pero aún no cuenta con un presupuesto asignado para su ejecución. La Oficina de CP realiza evaluaciones periódicas mediante una guía estandarizada y los Lineamientos Técnicos para asegurar la calidad en la atención.
	3.2. El plan nacional de CP (o programa o estrategia o legislación) es independiente.	4	Existe un plan nacional independiente de cuidados paliativos y/o existe una ley/legislación/decretos gubernamentales nacionales sobre CP.	

3.3. Existen mecanismos para supervisar y evaluar los progresos, con objetivos medibles.	4 Los indicadores para el monitoreo y evaluación del progreso son aplicados actualmente.	
Ind4	4 Los servicios de CP se incluyen en la lista de servicios prioritarios para la cobertura sanitaria universal en la atención primaria del Sistema Nacional de Salud. Los cuidados paliativos se incluyen en la lista de prestaciones sanitarias de atención primaria de la ley general de sanidad.	La Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud de El Salvador, Decreto No. 302, promulgada el 17 de mayo de 2019, establece explícitamente la inclusión de los CP en el modelo de provisión de servicios de salud del país. El artículo 21 de dicha ley asegura que los CP se integran a todos los niveles de atención del sistema de salud, garantizando su disponibilidad dentro de las redes integradas de salud. Además, se destaca que el financiamiento equitativo y solidario asegura la gratuidad de estos servicios en el sector público, reforzando su importancia en el marco de la cobertura sanitaria universal. Esta integración también está reflejada en la lista de servicios prioritarios del primer nivel de atención.
Ind5	4 5.1. ¿Existe una autoridad nacional de coordinación de los CP dentro del Gobierno o del Ministerio de Salud? La entidad de coordinación de los cuidados paliativos está bien definida y tiene una buena estructura (científica y técnica). 4 5.2. La autoridad nacional de coordinación dispone de autoridad, presupuesto y personal adecuados. Tiene autoridad, presupuesto y personal adecuados.	La Oficina de CP de El Salvador se encuentra dentro de la Unidad de Políticas de Programas Sanitarios, que forma parte de la Dirección de Políticas y Gestión de Salud del Viceministerio de Gestión y Desarrollo en Salud. Esta oficina tiene autoridad tanto política como operativa. Se reúne cada dos meses con los coordinadores locales de CP y representantes de otras instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud. Cuenta con áreas técnicas y científicas, siendo la parte científica centralizada a través del Instituto Nacional de Salud, en concordancia con lo establecido por la Ley del Sistema Nacional de Salud. En resumen, la oficina dispone de la autoridad, presupuesto y personal necesarios para coordinar los CP en el país, integrando los niveles políticos y operativos.

AM

El Salvador

Investigación

Ind6

Existencia de congresos, eventos o reuniones científicas a nivel nacional relacionadas específicamente con CP.



Al menos un congreso o conferencia de cuidados no paliativos (cáncer, VIH, enfermedades crónicas, etc.) que regularmente cuente con una sección sobre cuidados paliativos, cada 1-2 años.

En los últimos años, se han realizado diversos eventos científicos enfocados en los CP. Entre ellos destacan: a) Simposios y conversatorios sobre CP, organizados a partir de 2022 por la Oficina de CP del Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud, entre otros; b) Congresos científicos de medicina interna y oncología (2023 y 2024), en los cuales los CP han sido incorporados, en el marco de especialidades médicas como oncología y medicina interna; c) Participación en el programa Tele ECHO, que organiza presentaciones mensuales de casos y conferencias relacionadas con CP.

Ind7

Investigación sobre CP en el país estimada por artículos publicados revisados por pares.



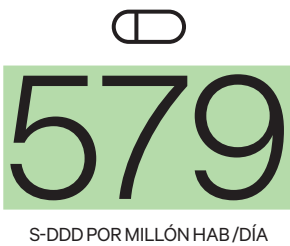
Bajo: Refleja un número limitado de artículos publicados.

La investigación en CP en El Salvador ha sido limitada, con un número reducido de artículos publicados en revistas revisadas por pares. Entre 2022 y 2024, se han realizado 9 estudios, que incluyen series de casos y estudios observacionales. Algunos de estos estudios han sido presentados en congresos latinoamericanos de CP y publicados en revistas científicas.

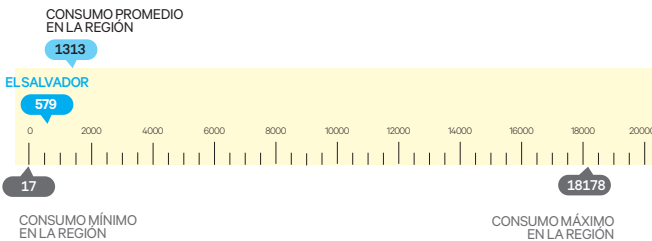
Ind8

Consumo anual notificado de opioides (excluida la metadona).

Consumo promedio de opioides, en dosis diarias definidas para fines estadísticos (S-DDD) por millón de habitantes por día.



PAÍS VS REGIÓN



Medicinas

AM

El Salvador

Medicinas

Ind9

9.1. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas urbanas que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista de Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.



Bueno: entre 30% a 70%.

En El Salvador, el Cuadro Básico de Medicamentos, establecido por las autoridades competentes, regula los fármacos disponibles en el país según los niveles de atención y su capacidad resolutive. En los centros de atención primaria no se encuentran opioides fuertes, y la morfina oral de liberación inmediata no está incluida en el cuadro básico ni disponible en las farmacias privadas. En hospitales nacionales de segundo y tercer nivel se dispone de morfina oral de liberación retardada (30 mg) y morfina parenteral (10 mg/ml). Además, se encuentran otros opioides como la metadona (10 mg VO), fentanilo en parches y presentación parenteral, y oxycodona en tabletas, tanto sola como combinada con acetaminofén.

9.2. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas rurales que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS).



Poco: entre 10% a 30%.

Ind10

10.1. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas urbanas que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy poco: entre 0% a 10%.

En El Salvador, la morfina oral de liberación retardada (30 mg) está disponible en hospitales nacionales de segundo y tercer nivel. En los centros de atención primaria no se encuentran opioides fuertes, y la morfina oral de liberación inmediata no está incluida en el cuadro básico ni disponible en las farmacias privadas.

10.2. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas rurales que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy poco: entre 0% a 10%.

Ind11

11.1. Proporción de facultades de medicina que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de medicina en el país.

2/11



En El Salvador, dos de las once universidades que ofrecen carreras de medicina imparte la cátedra de CP de forma obligatoria, lo que representa el 18% de las instituciones de educación superior que incluyen esta especialidad en sus programas de formación médica. No existen otras universidades en el país que ofrezcan un plan de estudio optativo o electivo en CP. En el ámbito de la enfermería, de las seis escuelas de enfermería, una imparte una materia obligatoria en CP para la licenciatura en enfermería y otra para la tecnología en enfermería. Sin embargo, los programas de estudio no están disponibles públicamente.

11.2. Proporción de facultades de medicina con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de medicina en el país.

0/11

11.3. Proporción de facultades de enfermería que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

1/6

11.4. Proporción de facultades de enfermería con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

0/6

Ind12

Existencia de proceso de especialización oficial en medicina paliativa para médicos, reconocida por la autoridad competente del país.

4

La medicina paliativa es una especialidad o subespecialidad (u otra denominación equivalente) reconocida por las autoridades nacionales competentes.

En El Salvador, la Universidad Dr. José Matías Delgado, a través de su Facultad de Ciencias de la Salud “Dr. Luis Edmundo Vásquez”, está implementando la especialidad oficial en ‘Medicina Paliativa’. La primera promoción de esta especialidad abarca el periodo de enero de 2023 a febrero de 2025.

Ind13

13.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.

2

Prestación aislada: Existe, pero sólo en algunas zonas geográficas.

13.2. Disponibles en hospitales (públicos o privados) como equipos hospitalarios de CP (equipos de consulta) o unidades de CP (con camas), por citar algunos ejemplos.

2

En algunas partes del país.

13.3. Hospicios independientes (incluidos los hospicios con camas de hospitalización).

2

En algunas partes del país.

13.4. Los equipos de atención domiciliaria (especializados en CP) están disponibles en la comunidad (o en la atención primaria), como servicios independientes o vinculados a hospitales u hospicios.

2

En algunas partes del país.

13.5. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país.

Ind14

14.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.

2

Prestación aislada: Existe, pero sólo en algunas zonas geográficas.

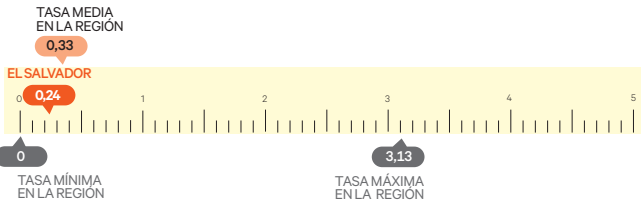
14.2. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos.

3

CPP EQUIPOS

En El Salvador, existen 15 programas especializados en CP distribuidos en el segundo y tercer nivel de atención, tanto en instituciones privadas como ONGs. Aunque no hay un registro oficial actualizado de estos programas, se sabe que hay un total de 80 programas de atención paliativa, de los cuales 15 se dedican exclusivamente a la atención especializada. La mayoría de estos servicios son ambulatorios, con algunos pocos que ofrecen hospitalización exclusivamente paliativa. El país cuenta con 7 centros especializados que pueden hospitalizar pacientes para atención paliativa, brindando servicios integrales y manejo adecuado de los síntomas. Además, 4 programas ofrecen atención domiciliaria, gestionando casos y proporcionando servicios especializados en el hogar, ajustándose a la capacidad instalada y la demanda.

TASA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CP/100.000 HAB.



15
← SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

El Salvador cuenta con tres programas especializados en CPP, los cuales brindan atención a nivel nacional mediante interconsultas, consulta externa y atención domiciliaria. Estos programas son: el Hospital Nacional Benjamin Bloom, la Fundación Ayúdame a Vivir y la Fundación La Niñez Primero. Los servicios están centralizados en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, el principal centro de referencia pediátrica del país, garantizando cobertura en todo el territorio. El equipo encargado de la atención está compuesto por un pediatra algólogo-paliativista, una enfermera paliativista y un psicólogo, todos especializados exclusivamente en CPP y sin atención a adultos.



Datos generales

POBLACIÓN, 2024:
18.406.359

SUPERFICIE KM², 2022:
108.890

MÉDICOS/AS/1000 HAB, 2022:
N/D

ENFERMERO/AS/1000 HAB, 2021-2022:
2,16

Datos socioeconómicos

NIVEL DE INGRESOS DEL PAÍS, 2022:
Mediano alto

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO, 2021:
137

PIB PER CÁPITA (US\$), 2023:
5762,82

GASTO EN SALUD PER CÁPITA (US\$), 2021:
340,96

COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL, 2021:
59



MARCO DE LA OMS PARA EL DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

- A EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES
- B POLÍTICAS DE SALUD
- C INVESTIGACIÓN
- D USO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES
- E EDUCACIÓN Y FORMACIÓN
- F PRESTACIÓN DE CP



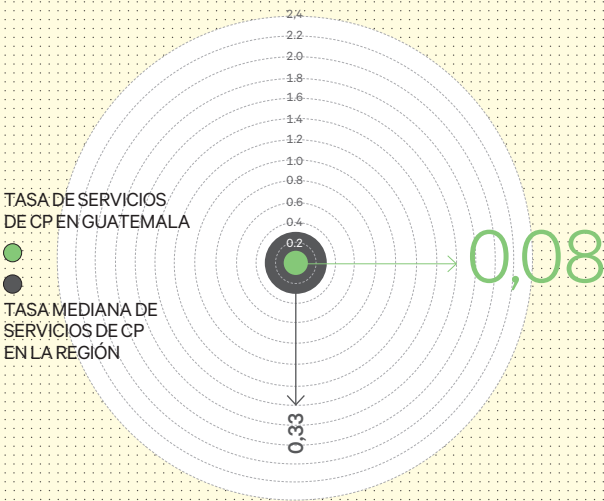
Guatemala

F Prestación de CP (Servicios Especializados)

Número Total de Servicios de CP Especializados: **15**

Tasa de Servicios de CP por cada 100.000 habitantes: **0,08**

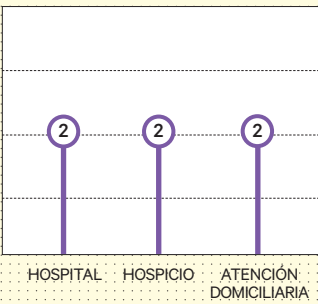
Guatemala en el contexto de la región



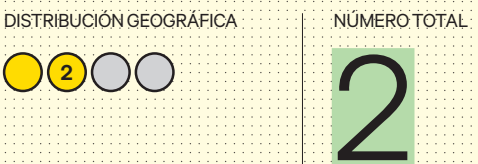
Distribución geográfica e integración de los servicios de CP



Nivel de desarrollo de los distintos tipos de servicios de CP



Servicios de CP Pediátricos

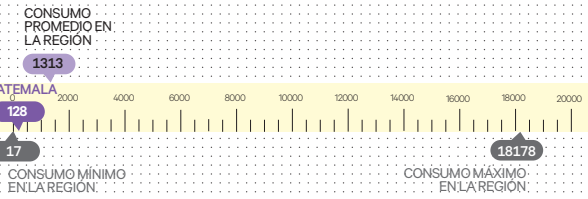


Guatemala

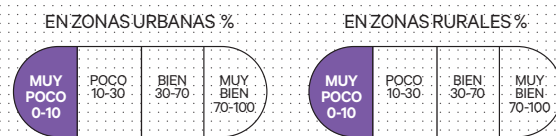
D Uso de medicamentos esenciales

Consumo de opioides (excluyendo metadona): **128** S-DDD POR MILLÓN HAB/DÍA

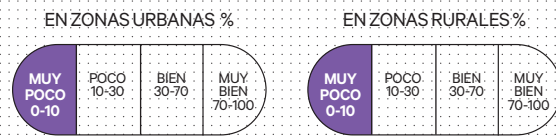
Guatemala en el contexto de la región



Disponibilidad general de medicamentos esenciales para el dolor y los CP en el primer nivel de atención



Disponibilidad general de morfina oral de liberación inmediata en el primer nivel de atención



C Investigación

Artículos de investigación relacionados con los CP: **1**

Existencia de congresos o reuniones científicas: **4**



Consultores: Alexandra Aceituno, Eva Rossina Duarte Juárez, Myriam Patricia Rios Castellanos.

Asociación Nacional de CP: Asociación Guatemalteca para el Estudio y Tratamiento del Dolor, Asociación Guatemalteca de Medicina Paliativa (AGMEPAL), la Asociación Interdisciplinaria de Cuidados Paliativos de Guatemala.

Fecha de recolección de datos: Abril-Junio 2024

Informe validado por consultores: Sí

Informe aprobado por la Asociación Nacional: Sí

Edición: Editado por el Equipo de Investigación ATLANTES (Universidad de Navarra, España).

E Educación y formación

Facultades de medicina con enseñanza obligatoria de CP: **1/6**

Escuelas de enfermería con enseñanza obligatoria de CP: **1/7**

Reconocimiento de la especialidad en CP: **2**

B Políticas

Plan o estrategia nacional de CP: **1**

Autoridad responsable de los CP en el Ministerio de Salud: **1**

Inclusión de los CP en el paquete básico de salud en el nivel de atención primaria: **1**

A Empoderamiento de las personas y las comunidades

Grupos que promueven los derechos de los pacientes: **4**

Políticas relacionadas con la planificación anticipada de cuidados: **1**

Ind1	Existencia de grupos dedicados a promover los derechos de los pacientes que necesitan CP, de sus cuidadores y de los supervivientes a la enfermedad.	4 Fuerte presencia nacional y subnacional de la defensa de los CP y promoción de los derechos de los pacientes (como asociación profesional de CP, por ejemplo).	En la República de Guatemala, existen diversas asociaciones profesionales enfocadas en el estudio y tratamiento de enfermedades y el manejo del dolor, entre las cuales se destacan la Asociación Guatemalteca para el Estudio y Tratamiento del Dolor, la Asociación Guatemalteca de Medicina Paliativa (AGMEPAL) y la Asociación Interdisciplinaria de PC de Guatemala. Estas organizaciones están comprometidas con la atención de pacientes con enfermedades graves y avanzadas, promoviendo el acceso a tratamientos paliativos. Sin embargo, el país carece de otras asociaciones civiles dedicadas específicamente a la defensa de los derechos de los pacientes en cuanto a los CP, sus actividades están enfocadas en informar y empoderar a los pacientes y sus familias sobre la enfermedad.
	1.1 Asociaciones de profesionales de CP a la enfermedad: No 1.2 Asociaciones civiles, de pacientes, de familiares o voluntarios focalizados en los CP: Sí		
Ind2	¿Existe una política o directriz nacional sobre voluntades anticipadas o planificación compartida de decisiones?	1 No existe política ni directriz nacional sobre planificación de decisiones anticipadas.	El Código de Salud de Guatemala, en su Artículo 6, establece que todos los habitantes tienen derecho al respeto de su persona, dignidad humana, intimidad y secreto profesional, así como a ser informados sobre los riesgos de la salud, las enfermedades y los servicios disponibles. No obstante, no existen disposiciones a nivel nacional que regulen la toma de decisiones médicas anticipadas, el testamento vital o la figura de un sustituto legal autorizado para decidir en nombre de un paciente incapaz. Sin embargo, la Ley de Atención Integral del Cáncer (2024) introduce un avance importante, al garantizar el derecho de los pacientes a aceptar o rechazar procedimientos, diagnósticos, terapias o medidas extraordinarias, especialmente en fase terminal.
Ind3	3.1. Actualmente existe un plan, programa, política o estrategia nacional de CP. 3.2. El plan nacional de CP (o programa o estrategia o legislación) es independiente.	1 No existe. 3 Existe una sección dedicada a los cuidados paliativos en otro plan nacional, como el del cáncer, las enfermedades no transmisibles (ENT) o el VIH.	La Ley de Atención Integral al Cáncer, recientemente aprobada por el Congreso de Diputados de Guatemala, incluye en su Capítulo 5 una sección dedicada a la atención integral, que abarca los CP. Sin embargo, a pesar de la aprobación de la ley este año, aún no se ha implementado, lo que impide un seguimiento adecuado sobre su ejecución y la provisión de CP conforme a lo estipulado. Además, es relevante señalar que el programa nacional de VIH no contempla un apartado específico para CP.

3.3. Existen mecanismos para supervisar y evaluar los progresos, con objetivos medibles.	1 No existe.	
Ind4	Los servicios de CP se incluyen en la lista de servicios prioritarios para la cobertura sanitaria universal en la atención primaria del Sistema Nacional de Salud.	1 No están incluidos. En las páginas oficiales del gobierno de Guatemala, se detallan las atribuciones y los servicios ofrecidos en cada nivel del sistema de atención primaria de salud. Sin embargo, en ninguna de estas descripciones se menciona de manera específica la integración de servicios de CP en dichos niveles.
Ind5	5.1. ¿Existe una autoridad nacional de coordinación de los CP dentro del Gobierno o del Ministerio de Salud? 5.2. La autoridad nacional de coordinación dispone de autoridad, presupuesto y personal adecuados.	1 No existe entidad de coordinación. En el sistema de salud de Guatemala, no existe un funcionario con nombramiento específico como director de CP. 1 No tiene autoridad o recursos adecuados (presupuesto, personal, etc.)

AM

Guatemala

Investigación

Ind6

Existencia de congresos, eventos o reuniones científicas a nivel nacional relacionadas específicamente con CP.



Al menos un congreso nacional dedicado específicamente a los cuidados paliativos cada 3 años.

En Guatemala, cada año se lleva a cabo un congreso internacional e interdisciplinario de CP, organizado por la Fundación Ammar Ayudando. Este evento está dirigido a médicos, enfermeras, psicólogos y otros profesionales de la salud de la región iberoamericana.

Ind7

Investigación sobre CP en el país estimada por artículos publicados revisados por pares.



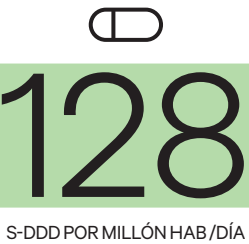
Escaso o muy bajo: Indica un número mínimo o inexistente de artículos publicados sobre el tema en ese país.

En Guatemala, son escasas las publicaciones en revistas indexadas realizadas por autores nacionales, y no se ha registrado ninguna en la que el principal investigador sea un médico guatemalteco. En PubMed, se encuentra un artículo publicado en 2021 en colaboración con otros investigadores, que aborda el tema de los CP en el contexto guatemalteco. Existen otras publicaciones locales y tesis.

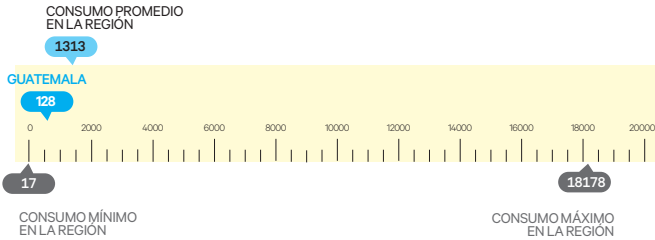
Ind8

Consumo anual notificado de opioides (excluida la metadona).

Consumo promedio de opioides, en dosis diarias definidas para fines estadísticos (S-DDD) por millón de habitantes por día.



PAÍS VS REGIÓN



Medicinas

AM

Guatemala

Medicinas

Ind9

9.1. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas urbanas que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista de Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.



Muy poco: entre 0% a 10%.

En Guatemala, la disponibilidad de medicamentos esenciales para el dolor y los CP en los niveles 1 y 2 es limitada. Los puestos y centros de salud no tienen la capacidad instalada, el personal entrenado ni los medicamentos necesarios para proporcionar CP a la población. Solo algunos hospitales de mayor complejidad, como el Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt, Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), Unidad Nacional de Oncología Pediátrica, y hospitales privados, cuentan con acceso a estos medicamentos. En las áreas rurales fuera de la ciudad, los pacientes no pueden acceder a estos medicamentos y deben viajar a la ciudad para obtenerlos.

9.2. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas rurales que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS).



Muy poco: entre 0% a 10%.

Ind10

10.1. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas urbanas que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy poco: entre 0% a 10%.

En Guatemala, la disponibilidad de medicamentos para el dolor y los CP es sumamente limitada, especialmente en áreas rurales, donde el acceso es aún más restringido. Cuando estos medicamentos están disponibles, el proceso para obtenerlos es largo, burocrático y complicado, lo que representa un obstáculo considerable, especialmente para los pacientes de escasos recursos en el interior del país. En los centros de primer nivel de atención, no existe acceso a estos. Además, la oferta de medicamentos disponibles está restringida, ya que solo se cuenta con morfina oral en presentación de liberación prolongada (30 mg) y morfina intravenosa (IV), pero no se dispone de morfina oral líquida.

10.2. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas rurales que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy poco: entre 0% a 10%.

AM

Guatemala

Educación y Formación

Ind11

11.1. Proporción de facultades de medicina que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de medicina en el país.

1/6



En Guatemala existen seis Facultades de Medicina, de las cuales una, la Universidad Mariano Gálvez, ofrece un curso obligatorio de CP en el cuarto año de la carrera, denominado Externado Hospitalario, donde los estudiantes rotan durante cinco semanas por la Unidad de CP del Hospital Roosevelt. Los cursos electivos en CP son asignados a discreción de cada estudiante, según los requisitos de su universidad, y pueden realizarse en unidades de CP de hospitales públicos como el Hospital Roosevelt y el Hospital San Juan de Dios. En Guatemala no existen cursos electivos estructurados CP para estudiantes de medicina o enfermería. En cuanto a las siete Facultades de Enfermería, solo una, la Universidad del Istmo, ofrece un curso obligatorio de CP en el pregrado.

11.2. Proporción de facultades de medicina con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de medicina en el país.

0/6

11.3. Proporción de facultades de enfermería que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

1/7

11.4. Proporción de facultades de enfermería con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

0/7

Ind12

Existencia de proceso de especialización oficial en medicina paliativa para médicos, reconocida por la autoridad competente del país.



No existe un proceso de especialización para médicos de cuidados paliativos, pero sí otro tipo de títulos de formación profesional sin reconocimiento oficial y nacional.

En Guatemala, la Universidad Galileo ofrece una Maestría en CP; sin embargo, esta formación se caracteriza por ser principalmente teórica, sin incluir una práctica hospitalaria integral.

AM

Guatemala

Prestación de CP / Servicios especializados

Ind13

13.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.



Prestación aislada: Existe, pero sólo en algunas zonas geográficas.

13.2. Disponibles en hospitales (públicos o privados) como equipos hospitalarios de CP (equipos de consulta) o unidades de CP (con camas), por citar algunos ejemplos.



En algunas partes del país.

13.3. Hospicios independientes (incluidos los hospicios con camas de hospitalización).



En algunas partes del país.

13.4. Los equipos de atención domiciliaria (especializados en CP) están disponibles en la comunidad (o en la atención primaria), como servicios independientes o vinculados a hospitales u hospicios.

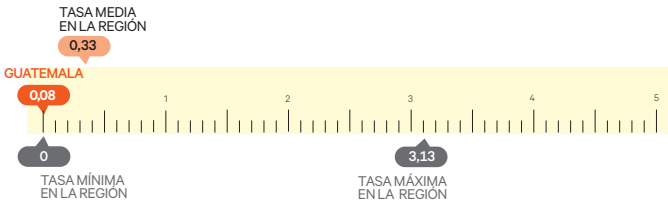


En algunas partes del país.

13.5. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país.

En Guatemala, la oferta de cuidados paliativos es limitada y se concentra en la Ciudad de Guatemala. En 2024 existen cinco unidades especializadas: dos públicas (Hospital Roosevelt y Hospital General San Juan de Dios), una privada (Unidad de Medicina Integral) y dos orientadas a pacientes con cáncer, el INCAN para adultos y la UNOP para población pediátrica. Además, funcionan dos hospices: el Hospice Villa de la Esperanza, gestionado por la Fundación Ammar Ayudando, que brinda atención gratuita e integral a pacientes de escasos recursos, y el Hospice Eduardo Mini de la UNOP, exclusivo para niños con cáncer. El país dispone de cuatro equipos ambulatorios privados (PROCAVI, VITAE, CUIDARE e Integra Cancer Center), así como oficinas de atención paliativa en hospitales nacionales y clínicas vinculadas a INCAN, IGSS y UNOP. No existen unidades de encamamiento independientes en hospitales públicos, utilizándose las áreas generales.

TASA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CP/100.000 HAB.



15
← SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Ind14

14.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.



Prestación aislada: Existe, pero sólo en algunas zonas geográficas.

14.2. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos.

2

CPP EQUIPOS

En Guatemala, existen dos hospices especializados en atención pediátrica. El Hospice Villa de la Esperanza, gestionado por la Fundación Ammar Ayudando, una ONG que se financia de manera mixta, por donaciones y cobros a algunos pacientes, recibe niños con cáncer y otras enfermedades terminales. El Hospice Estuardo Mini, sostenido por la Fundación Ayúdame a Vivir con fondos gubernamentales, atiende a pacientes de la Unidad Nacional de Oncología, vinculada al Hospital Roosevelt, un hospital público. Ambos hospices cuentan con equipos multidisciplinarios y voluntariado, y su atención está exclusivamente dirigida a niños con cáncer.



Datos generales

POBLACIÓN, 2024:
11.772.557

SUPERFICIE KM², 2022:
112.490

MÉDICOS/AS/1000 HAB, 2022:
N/D

ENFERMERO/AS/1000 HAB, 2021-2022:
N/D

Datos socioeconómicos

NIVEL DE INGRESOS DEL PAÍS, 2022:
Mediano bajo

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO, 2021:
139

PIB PER CÁPITA (US\$), 2023:
3231,66

GASTO EN SALUD PER CÁPITA (US\$), 2021:
253,92

COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL, 2021:
64



MARCODE LA OMS PARA EL DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

- ① EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES
- ② POLÍTICAS DE SALUD
- ③ INVESTIGACIÓN
- ④ USO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES
- ⑤ EDUCACIÓN Y FORMACIÓN
- ⑥ PRESTACIÓN DE CP



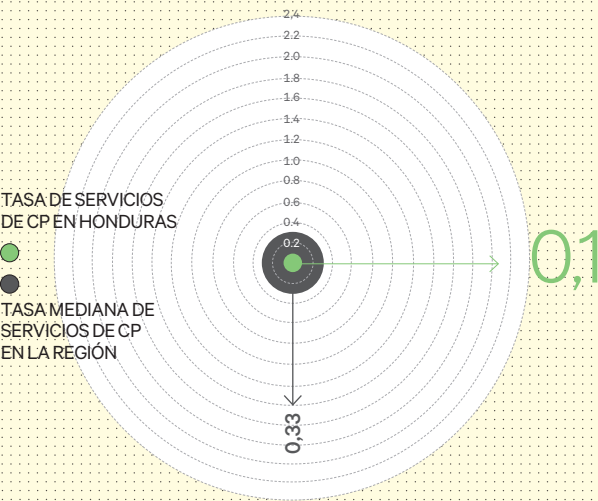
Honduras

F Prestación de CP (Servicios Especializados)

Número Total de Servicios de CP Especializados
12

Tasa de Servicios de CP por cada 100.000 habitantes
0,1

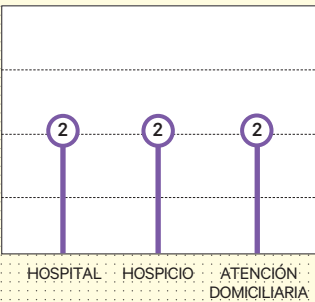
Honduras en el contexto de la región



Distribución geográfica e integración de los servicios de CP



Nivel de desarrollo de los distintos tipos de servicios de CP



Servicios de CP Pediátricos

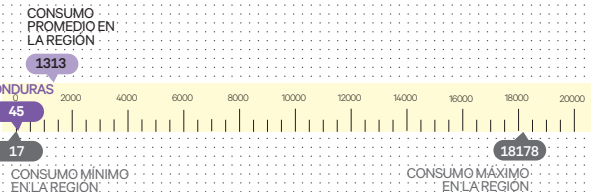


Honduras

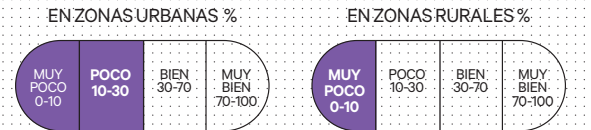
D Uso de medicamentos esenciales

Consumo de opioides (excluyendo metadona)
45
S-DDD POR MILLÓN HAB/DÍA

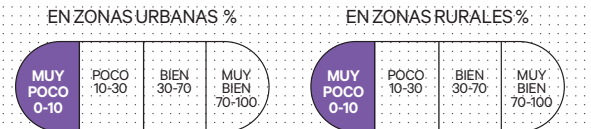
Honduras en el contexto de la región



Disponibilidad general de medicamentos esenciales para el dolor y los CP en el primer nivel de atención



Disponibilidad general de morfina oral de liberación inmediata en el primer nivel de atención



C Investigación

Artículos de investigación relacionados con los CP



Existencia de congresos o reuniones científicas



Consultores: Gloria J. Mancía, Sandra Deras Fuentes, Tulio Velasques Castellanos.

Asociación Nacional de CP: -

Fecha de recolección de datos: Abril-Junio 2024

Informe validado por consultores: Si

Informe aprobado por la Asociación Nacional: -

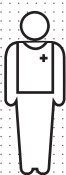
Edición: Editado por el Equipo de Investigación ATLANTES (Universidad de Navarra, España).

E Educación y formación

Facultades de medicina con enseñanza obligatoria de CP
0/3



Escuelas de enfermería con enseñanza obligatoria de CP
1/3



Reconocimiento de la especialidad en CP
2



B Políticas

Plan o estrategia nacional de CP
1



Autoridad responsable de los CP en el Ministerio de Salud
1



Inclusión de los CP en el paquete básico de salud en el nivel de atención primaria
1



A Empoderamiento de las personas y las comunidades

Grupos que promueven los derechos de los pacientes
2



Políticas relacionadas con la planificación anticipada de cuidados
1



Personas y comunidades

Ind1

Existencia de grupos dedicados a promover los derechos de los pacientes que necesitan CP, de sus cuidadores y de los supervivientes a la enfermedad.

1.1 Asociaciones de profesionales de CP a la enfermedad: Sí

1.2 Asociaciones civiles, de pacientes, de familiares o voluntarios focalizados en los CP: Sí



Se identifican las primeras voces, defensores y promotores de los cuidados paliativos, pero sin una organización formal constituida.

En la República de Honduras, la Asociación Hondureña de Lucha Contra el Cáncer (www.cccerc.org) se enfoca en ofrecer tratamiento contra el cáncer, aunque con una cobertura limitada en CP. Adicionalmente, la Asociación del Paciente con Cáncer Fe y Esperanza (ASOPAFE), promueve los derechos y el acceso a cuidados de los pacientes oncológicos. Existen también otras entidades como la Fundación OMEGA, la Fundación Pro Cáncer y la Fundación Hondureña para el Niño con Cáncer, así como diversas organizaciones independientes y pequeñas de pacientes y cuidadores que abogan por la mejora de los CP y el manejo adecuado del dolor. Sin embargo, no se disponen de datos precisos sobre la magnitud de estas iniciativas.

Ind2

¿Existe una política o directriz nacional sobre voluntades anticipadas o planificación compartida de decisiones?



No existe política ni directriz nacional sobre planificación de decisiones anticipadas.

En Honduras, los lineamientos, protocolos y normativas existentes no contemplan el concepto de decisiones médicas anticipadas. Además, no se dispone de un marco legal que regule este ámbito, ni existen proyectos en desarrollo para su implementación.

Ind3

3.1. Actualmente existe un plan, programa, política o estrategia nacional de CP.



No existe.

En Honduras no existe un programa, plan o política exclusiva para CP. No obstante, recientemente se ha aprobado una ley que incluye una sección específica dentro del plan nacional para garantizar la atención paliativa para pacientes con cáncer.

3.2. El plan nacional de CP (o programa o estrategia o legislación) es independiente.



Existe una sección dedicada a los cuidados paliativos en otro plan nacional, como el del cáncer, las enfermedades no transmisibles (ENT) o el VIH.

Políticas

Políticas

3.3. Existen mecanismos para supervisar y evaluar los progresos, con objetivos medibles.



No existe.

Ind4

Los servicios de CP se incluyen en la lista de servicios prioritarios para la cobertura sanitaria universal en la atención primaria del Sistema Nacional de Salud.



No están incluidos.

Los CP no están incluidos en los planes nacionales de salud de Honduras.

Ind5

5.1. ¿Existe una autoridad nacional de coordinación de los CP dentro del Gobierno o del Ministerio de Salud?



No existe entidad de coordinación.

Al no estar incluidos en el marco normativo de salud, los CP en Honduras carecen de personal, presupuesto y una política de salud específica.

5.2. La autoridad nacional de coordinación dispone de autoridad, presupuesto y personal adecuados.



No tiene autoridad o recursos adecuados (presupuesto, personal, etc.)

AM

Honduras

Investigación

Ind6

Existencia de congresos, eventos o reuniones científicas a nivel nacional relacionadas específicamente con CP.



Solo se celebran conferencias o reuniones científicas esporádicos o no periódicos relacionados con los cuidados paliativos.

En Honduras no existe una asociación nacional de CP ni se celebran congresos específicos sobre el tema. No obstante, se está alentando a los médicos jóvenes con formación en este ámbito a unirse y tomar los pasos necesarios para crear dicha asociación. Algunos consideran más factible integrarse a la Sociedad de Estudios y Manejo del Dolor, la cual ya está constituida y ha incorporado el apoyo a los CP en sus congresos locales, dedicando solo una parte del evento a este tema. En mayo de 2024, esta organizó un congreso que incluyó una sección dedicada a los CP.

Ind7

Investigación sobre CP en el país estimada por artículos publicados revisados por pares.



Escaso o muy bajo: Indica un número mínimo o inexistente de artículos publicados sobre el tema en ese país.

Hasta la fecha, en Honduras solo se han publicado artículos de opinión sobre los CP, elaborados por autores locales, alguno en colaboración con autores internacionales. Estos artículos se encuentran disponibles en diversas ediciones de la Revista Médica Hondureña, así como en el Revista de la Facultad de Ciencias Médicas.

Medicinas

Ind8

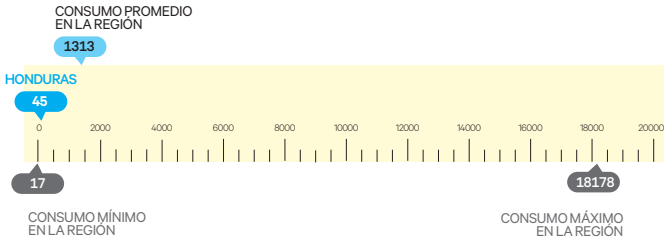
Consumo anual notificado de opioides (excluida la metadona).

Consumo promedio de opioides, en dosis diarias definidas para fines estadísticos (S-DDD) por millón de habitantes por día.



S-DDD POR MILLÓN HAB./DÍA

PAÍS VS REGIÓN



AM

Honduras

Medicinas

Ind9

9.1. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas urbanas que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista de Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.



Poco: entre 10% a 30%.

9.2. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas rurales que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS).



Muy poco: entre 0% a 10%.

En Honduras, el sistema de atención en salud está dividido en dos niveles: el primer nivel, incluye unidades de atención primaria, centros integrales de salud y policlínicos, y el segundo nivel, abarca hospitales básicos, generales de especialidades, institutos y psiquiátricos. En el primer nivel, se disponen de AINES como paracetamol, diclofenaco, ibuprofeno y ASA en presentación oral, y paracetamol IV en policlínicos. Los opioides no están disponibles, salvo el tramadol, que se encuentra solo en policlínicos. La escasez de medicamentos es más grave en áreas rurales debido a la falta de personal especializado y la estricta regulación de opiáceos, obligando a los pacientes a desplazarse a áreas urbanas para recibir atención. En áreas urbanas también se experimenta escasez debido a la alta demanda y mala administración de opiáceos, lo que lleva a que algunos pacientes solo reciban paracetamol. La situación se ve agravada por la saturación de los servicios.

Ind10

10.1. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas urbanas que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy poco: entre 0% a 10%.

10.2. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas rurales que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy poco: entre 0% a 10%.

A nivel hospitalario y en farmacias privadas de Honduras, no se encuentra disponible la presentación inmediata de ciertos medicamentos desde hace más de un año. Solo está disponible la forma de acción retardada en tabletas y ampollas.

Ind11

11.1. Proporción de facultades de medicina que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de medicina en el país.

0/3



En Honduras, tres universidades cuentan con facultades de ciencias médicas: la Universidad Católica de Honduras, la Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC) y la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). La Universidad Católica de Honduras ofrece un curso obligatorio de CP en la Licenciatura en Enfermería, mientras que en la Licenciatura en Medicina y Cirugía no se incluyen estudios de CP. La UNITEC, a través de CEUTEC, y la UNAH tampoco los incorporan en los planes de estudio de sus programas de Enfermería y Medicina, aunque la UNAH ofrece un diplomado de 3 meses en CP como parte de la educación continua para profesionales, con costo adicional.

11.2. Proporción de facultades de medicina con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de medicina en el país.

0/3

11.3. Proporción de facultades de enfermería que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

1/3

11.4. Proporción de facultades de enfermería con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

0/3

Ind12

Existencia de proceso de especialización oficial en medicina paliativa para médicos, reconocida por la autoridad competente del país.

2

No existe un proceso de especialización para médicos de cuidados paliativos, pero sí otro tipo de títulos de formación profesional sin reconocimiento oficial y nacional.

En Honduras, existen dos diplomados y un certificado en CP ofrecidos por tres universidades. Sin embargo, solo uno de estos diplomados es reconocido por la UNAH, la entidad de educación superior encargada de validar títulos extranjeros que cumplen con todos los requisitos. De manera similar, el Colegio Médico de Honduras reconoce los títulos aprobados por la UNAH. No se dispone de evidencia del diplomado en CP de la Universidad Tecnológica de Honduras.

Ind13

13.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.

2

Prestación aislada: Existe, pero sólo en algunas zonas geográficas.

13.2. Disponibles en hospitales (públicos o privados) como equipos hospitalarios de CP (equipos de consulta) o unidades de CP (con camas), por citar algunos ejemplos.

2

En algunas partes del país.

13.3. Hospicios independientes (incluidos los hospicios con camas de hospitalización).

2

En algunas partes del país.

13.4. Los equipos de atención domiciliaria (especializados en CP) están disponibles en la comunidad (o en la atención primaria), como servicios independientes o vinculados a hospitales u hospicios.

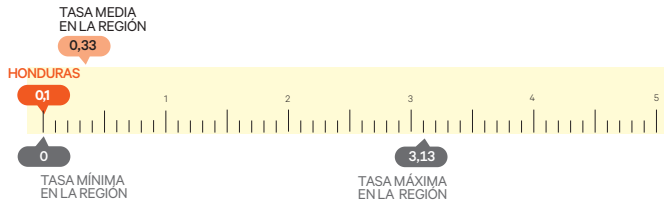
2

En algunas partes del país.

13.5. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país.

En Honduras, diversos centros y hospitales ofrecen servicios de CP, tanto hospitalarios como domiciliarios. Estos centros incluyen hospitales públicos y privados, así como fundaciones especializadas en el manejo de pacientes oncológicos. Los servicios proporcionados abarcan desde el manejo del dolor y otros síntomas hasta la atención integral de los pacientes y sus familias. La Fundación OMEGA por ejemplo, destaca por su dedicación exclusiva a los CP y la Fundación Pequeños Guerreros, que actúa como hospicio y albergue en San Pedro Sula. Sin embargo, la disponibilidad de CP varía dependiendo de la región y la institución, y la identificación de más unidades especializadas es difícil debido a la falta de información actualizada en los directorios médicos y la ausencia de un marco normativo específico para los CP en el país.

TASA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CP/100.000 HAB.



12

SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Ind14

14.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.

2

Prestación aislada: Existe, pero sólo en algunas zonas geográficas.

14.2. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos.

3

CPP EQUIPOS

En Honduras existen tres servicios que brindan atención a pacientes pediátricos con necesidades paliativas: el Hospital María, la Fundación Hondureña para el Niño con Cáncer y la Fundación Pequeños Guerreros. El Hospital Materno Infantil en Tegucigalpa, unidad de oncología pediátrica, recibe apoyo de la Fundación Hondureña para el Niño con Cáncer. En el Hospital María se atiende a pacientes no oncológicos en una unidad de especialidades pediátricas, funcionando como servicio interconsultante. Ambos centros cuentan con médicos especializados en CP. La Fundación del Niño con Cáncer realiza visitas domiciliarias, pero no se enfoca solo en pacientes paliativos. La Fundación Pequeños Guerreros en San Pedro Sula opera como hospicio y albergue para niños y adolescentes.



Datos generales

POBLACIÓN, 2024
130.861.007

SUPERFICIE KM², 2022
1.964.375

MÉDICOS/AS/1000 HAB, 2022
N/D

ENFERMERO/AS/1000 HAB, 2021-2022
1,6

Datos socioeconómicos

NIVEL DE INGRESOS DEL PAÍS, 2022
Mediano alto

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO, 2021
81

PIB PER CÁPITA (US\$), 2023
13790,02

GASTO EN SALUD PER CÁPITA (US\$), 2021
610.65

COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL, 2021
75



MARCODE LA OMS PARA EL DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

- ① EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES
- ② POLÍTICAS DE SALUD
- ③ INVESTIGACIÓN
- ④ USO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES
- ⑤ EDUCACIÓN Y FORMACIÓN
- ⑥ PRESTACIÓN DE CP

NIVEL DE DESARROLLO

- ① EMERGENTE
- ② EN PROGRESO
- ③ ESTABLECIDO
- ④ AVANZADO

México

F Prestación de CP (Servicios Especializados)

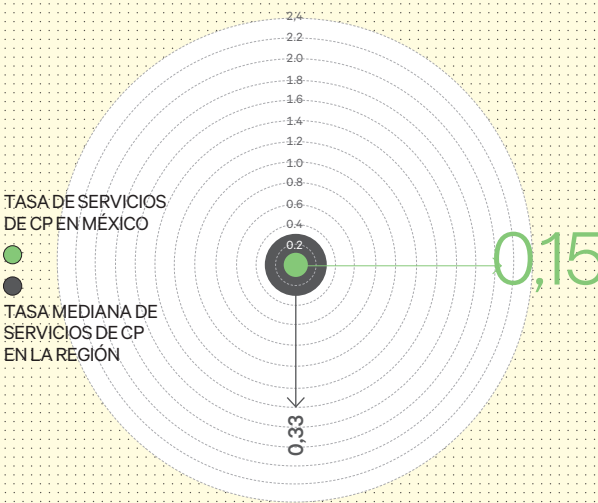
Número Total de Servicios de CP Especializados

208

Tasa de Servicios de CP por cada 100.000 habitantes

0,15

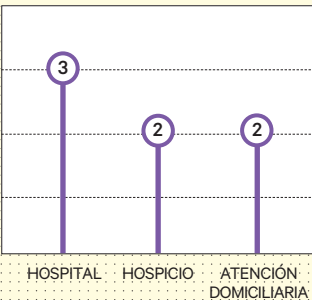
México en el contexto de la región



Distribución geográfica e integración de los servicios de CP



Nivel de desarrollo de los distintos tipos de servicios de CP



Servicios de CP Pediátricos



NÚMERO TOTAL

26



México

D Uso de medicamentos esenciales

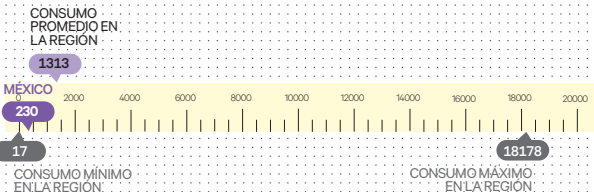


Consumo de opioides (excluyendo metadona)

230

S-DDD POR MILLÓN HAB/DÍA

México en el contexto de la región



Disponibilidad general de medicamentos esenciales para el dolor y los CP en el primer nivel de atención



EN ZONAS URBANAS %



EN ZONAS RURALES %

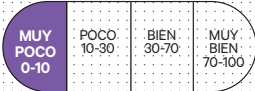


Disponibilidad general de morfina oral de liberación inmediata en el primer nivel de atención

EN ZONAS URBANAS %



EN ZONAS RURALES %



C Investigación

Artículos de investigación relacionados con los CP



Existencia de congresos o reuniones científicas



Consultores: Ver página 19.

Asociación Nacional de CP: Asociación Mexicana de Estudio y Tratamiento del Dolor, Fundación de MP y de Alivio de Dolor en Cáncer, Centro de CP de México, Centro de Atención Paliativa de México, Asociación Panamericana de CP, Instituto Medicina del Dolor y CP, Colegio Mexicano de

CP y Soporte, Instituto Mexicano de CP y Logoterapia S.C.

Fecha de recolección de datos: Abril-Junio 2024

Informe validado por consultores: Sí

Informe aprobado por la Asociación Nacional: Sí

Edición: Editado por el Equipo de Investigación ATLANTES.

E Educación y formación

Facultades de medicina con enseñanza obligatoria de CP



27/112

Escuelas de enfermería con enseñanza obligatoria de CP



N/D

Reconocimiento de la especialidad en CP



B Políticas

Plan o estrategia nacional de CP



Autoridad responsable de los CP en el Ministerio de Salud



Inclusión de los CP en el paquete básico de salud en el nivel de atención primaria



A Empoderamiento de las personas y las comunidades



Grupos que promueven los derechos de los pacientes



Políticas relacionadas con la planificación anticipada de cuidados



Ind1	Existencia de grupos dedicados a promover los derechos de los pacientes que necesitan CP, de sus cuidadores y de los supervivientes a la enfermedad.	4	Fuerte presencia nacional y subnacional de la defensa de los cuidados paliativos y promoción de los derechos de los pacientes.	En los Estados Unidos Mexicanos, existen diversas asociaciones profesionales dedicadas a los CP, como la Asociación Mexicana de Estudio y Tratamiento del Dolor (1979), la Fundación de Medicina Paliativa y de Alivio de Dolor en Cáncer (1992), y el Centro de CP de México (2006), entre otras. Asimismo, tres estados cuentan con Comisiones Estatales de CP: Estado de México (2014), Chiapas (2018) y Jalisco (2022), que agrupan actores locales e institucionales para desarrollar marcos de acción en este campo. Aunque no hay asociaciones específicas para promover los derechos de los pacientes paliativos, organizaciones como Antes de Partir, CECPAM y Juntos contra el Cáncer brindan apoyo a pacientes y familias. Estas organizaciones complementan los esfuerzos institucionales al ofrecer asistencia directa durante el proceso de atención paliativa, especialmente en diversas regiones, incluida la Ciudad de México.
	1.1 Asociaciones de profesionales de CP a la enfermedad: No 1.2 Asociaciones civiles, de pacientes, de familiares o voluntarios focalizados en los CP: No			
Ind2	¿Existe una política o directriz nacional sobre voluntades anticipadas o planificación compartida de decisiones?	3	Existen políticas o directrices nacionales sobre testamentos vitales sobre decisiones anticipadas.	En México, la Ley General de Salud establece directrices anticipadas, permitiendo que los individuos mayores de edad decidan sobre su tratamiento o la falta del mismo, con la garantía de un representante legal y dos testigos. Estas decisiones pueden formalizarse ante personal de salud en caso de enfermedad grave. La Ley de CP, a través del Título Octavo Bis y el artículo 166, crea un marco legal para asegurar la dignidad de los pacientes en situación terminal, ofreciendo CP adecuados y asegurando una muerte digna. Esta ley define conceptos esenciales como CP, obstinación terapéutica y el derecho a una muerte natural asistida. Establece que los pacientes tienen derecho a recibir atención médica integral, optar por tratamientos paliativos, rechazar tratamientos curativos y acceder a atención espiritual. .
Ind3	3.1. Actualmente existe un plan, programa, política o estrategia nacional de CP.	2	Desarrollado hace más de 5 años.	La legislación y normativa sobre CP en México son vigentes a nivel nacional. La Norma Oficial Mexicana (NOM-011-SSA3-2014) establece criterios para la atención de personas en situación terminal, formalizando pautas para la prestación de CP. Además, los CP están incluidos en la Ley General de Salud (Capítulo VIII Bis), garantizando derechos como el acceso a tratamientos paliativos, la gestión del dolor y la toma de decisiones por parte del paciente. Aunque existen mecanismos e indicadores para supervisar su implementación, no se ha contado con presupuesto específico ni seguimiento adecuado, lo que dificulta la aplicación efectiva. El Programa Nacional de CP (PALIAR), aprobado en 2010, no ha sido actualizado ni ha recibido seguimiento en los últimos años, lo que ha desfasado su inte-
	3.2. El plan nacional de CP (o programa o estrategia o legislación) es independiente.	2	Existe un plan de cuidado paliativo nacional en desarrollo.	

3.3. Existen mecanismos para supervisar y evaluar los progresos, con objetivos medibles.	2 Existen mecanismos para supervisar y evaluar los progresos con objetivos claros, pero aún no se han puesto en práctica.	gración en el sistema de salud. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) ha creado el programa PALIATIVISSSTE, dirigido a sus afiliados, pero su alcance es limitado.
Ind4 Los servicios de CP se incluyen en la lista de servicios prioritarios para la cobertura sanitaria universal en la atención primaria del Sistema Nacional de Salud.	4 Los cuidados paliativos se incluyen en la lista de prestaciones sanitarias de atención primaria de la ley general de sanidad.	En México, los servicios de CP están incluidos en la lista de servicios prioritarios para la cobertura sanitaria universal en la atención primaria, según la Norma Oficial Mexicana (NOM-011-SSA3-2014) y la Ley General de Salud.
Ind5 5.1. ¿Existe una autoridad nacional de coordinación de los CP dentro del Gobierno o del Ministerio de Salud? 5.2. La autoridad nacional de coordinación dispone de autoridad, presupuesto y personal adecuados.	2 La entidad de coordinación tiene una estructura incompleta (falta una sección científica o técnica). 1 No tiene autoridad o recursos adecuados (presupuesto, personal, etc.)	En México, aunque los CP están normativamente incluidos en diversos programas de la Secretaría de Salud, no existe una autoridad nacional de coordinación bien establecida dentro del gobierno o del Ministerio de Salud. A pesar de que el secretario de Salud es la autoridad máxima, hay vacíos significativos, como la falta de un profesional específicamente designado para CP, personal especializado y un presupuesto asignado para su implementación. En las diferentes instituciones del sistema de salud, algunas cuentan con coordinadores específicos, lo que genera una gran heterogeneidad en la organización de funciones. Ejemplo de esto es el ISSSTE, que ha establecido una Coordinación Nacional de Atención Paliativa, aunque esta iniciativa es limitada a esa institución y no tiene un alcance nacional.

Ind6

Existencia de congresos, eventos o reuniones científicas a nivel nacional relacionadas específicamente con CP.



Al menos un congreso nacional dedicado específicamente a los cuidados paliativos cada 3 años.

El Congreso Nacional de CP organizado por la Asociación Mexicana de CP y Algiólogos A.C. es uno de los eventos de carácter nacional en México, celebrándose anualmente en diferentes ciudades, como Ciudad de México (2023 y 2022), Guadalajara (2019), y de manera virtual en 2021 debido a la pandemia. Además de este, existen otros congresos de diferentes niveles organizados por instituciones estatales y locales, como el Congreso Internacional de CP de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México o eventos organizados por hospitales como el Centro Médico Nacional La Raza. Aunque no son de alcance estrictamente nacional, estos congresos también contribuyen significativamente a la promoción y capacitación en CP a nivel regional y local. La Asociación Mexicana de Estudio y Tratamiento del Dolor (AMETD) también organiza un congreso anual de dolor y CP.

Ind7

Investigación sobre CP en el país estimada por artículos publicados revisados por pares.



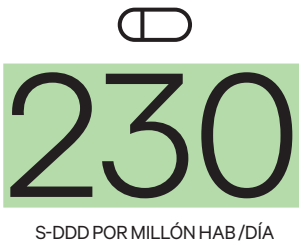
Bajo: Refleja un número limitado de artículos publicados.

La investigación en Cuidados Paliativos (CP) en México es limitada, con un bajo número de artículos publicados en revistas revisadas por pares. Una revisión sistemática exploratoria del 2018 encontró 608 artículos publicados en los últimos 25 años, con el mayor número de publicaciones en 2013. Las temáticas predominantes incluyen actitudes y decisiones de profesionales, cuidados al final de la vida, y actividades de los equipos de CP, siendo el cáncer la enfermedad más estudiada. Las publicaciones están lideradas principalmente por médicos, en revistas de bajo impacto y distribución nacional, como *Gaceta Médica Oncológica* y la revista internacional *Psicooncología*.

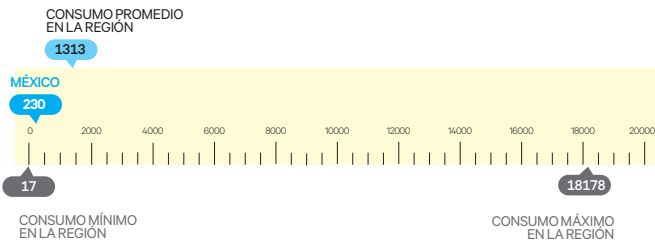
Ind8

Consumo anual notificado de opioides (excluida la metadona).

Consumo promedio de opioides, en dosis diarias definidas para fines estadísticos (S-DDD) por millón de habitantes por día.



PAÍS VS REGIÓN



Ind9

9.1. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas urbanas que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista de Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.



Poco: entre 10% a 30%.

9.2. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas rurales que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS).



Muy poco: entre 0% a 10%.

En México, el acceso a medicamentos esenciales para el dolor y CP en centros de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas urbanas es limitado. Se estima que el acceso a analgésicos no opioides, como el paracetamol, varía entre el 30% y el 70%, mientras que el acceso a opioides potentes, como la morfina, es mucho menor, entre el 20% y el 50%. Las barreras incluyen estrictos requisitos de COFEPRIS para almacenamiento, bajo porcentaje de médicos con recetarios especiales (1.9%) y falta de capacitación en prescripción de opioides en atención primaria. En las áreas rurales, la disponibilidad de estos medicamentos es aún más escasa o inexistente, con estimaciones de acceso entre el 0% y el 10%. El desabasto de opioides, documentado desde 2019, afecta principalmente a las poblaciones rurales y a los pacientes en CP.

Ind10

10.1. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas urbanas que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy poco: entre 0% a 10%.

10.2. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas rurales que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy poco: entre 0% a 10%.

En México, el acceso a opioides, especialmente a la morfina oral de liberación inmediata, ha sido limitado en los últimos años debido a un desabasto significativo, que afecta tanto a las instituciones de salud como a las farmacias que manejan medicamentos controlados. La morfina líquida ha estado fuera del mercado durante varios años, y aunque las tabletas se han reabastecido recientemente, la disponibilidad sigue siendo insuficiente. Este desabasto se debe principalmente a problemas de producción y distribución, afectando tanto a zonas urbanas como rurales. En áreas rurales, donde el acceso es aún más limitado, los pacientes deben viajar largas distancias para obtener estos medicamentos. En las zonas urbanas, como la Ciudad de México, los profesionales de la salud se han visto obligados a recurrir a alternativas como la buprenorfina y el fentanilo, que no siempre son adecuados. Diversos estudios destacan la desigualdad geográfica y socioeconómica en el acceso a opioides.

Ind11

11.1. Proporción de facultades de medicina que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de medicina en el país.

27/112



En México, el 24% de las facultades de medicina incluyen CP como asignatura obligatoria en sus planes de estudio, con universidades como la UNAM, la Universidad Autónoma de Guadalajara y la Universidad Autónoma de Chihuahua destacando en este aspecto. Esta formación, que cubre el manejo del dolor y el apoyo a pacientes con enfermedades crónicas o terminales, se imparte en los últimos semestres del programa y combina teoría con práctica clínica. Además, el 15% de las facultades de medicina ofrece CP como asignatura optativa. Algunas universidades que ofrecen esta opción son la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y la Universidad Autónoma de Baja California. En cuanto a las facultades de enfermería, la proporción de instituciones que imparten CP de manera obligatoria u optativa no está claramente definida, aunque algunas universidades, como la UNAM, ofrecen cursos optativos, principalmente en programas de postgrado.

11.2. Proporción de facultades de medicina con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de medicina en el país.

17/112

11.3. Proporción de facultades de enfermería que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

N/D

11.4. Proporción de facultades de enfermería con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

N/D

Ind12

Existencia de proceso de especialización oficial en medicina paliativa para médicos, reconocida por la autoridad competente del país.



La medicina paliativa es una especialidad o subespecialidad (u otra denominación equivalente) reconocida por las autoridades nacionales competentes.

México ha avanzado significativamente en la formación especializada en medicina paliativa a través de varios programas de posgrado. Estos incluyen programas de Alta Especialidad, que ofrecen formación de un año para médicos especialistas, con opciones tanto para anestesiólogos como para otras especialidades, otorgando diplomas universitarios. También existe un programa de CP Pediátricos de un año, que se imparte en dos sedes y otorga diploma universitario. A partir de 2025, se introducirá un programa de Especialización de Entrada Directa de tres años, reconocido por la UNAM, que otorgará un grado de especialidad médica con cédula federal. Además, se ofrecen dos programas de subespecialidad de dos años para anestesiólogos, con cédula federal, proporcionados por la Universidad de Guadalajara y la Universidad de Guanajuato. Finalmente, se aprobó en 2023 la Primera Especialidad Pediátrica en CP, con sede en Jalisco.

Ind13

13.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.



Prestación generalizada: Existe en muchas partes del país, pero con algunas lagunas.

13.2. Disponibles en hospitales (públicos o privados) como equipos hospitalarios de CP (equipos de consulta) o unidades de CP (con camas), por citar algunos ejemplos.



En un número creciente de hospitales públicos.

13.3. Hospicios independientes (incluidos los hospicios con camas de hospitalización).



En algunas partes del país.

13.4. Los equipos de atención domiciliaria (especializados en CP) están disponibles en la comunidad (o en la atención primaria), como servicios independientes o vinculados a hospitales u hospicios.

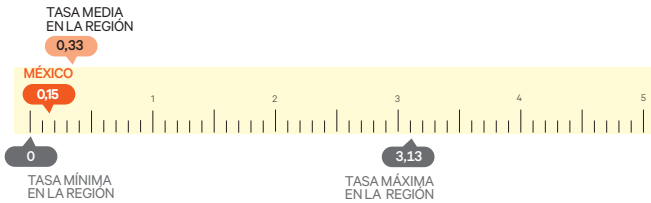


En algunas partes del país.

13.5. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país.

En México, los CP han avanzado, pero su distribución es desigual. Existen más de 120 equipos de CP, principalmente en áreas urbanas como Ciudad de México, Jalisco y Guanajuato. En 2022, se reportaron 208 servicios, de los cuales solo 19 operan en el primer nivel de atención. La mayoría de los servicios están en hospitales de tercer nivel, dejando a las zonas rurales con acceso limitado. Los hospices independientes son escasos y mayormente privados, sin legislación nacional que los regule. Además, la atención domiciliaria especializada es insuficiente, con solo 19 equipos en el primer nivel de atención. Aunque se han logrado avances, persisten brechas significativas en la cobertura geográfica y la disponibilidad de servicios, especialmente en áreas rurales.

TASA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CP/100.000 HAB.



208

SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Ind14

14.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.



Prestación aislada: Existe, pero sólo en algunas zonas geográficas.

14.2. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos.

26

CPP EQUIPOS

En México, la cobertura de CP pediátricos ha mejorado, pero sigue siendo limitada y concentrada en ciertas áreas. Según el Atlas Latinoamericano de Cuidados Paliativos (2020), existen seis equipos de atención pediátrica, y el Consejo de Salubridad General (2022) documentó 21 equipos exclusivamente pediátricos. Un estudio de Ramos-Guerrero (2021) identificó 26 equipos, seis de ellos mixtos. A pesar de estos avances, 25 de los 32 estados del país aún carecen de servicios de atención pediátrica especializada en CP.



Datos generales

POBLACIÓN, 2024:
6.916.140

SUPERFICIE KM², 2022:
130.370

MÉDICOS/AS/1000 HAB, 2022:
N/D

ENFERMERO/AS/1000 HAB, 2021-2022:
N/D

Datos socioeconómicos

NIVEL DE INGRESOS DEL PAÍS, 2022:
Mediano bajo

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO, 2021:
123

PIB PER CÁPITA (US\$), 2023:
2612,87

GASTO EN SALUD PER CÁPITA (US\$), 2021:
198,08

COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL, 2021:
70



MARCO DE LA OMS PARA EL DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

- ① EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES
- ② POLÍTICAS DE SALUD
- ③ INVESTIGACIÓN
- ④ USO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES
- ⑤ EDUCACIÓN Y FORMACIÓN
- ⑥ PRESTACIÓN DE CP



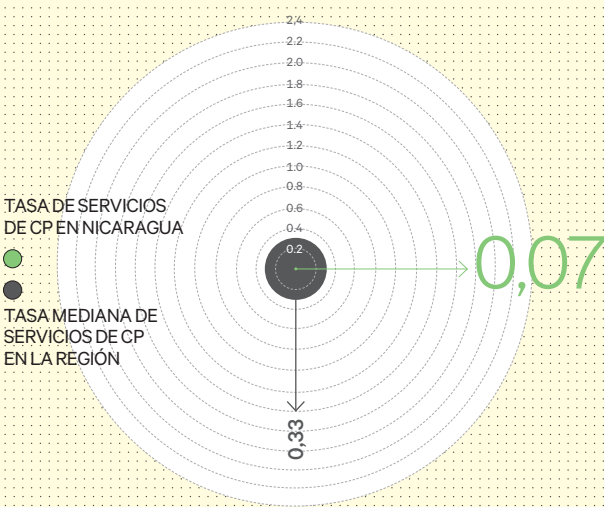
Nicaragua

F Prestación de CP (Servicios Especializados)

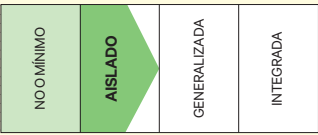
Número Total de Servicios de CP Especializados
5

Tasa de Servicios de CP por cada 100.000 habitantes
0,07

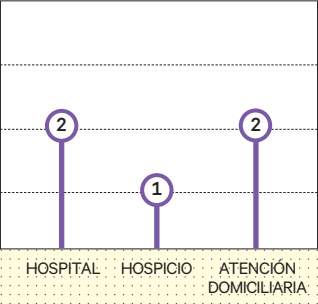
Nicaragua en el contexto de la región



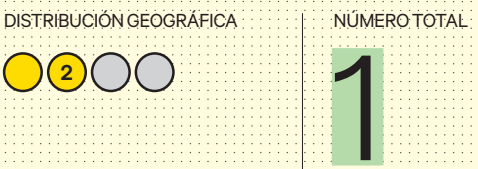
Distribución geográfica e integración de los servicios de CP



Nivel de desarrollo de los distintos tipos de servicios de CP



Servicios de CP Pediátricos

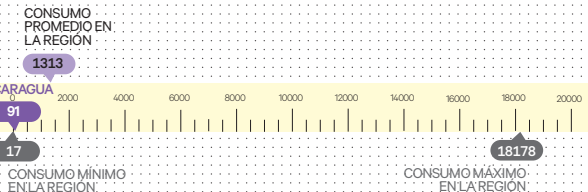


Nicaragua

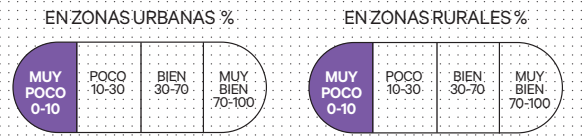
D Uso de medicamentos esenciales

Consumo de opioides (excluyendo metadona)
91
S-DDD POR MILLÓN HAB/DÍA

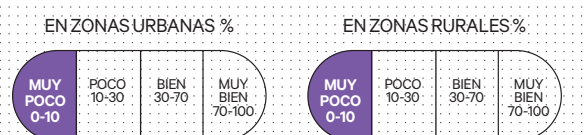
Nicaragua en el contexto de la región



Disponibilidad general de medicamentos esenciales para el dolor y los CP en el primer nivel de atención



Disponibilidad general de morfina oral de liberación inmediata en el primer nivel de atención



C Investigación

Artículos de investigación relacionados con los CP
1

Existencia de congresos o reuniones científicas
2



Consultores: Maria Johana Barberena Prado, Nineth Carolina Baltodano Algaba.
Asociación Nacional de CP: -

Fecha de recolección de datos: Abril-Junio 2024
Informe validado por consultores: Si
Informe aprobado por la Asociación Nacional: -
Edición: Editado por el Equipo de Investigación ATLANTES (Universidad de Navarra, España).

E Educación y formación

Facultades de medicina con enseñanza obligatoria de CP
0/5

Escuelas de enfermería con enseñanza obligatoria de CP
0/6

Reconocimiento de la especialidad en CP
2

B Políticas

Plan o estrategia nacional de CP
2

Autoridad responsable de los CP en el Ministerio de Salud
1

Inclusión de los CP en el paquete básico de salud en el nivel de atención primaria
4

A Empoderamiento de las personas y las comunidades

Grupos que promueven los derechos de los pacientes
1

Políticas relacionadas con la planificación anticipada de cuidados
1

AM

Nicaragua

Personas y comunidades

Ind1 Existencia de grupos dedicados a promover los derechos de los pacientes que necesitan CP, de sus cuidadores y de los supervivientes a la enfermedad. 1.1 Asociaciones de profesionales de CP a la enfermedad: Sí 1.2 Asociaciones civiles, de pacientes, de familiares o voluntarios focalizados en los CP: Sí	1 Sólo existe una actividad puntual.	En la República de Nicaragua no existe una organización dedicada exclusivamente a los CP. Sin embargo, grupos de profesionales y asociaciones de padres con niños en estado crónico generan y difunden información sobre el tema. Además, dos organizaciones contribuyen indirectamente a la promoción de los derechos de pacientes paliativos y sus familias. La Asociación de Ayuda Médica a Centroamérica (AMCA), la cual impulsa el desarrollo de la salud en Centroamérica y el Caribe mediante cooperación internacional, mejorando condiciones sociales y educativas y promoviendo proyectos de energía renovable articulados con sistemas de salud pública y comunidades locales. Por otro lado, Movicancer, una ONG, que se enfoca en la lucha contra el cáncer a través de estrategias de prevención, atención y educación. Su labor promueve el empoderamiento de pacientes, con perspectiva de género, para el cuidado activo de su salud antes, durante y después del tratamiento.
Ind2 ¿Existe una política o directriz nacional sobre voluntades anticipadas o planificación compartida de decisiones?	1 No existe política ni directriz nacional sobre planificación de decisiones anticipadas.	En Nicaragua no existe un marco regulatorio específico ni una política nacional que establezca directrices sobre la planificación de decisiones médicas anticipadas. No se han identificado documentos oficiales que respalden esta práctica. Sin embargo, en 2024 se encuentra en proceso de revisión la normativa establecida en 2010 y 2020, con el objetivo de modificar y ampliar el concepto de decisiones médicas planificadas. Dentro de la normativa pediátrica de 2020, se incluyen recomendaciones sobre la toma de decisiones compartida y la adecuación del esfuerzo terapéutico, orientadas a garantizar una atención centrada en el paciente y su entorno.
Ind3 3.1. Actualmente existe un plan, programa, política o estrategia nacional de CP. 3.2. El plan nacional de CP (o programa o estrategia o legislación) es independiente.	2 Desarrollado hace más de 5 años. 1 No existe.	En Nicaragua, los CP están regulados por protocolos asistenciales para adultos (2010) y niños (2020). Sin embargo, no existe un plan, programa, política o estrategia nacional con un marco de aplicación definido. Estos protocolos carecen de mecanismos de evaluación, autoridad específica y presupuesto asignado.

Políticas

AM

Nicaragua

Políticas

3.3. Existen mecanismos para supervisar y evaluar los progresos, con objetivos medibles.	1 No existe.	
Ind4 Los servicios de CP se incluyen en la lista de servicios prioritarios para la cobertura sanitaria universal en la atención primaria del Sistema Nacional de Salud.	4 Los cuidados paliativos se incluyen en la lista de prestaciones sanitarias de atención primaria de la ley general de sanidad.	Nicaragua cuenta con una normativa que establece los lineamientos para la organización de los servicios de CP y las medidas terapéuticas para el manejo sintomático en pacientes en fase terminal. La Ley No. 423, Ley General de Salud, hace referencia a los CP en el Numeral 5 del Artículo 7, el Numeral 2 del Artículo 8 y el Artículo 51, los cuales destacan la importancia de la atención integral y la mejora de la calidad de vida de los pacientes. Además, el Decreto No. 001-2003, que reglamenta la Ley No. 423, aborda este tema en los Numerales 4 y 19 del Artículo 19, así como en los Artículos 217 y 218. Asimismo, la Ley No. 290, que regula la organización y competencia del Poder Ejecutivo, también forma parte del marco jurídico que respalda la provisión de CP en el país.
Ind5 5.1. ¿Existe una autoridad nacional de coordinación de los CP dentro del Gobierno o del Ministerio de Salud? 5.2. La autoridad nacional de coordinación dispone de autoridad, presupuesto y personal adecuados.	1 No existe entidad de coordinación. 1 No tiene autoridad o recursos adecuados (presupuesto, personal, etc.)	En Nicaragua, el Ministerio de Salud (MINSa) es la entidad responsable de la gestión de los cuidados paliativos a nivel nacional. Sin embargo, no cuenta con autoridad ni recursos específicos destinados exclusivamente a los CP.

AM

Nicaragua

Investigación

Ind6

Existencia de congresos, eventos o reuniones científicas a nivel nacional relacionadas específicamente con CP.



Solo se celebran conferencias o reuniones científicas esporádicos o no periódicos relacionados con los cuidados paliativos.

En Nicaragua, el MINSA impulsa la sensibilización sobre CP a través de eventos científicos. Anualmente, los congresos médicos incluyen esta temática, y desde hace siete años, en octubre, se celebra la ‘Semana de Sensibilización de los CP’. Durante esta actividad, se recorren hospitales a nivel nacional para informar y capacitar al personal médico y de enfermería en temas como manejo del dolor oncológico, duelo, nutrición, psicología y cuidados pediátricos. Esta iniciativa, que adopta el logo de la ALCP, busca fortalecer la conciencia y formación en esta área dentro del sistema de salud.

Ind7

Investigación sobre CP en el país estimada por artículos publicados revisados por pares.



Escaso o muy bajo: Indica un número mínimo o inexistente de artículos publicados sobre el tema en ese país.

En Nicaragua, no se han identificado artículos revisados por pares sobre CP escritos por autores nacionales. En 2019, se llevó a cabo una jornada científica dedicada exclusivamente a esta temática, con la participación de varios hospitales y centros de salud, pero no se ha repetido desde entonces.

Medicinas

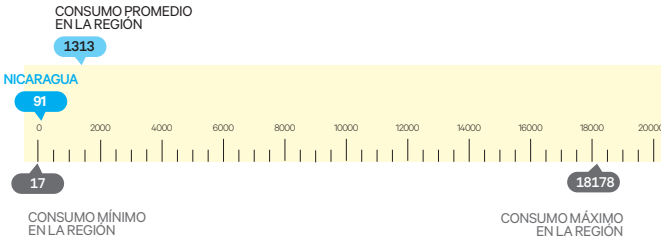
Ind8

Consumo anual notificado de opioides (excluida la metadona).

Consumo promedio de opioides, en dosis diarias definidas para fines estadísticos (S-DDD) por millón de habitantes por día.



PAÍS VS REGIÓN



AM

Nicaragua

Medicinas

Ind9

9.1. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas urbanas que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista de Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.



Muy poco: entre 0% a 10%.

En Nicaragua, los analgésicos convencionales de nivel 1 y 2 están disponibles para el manejo del dolor. Sin embargo, la morfina y otros opioides solo se encuentran en hospitales centrales de nivel 3 de atención.

9.2. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas rurales que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS).



Muy poco: entre 0% a 10%.

Ind10

10.1. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas urbanas que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy poco: entre 0% a 10%.

En Nicaragua, la morfina y otros opioides solo están disponibles en los hospitales centrales de nivel III de atención.

10.2. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas rurales que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy poco: entre 0% a 10%.

AM

Nicaragua

Educación y Formación

Ind11

11.1. Proporción de facultades de medicina que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de medicina en el país.

0/5



En Nicaragua, hay cinco facultades de medicina, pero solo una universidad, la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-León), ofrece una asignatura optativa sobre CP en el cuarto año de la carrera. En cuanto a la formación en enfermería, ninguna de las seis universidades que imparten esta carrera incluye CP como asignatura, ni de forma obligatoria ni optativa.

11.2. Proporción de facultades de medicina con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de medicina en el país.

1/5

11.3. Proporción de facultades de enfermería que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

0/6

11.4. Proporción de facultades de enfermería con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

0/6

Ind12

Existencia de proceso de especialización oficial en medicina paliativa para médicos, reconocida por la autoridad competente del país.



No existe un proceso de especialización para médicos de cuidados paliativos, pero sí otro tipo de títulos de formación profesional sin reconocimiento oficial y nacional.

En Nicaragua no existe una especialidad médica en CP. Sin embargo, hace dos años se llevó a cabo un diplomado multidisciplinario en esta área, dirigido a médicos generales y especialistas, así como a personal de enfermería, psicología y trabajo social.

AM

Nicaragua

Prestación de CP / Servicios especializados

Ind13

13.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.



Prestación aislada: Existe, pero sólo en algunas zonas geográficas.

13.2. Disponibles en hospitales (públicos o privados) como equipos hospitalarios de CP (equipos de consulta) o unidades de CP (con camas), por citar algunos ejemplos.



En algunas partes del país.

13.3. Hospicios independientes (incluidos los hospicios con camas de hospitalización).



No existen.

13.4. Los equipos de atención domiciliaria (especializados en CP) están disponibles en la comunidad (o en la atención primaria), como servicios independientes o vinculados a hospitales u hospicios.

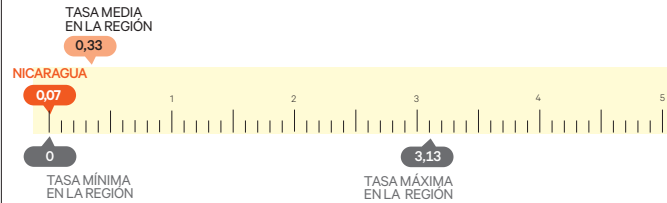


En algunas partes del país.

13.5. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país.

Nicaragua cuenta con un Centro Nacional de CP para adultos y pacientes pediátricos, donde se atienden pacientes de todo el país y se coordinan derivaciones a sus lugares de origen, garantizando seguimiento y atención continua. Además, en el sector público, se brinda atención paliativa domiciliaria a través de este centro. En el ámbito privado, al menos tres hospitales ofrecen CP a domicilio.

TASA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CP/100.000 HAB.



5 ← SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Ind14

14.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.



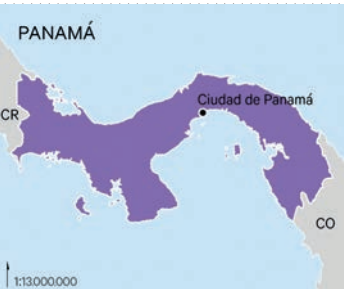
Prestación aislada: Existe, pero sólo en algunas zonas geográficas.

14.2. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos.

1

CPP EQUIPOS

En Nicaragua, el Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera 'La Mascota' en Managua es reconocido por su atención especializada en CPP, brindando asistencia integral a niños con enfermedades avanzadas.



Datos generales

POBLACIÓN, 2024:
4.515.577

SUPERFICIE KM², 2022:
75.320

MÉDICOS/AS /1000 HAB, 2022:
N/D

ENFERMERO/AS /1000 HAB, 2021-2022:
2,99

Datos socioeconómicos

NIVEL DE INGRESOS DEL PAÍS, 2022:
Alto

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO, 2021:
59

PIB PER CÁPITA (US\$), 2023:
18686,41

GASTO EN SALUD PER CÁPITA (US\$), 2021:
1.415,24

COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL, 2021:
78



MARCODE LA OMS PARA EL DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

- A EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES
- B POLÍTICAS DE SALUD
- C INVESTIGACIÓN
- D USO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES
- E EDUCACIÓN Y FORMACIÓN
- F PRESTACIÓN DE CP



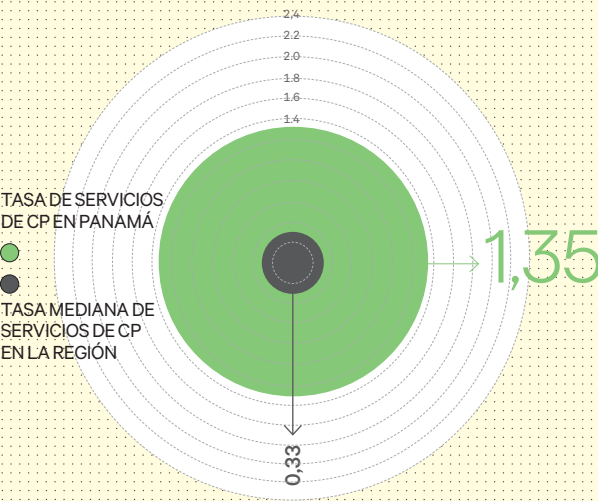
Panamá

F Prestación de CP (Servicios Especializados)

Número Total de Servicios de CP Especializados
61

Tasa de Servicios de CP por cada 100.000 habitantes
1,35

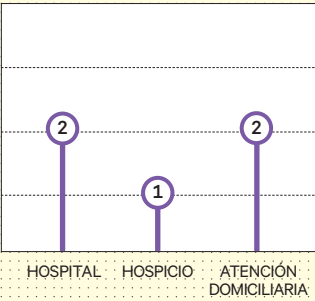
Panamá en el contexto de la región



Distribución geográfica e integración de los servicios de CP



Nivel de desarrollo de los distintos tipos de servicios de CP



Servicios de CP Pediátricos

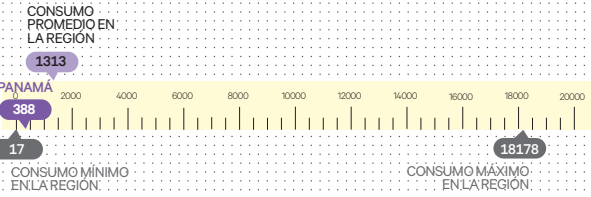


Panamá

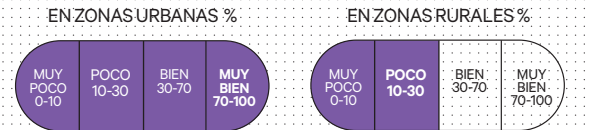
D Uso de medicamentos esenciales

Consumo de opioides (excluyendo metadona)
388
S-DDD POR MILLÓN HAB/DÍA

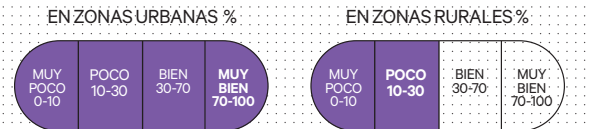
Panamá en el contexto de la región



Disponibilidad general de medicamentos esenciales para el dolor y los CP en el primer nivel de atención



Disponibilidad general de morfina oral de liberación inmediata en el primer nivel de atención



C Investigación

Artículos de investigación relacionados con los CP



Existencia de congresos o reuniones científicas



Consultores: Dafnia de Gracia, Gaspar Da Costa, Maria Sabina Ah Chu Sanchez, Milagros Cubillas, Myrna C. de Anderson, Nisla Camacho.

Asociación Nacional de CP: Asociación Panameña de Cuidados Paliativos (APCP).

Fecha de recolección de datos: Abril-Junio 2024

Informe validado por consultores: Sí

Informe aprobado por la Asociación Nacional: Sí

Edición: Editado por el Equipo de Investigación ATLANTES (Universidad de Navarra, España).

E Educación y formación

Facultades de medicina con enseñanza obligatoria de CP
0/44

Escuelas de enfermería con enseñanza obligatoria de CP
1/48

Reconocimiento de la especialidad en CP
2

B Políticas

Plan o estrategia nacional de CP
4

Autoridad responsable de los CP en el Ministerio de Salud
4

Inclusión de los CP en el paquete básico de salud en el nivel de atención primaria
4

A Empoderamiento de las personas y las comunidades

Grupos que promueven los derechos de los pacientes
4

Políticas relacionadas con la planificación anticipada de cuidados
3

Ind1	Existencia de grupos dedicados a promover los derechos de los pacientes que necesitan CP, de sus cuidadores y de los supervivientes a la enfermedad.	4	Fuerte presencia nacional y subnacional de la defensa de los cuidados paliativos y promoción de los derechos de los pacientes.	En la República de Panamá, la Asociación Panameña de Cuidados Paliativos (APCP) defiende los derechos de los pacientes y recientemente ofreció mediación al Ministerio de Salud (MINSA), ante las crecientes necesidades en un contexto de recursos limitados. Organizaciones sin fines de lucro, con reconocimiento internacional, han colaborado en la consolidación de los CP junto a la OMS. Además, el MINSA, la Caja de Seguro Social (CSS) y los Patronatos han destacado la importancia de la calidad de vida mediante la Resolución 866 del 12 de noviembre de 2021. La Asociación Hospes Pro-Cuidado Paliativo, fundada en 1992, es una organización no gubernamental integrada por voluntarios, como médicos, enfermeros y psicólogos, que brindan atención a pacientes y promueven sus derechos.
	1.1 Asociaciones de profesionales de CP a la enfermedad: Sí 1.2 Asociaciones civiles, de pacientes, de familiares o voluntarios focalizados en los CP: Sí			
Ind2	¿Existe una política o directriz nacional sobre voluntades anticipadas o planificación compartida de decisiones?	3	Existen políticas o directrices nacionales sobre testamentos vitales sobre decisiones anticipadas.	En Panamá, las voluntades anticipadas están contempladas en el PNCP del MINSA, el capítulo IV de la Ley 68 y la Resolución 866 de noviembre de 2021 sobre los derechos y deberes de los pacientes. Estos marcos normativos establecen referencias directas a la planificación de decisiones médicas en la etapa final de la vida.
Ind3	3.1. Actualmente existe un plan, programa, política o estrategia nacional de CP.	4	Realizado en los últimos 5 años y evaluado o auditado activamente.	El PNCP de Panamá, que reglamenta el Capítulo V de la Ley 68 de 2003, fue establecido mediante la Resolución 499 del 21 de junio de 2010 y formalmente publicado en 2011. Este programa representó un avance significativo en la atención sanitaria, promoviendo la atención integral de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas o terminales y fortaleciendo la capacitación de profesionales en distintos niveles de atención. En 2021, fue revisado y actualizado mediante la Resolución 866 del 12 de noviembre, reafirmando el compromiso con la mejora continua y la atención humanizada. Está bajo la jurisdicción de la Dirección General de Salud Pública, con un Coordinador Técnico responsable de su implementación y supervisión, en colaboración con instituciones como la CSS y el Instituto Oncológico Nacional. Además, el programa incluye guías operativas con indicadores recomendados por la ALCP para evaluar su impacto.
	3.2. El plan nacional de CP (o programa o estrategia o legislación) es independiente.	4	Existe un plan nacional independiente de cuidados paliativos y/o existe una ley/legislación/decretos gubernamentales nacionales sobre CP.	

3.3. Existen mecanismos para supervisar y evaluar los progresos, con objetivos medibles.	4 Los indicadores para el monitoreo y evaluación del progreso son aplicados actualmente.	
Ind 4 Los servicios de CP se incluyen en la lista de servicios prioritarios para la cobertura sanitaria universal en la atención primaria del Sistema Nacional de Salud.	4 Los cuidados paliativos se incluyen en la lista de prestaciones sanitarias de atención primaria de la ley general de sanidad.	En Panamá, los CP están incluidos como servicios prioritarios dentro de la cobertura sanitaria universal en la atención primaria del Sistema Nacional de Salud. PNCP del MINSA establece referencias al tránsito de los pacientes desde la atención primaria hacia unidades especializadas, la formación del personal sanitario y la atención ambulatoria en CP. La Ley 68 del 20 de noviembre de 2003, en su Capítulo V, artículo 23, dispone que todas las unidades hospitalarias deben garantizar medidas que prioricen la calidad de vida del paciente hasta su fallecimiento, contando con unidades operativas de CP. Asimismo, los centros de atención primaria deben ofrecer CP prolongados, asegurando el alivio del dolor y la mejor calidad de vida posible mediante la atención del personal médico disponible.
Ind 5 5.1. ¿Existe una autoridad nacional de coordinación de los CP dentro del Gobierno o del Ministerio de Salud? 5.2. La autoridad nacional de coordinación dispone de autoridad, presupuesto y personal adecuados.	4 La entidad de coordinación de los cuidados paliativos está bien definida y tiene una buena estructura (científica y técnica). 3 No tiene autoridad o recursos adecuados (presupuesto, personal, etc.)	El PNCP de Panamá opera bajo la jurisdicción de la Dirección General de Salud Pública y el Departamento de Atención Integral a la Población. Su Coordinador Técnico es responsable del diseño, actualización, implementación, difusión y evaluación del programa, en colaboración con una Comisión conformada por la CSS, la Universidad de Panamá, el Instituto Oncológico Nacional, el Hospital del Niño, el Hospital Santo Tomás y la Asociación HOSPES Pro-Cuidado Paliativo. Aunque el programa no cuenta con un presupuesto específico, dispone de personal y autoridad suficiente bajo el respaldo del MINSA y la CSS, que integran los CP dentro de sus asignaciones presupuestarias generales. La coordinación técnica vincula a instancias nacionales y regionales para la supervisión y asesoría técnica especializada.

AM

Panamá

Investigación

Ind6

Existencia de congresos, eventos o reuniones científicas a nivel nacional relacionadas específicamente con CP.



Al menos un congreso o conferencia de cuidados no paliativos (cáncer, VIH, enfermedades crónicas, etc.) que regularmente cuente con una sección sobre cuidados paliativos, cada 1-2 años.

En Panamá, los CP están incluidos en congresos y eventos científicos nacionales. En los últimos cuatro años, el Congreso Nacional Cáncer Panamá ha incorporado un módulo específico sobre el tema, organizado por entidades oncológicas clave. Además, se realizan simposios y seminarios especializados, como el seminario anual sobre Sustancias Controladas, impulsado por la CSS, el Colegio Médico, el MINSA y la Universidad de Panamá, con miras a establecer un programa de educación permanente. La APCP organiza simposios anuales en la capital y en la Región de Azuero, además de mantener un programa mensual de docencia. Desde 2015, la CSS desarrolla un programa docente nacional en CP, incluyendo tres seminarios obligatorios para la formación de nuevos equipos especializados.

Ind7

Investigación sobre CP en el país estimada por artículos publicados revisados por pares.



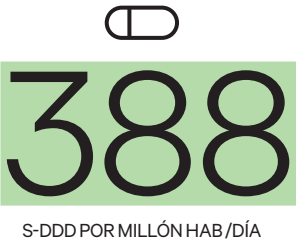
Escaso o muy bajo: Indica un número mínimo o inexistente de artículos publicados sobre el tema en ese país.

Aunque no se han identificado artículos revisados por pares sobre CP de autores panameños que cumplan con los criterios preestablecidos, existen contribuciones en diversas investigaciones y publicaciones. Además, profesionales de Panamá han participado activamente en congresos nacionales e internacionales, presentando trabajos en formato de póster.

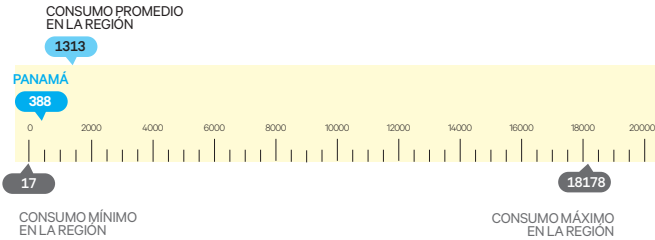
Ind8

Consumo anual notificado de opioides (excluida la metadona).

Consumo promedio de opioides, en dosis diarias definidas para fines estadísticos (S-DDD) por millón de habitantes por día.



PAÍS VS REGIÓN



Medicinas

AM

Panamá

Medicinas

Ind9

9.1. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas urbanas que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista de Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.



Muy bueno: entre 70% - 100%.

9.2. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas rurales que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS).



Poco: entre 10% a 30%.

En Panamá, existen 15 centros regionales de atención primaria y secundaria, 10 urbanos y 5 rurales. La normativa nacional exige que todos los centros de primer y segundo nivel cuenten con medicamentos básicos no opioides para su funcionamiento. Sin embargo, una entidad urbana y cuatro rurales afiliadas carecen de regencia para almacenar opioides. En la región urbana de Panamá Este, el Hospital Irma de Lourdes Tzanetatos dispone de especialistas, facilitando la dispensación de opioides en coordinación con centros de salud. Este manejo conjunto permite que los pacientes obtengan medicamentos no opioides en la Región de Salud y los opioides en hospitales de referencia. A pesar de la Ley 14 de 2016 y su reglamentación, se identifican restricciones en la prescripción de opioides por interpretación de listados oficiales, lo que impacta la disponibilidad en atención primaria, áreas rurales y servicios domiciliarios. Fuentes oficiales detallan la clasificación y distribución de estos medicamentos.

Ind10

10.1. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas urbanas que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy bueno: entre 70% - 100%.

10.2. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas rurales que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Poco: entre 10% a 30%.

En Panamá, los 15 centros regionales de atención primaria y secundaria deben contar con medicamentos no opioides para su funcionamiento. Sin embargo, una entidad urbana y cuatro rurales afiliadas carecen de regencia para almacenar opioides. En la región urbana de Panamá Este, el Hospital Irma de Lourdes Tzanetatos cuenta con especialistas, permitiendo la dispensación de opioides en coordinación con los centros de salud. El manejo conjunto entre hospitales y centros de salud facilita que los pacientes obtengan medicamentos no opioides en la Región de Salud y los opioides en hospitales de referencia. Aunque la Ley 14 de 2016 regula su acceso, la interpretación de listados oficiales ha restringido la prescripción y disponibilidad de opioides, afectando la atención primaria, rural y domiciliaria. Fuentes oficiales detallan la clasificación y distribución de estos medicamentos.

AM

Panamá

Educación y Formación

Ind11

11.1. Proporción de facultades de medicina que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de medicina en el país.

1/6



En Panamá, la enseñanza de CP en pregrado es limitada. De las seis facultades de medicina, solo la Universidad de Panamá incluye este contenido con seis horas distribuidas en los últimos dos semestres y una rotación clínica en oncología. Algunas universidades, como la Universidad de Panamá, Columbus y Chiriquí, ofrecen talleres optativos sobre el tema. En enfermería, solo la Universidad de Panamá incorpora cuidados paliativos en su currículo obligatorio. A nivel de posgrado, especialidades como Anestesiología, Medicina Familiar, Geriátría, Neumología, Medicina Hospitalista y Oncología requieren rotaciones en CP. Además, los pediatras deben manejar casos en conjunto con esta disciplina. Destacan también iniciativas como la asignatura ‘Saber Cuidar’ de la escuela del Trabajo y la Tercera edad de la Universidad de Panamá, dirigida al cuidado de población vulnerable. En 2013, el Ministerio de Salud y la Universidad de Panamá crearon una Guía Curricular docente para integrar los CP en los programas de ciencias de la salud.

11.2. Proporción de facultades de medicina con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de medicina en el país.

3/6

11.3. Proporción de facultades de enfermería que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

7

11.4. Proporción de facultades de enfermería con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

3/7

Ind12

Existencia de proceso de especialización oficial en medicina paliativa para médicos, reconocida por la autoridad competente del país.

2

No existe un proceso de especialización para médicos de cuidados paliativos, pero sí otro tipo de títulos de formación profesional sin reconocimiento oficial y nacional.

La APCP inició hace 12 años el proceso para el reconocimiento de los CP como especialidad médica. En 2019, se aprobó el Programa Único de Residencia Universitaria en Ciencias Clínicas con especialización en Medicina Paliativa. Sin embargo, su implementación requiere la habilitación previa de médicos con experiencia en la práctica de CP, algunos con más de 20 años de trayectoria. Actualmente, el proceso está pendiente de la regulación por parte de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá, que debe establecer los requisitos para su finalización.

AM

Panamá

Prestación de CP / Servicios especializados

Ind13

13.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.

3

Prestación generalizada: Existe en muchas partes del país, pero con algunas lagunas.

13.2. Disponibles en hospitales (públicos o privados) como equipos hospitalarios de CP (equipos de consulta) o unidades de CP (con camas), por citar algunos ejemplos.

2

En algunas partes del país.

13.3. Hospicios independientes (incluidos los hospicios con camas de hospitalización).

1

No existen.

13.4. Los equipos de atención domiciliaria (especializados en CP) están disponibles en la comunidad (o en la atención primaria), como servicios independientes o vinculados a hospitales u hospicios.

2

En algunas partes del país.

13.5. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país.

Ind14

14.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.

2

Prestación aislada: Existe, pero sólo en algunas zonas geográficas.

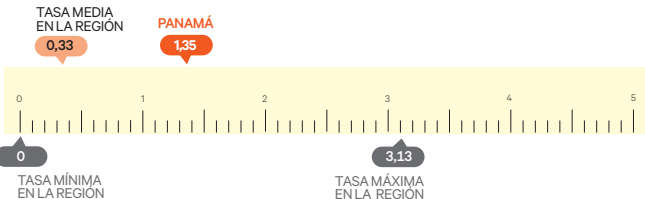
14.2. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos.

3

CPP EQUIPOS

Los servicios de CP están presentes en el sector público (ION, CSS, MINSA) y privado (Vitae Health) en provincias como Panamá, Guna Yala, Herrera, Chiriquí y Veraguas. Estos servicios atienden al 75% de los casos complejos mediante manejo conjunto y referencias. En áreas aisladas, los equipos básicos brindan apoyo remoto especializado. El Instituto Oncológico Nacional y el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid cuentan con unidades especializadas con camas exclusivas. No existen hospices, pero hay albergues para pacientes crónicos y ancianos, como el Hogar San José. Los CP hospitalarios son brindados por especialistas, mientras que la atención domiciliaria es limitada y depende de recursos disponibles. El 70% del país tiene visitas domiciliarias a través del MINSA y CSS, con apoyo telemédico y el programa SADI para atención a la cronicidad en casa. Además, existen grupos privados como HOSPES, PalCare, HOPE y CHOP, que brindan atención paliativa a domicilio.

TASA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CP/100.000 HAB.



61
SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Actualmente, los CPP y neonatales se ofrecen en tres centros especializados: el Hospital del Niño, el Hospital José Domingo de Obaldía y el Hospital Pediátrico de Alta Complejidad de la Ciudad de la Salud (anteriormente HEPOTH). Estos hospitales proporcionan atención integral a pacientes pediátricos con enfermedades crónicas o en etapa terminal. Existen diversas iniciativas educativas y de investigación enfocadas en la pediatría, destacando el programa ‘El Valor de la Huella’. A pesar de la limitada distribución geográfica de los servicios de CP pediátricos en Panamá, estos cuentan con un sistema en desarrollo que es medido y evaluado anualmente. Se realiza un control detallado y reporte de los pacientes atendidos durante el año, asegurando un monitoreo continuo de la atención brindada.



Datos generales

POBLACIÓN, 2024:
6.929.153

SUPERFICIE KM², 2022:
406.752

MÉDICOS/AS/1000 HAB, 2022:
3,88

ENFERMERO/AS/1000 HAB, 2021-2022:
N/D

Datos socioeconómicos

NIVEL DE INGRESOS DEL PAÍS, 2022:
Mediano alto

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO, 2021:
99

PIB PER CÁPITA (US\$), 2023:
6276,35

GASTO EN SALUD PER CÁPITA (US\$), 2021:
478,71

COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL, 2021:
72



MARCO DE LA OMS PARA EL DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

- A EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES
- B POLÍTICAS DE SALUD
- C INVESTIGACIÓN
- D USO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES
- E EDUCACIÓN Y FORMACIÓN
- F PRESTACIÓN DE CP



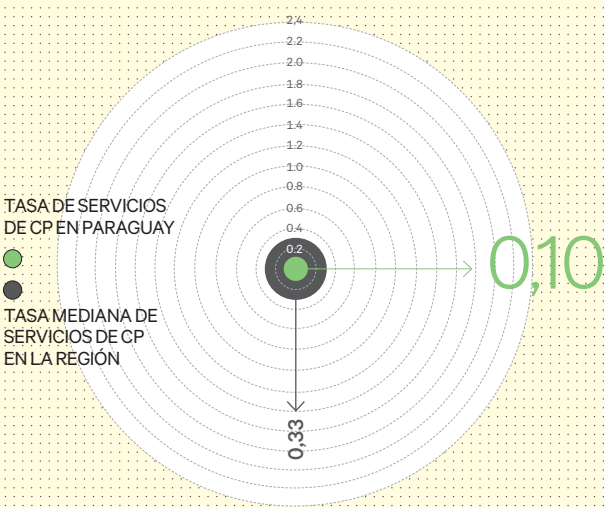
Paraguay

F Prestación de CP (Servicios Especializados)

Número Total de Servicios de CP Especializados: **7**

Tasa de Servicios de CP por cada 100.000 habitantes: **0,10**

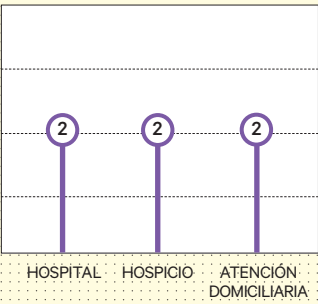
Paraguay en el contexto de la región



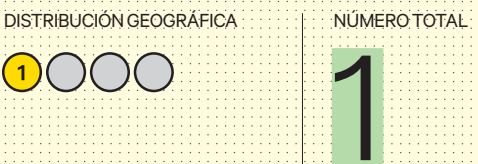
Distribución geográfica e integración de los servicios de CP



Nivel de desarrollo de los distintos tipos de servicios de CP



Servicios de CP Pediátricos

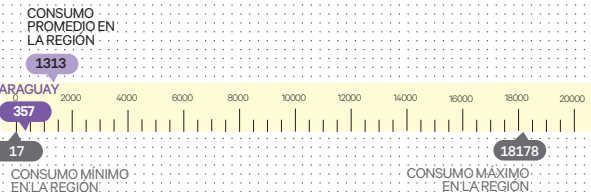


Paraguay

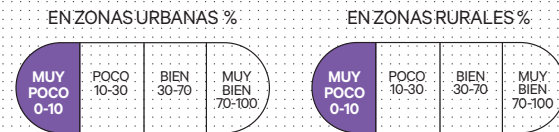
D Uso de medicamentos esenciales

Consumo de opioides (excluyendo metadona): **357** S-DDD POR MILLÓN HAB/DÍA

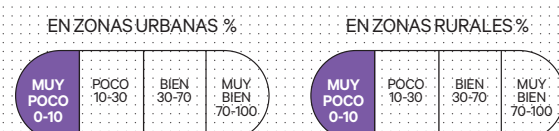
Paraguay en el contexto de la región



Disponibilidad general de medicamentos esenciales para el dolor y los CP en el primer nivel de atención



Disponibilidad general de morfina oral de liberación inmediata en el primer nivel de atención



C Investigación

Artículos de investigación relacionados con los CP: **1**

Existencia de congresos o reuniones científicas: **4**



Consultores: Andrea Ferreira Valiente, Miriam Elisa Riveros Rios.

Asociación Nacional de CP: Asociación Paraguaya de Medicina y Cuidados Paliativos (APMyCP), Sociedad Paraguaya de Medicina Paliativa y Soporte.

Fecha de recolección de datos: Abril-Junio 2024

Informe validado por consultores: Sí

Informe aprobado por la Asociación Nacional: Sí

Edición: Editado por el Equipo de Investigación ATLANTES (Universidad de Navarra, España).

E Educación y formación

Facultades de medicina con enseñanza obligatoria de CP: **0/44**

Escuelas de enfermería con enseñanza obligatoria de CP: **1/48**

Reconocimiento de la especialidad en CP: **4**

B Políticas

Plan o estrategia nacional de CP: **3**

Autoridad responsable de los CP en el Ministerio de Salud: **4**

Inclusión de los CP en el paquete básico de salud en el nivel de atención primaria: **3**

A Empoderamiento de las personas y las comunidades

Grupos que promueven los derechos de los pacientes: **4**

Políticas relacionadas con la planificación anticipada de cuidados: **1**

AM

Paraguay

Personas y comunidades

Ind1

Existencia de grupos dedicados a promover los derechos de los pacientes que necesitan CP, de sus cuidadores y de los supervivientes a la enfermedad.

1.1 Asociaciones de profesionales de CP a la enfermedad: Sí

1.2 Asociaciones civiles, de pacientes, de familiares o voluntarios focalizados en los CP: Sí



Fuerte presencia nacional y subnacional de la defensa de los cuidados paliativos y promoción de los derechos de los pacientes.

En la República de Paraguay, el desarrollo de los cuidados paliativos (CP) cuenta con el impulso de diversas organizaciones. La Asociación Paraguaya de Medicina y Cuidados Paliativos (APMyCP) agrupa a profesionales del área y coordina comités de trabajo en cabildeo, educación continua e investigación. Asimismo, la Sociedad Paraguaya de Cancerología incluye un capítulo específico dedicado a CP. Recientemente, se ha creado la Sociedad Paraguaya de Medicina Paliativa y Soporte, que reúne a médicos especialistas en esta área. Además, existen organizaciones como la Fundación San Rafael, que gestiona una clínica especializada en CP, y la Fundación RENACI, dedicada a la atención de pacientes pediátricos con cáncer, donde se está desarrollando el primer centro de bienestar enfocado en CP pediátricos. También destacan asociaciones de pacientes con enfermedades oncológicas y crónicas, como la Fundación Unidos Contra el Cáncer y ASOLEU, que apoyan iniciativas relacionadas con el cáncer infantil y promueven el acceso a cuidados integrales.

Ind2

¿Existe una política o directriz nacional sobre voluntades anticipadas o planificación compartida de decisiones?



No existe política ni directriz nacional sobre planificación de decisiones anticipadas.

Aunque Paraguay cuenta con una normativa específica sobre CP (Ley N.º 7340, promulgada el 11 de octubre de 2024), el texto legal no incluye disposiciones sobre las voluntades anticipadas.

Ind3

3.1. Actualmente existe un plan, programa, política o estrategia nacional de CP.



Realizado en los últimos 5 años, pero no evaluado o auditado activamente.

3.2. El plan nacional de CP (o programa o estrategia o legislación) es independiente.



Existe un plan nacional independiente de cuidados paliativos y/o existe una ley/legislación/decretos gubernamentales nacionales sobre CP.

Paraguay ha avanzado en la regulación de los CP con la reciente aprobación del PNCP 2024-2030, formalizado mediante la Resolución S.G. N.º 644/2024 del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Esta estrategia busca consolidar una red nacional de servicios paliativos y reducir brechas en la atención, bajo un enfoque humanizado que respete la dignidad, creencias y cultura de los pacientes. Además, en 2024 se promulgó la Ley N.º 7340 CP, reforzando el marco normativo en este ámbito. Previamente, la Ley N.º 6266 de Atención Integral a las Personas con Cáncer ya reconocía en su artículo 1 los CP como un derecho de los pacientes oncológicos, sentando las bases para su posterior desarrollo dentro del sistema de salud.

Políticas

AM

Paraguay

Políticas

3.3. Existen mecanismos para supervisar y evaluar los progresos, con objetivos medibles.



No existe.

Ind4

Los servicios de CP se incluyen en la lista de servicios prioritarios para la cobertura sanitaria universal en la atención primaria del Sistema Nacional de Salud.



Incluidos en la lista esencial de servicios reconocidos por un decreto o ley gubernamental pero no en la ley general de sanidad.

La Ley N.º 6266 de Atención Integral a las Personas con Cáncer establece que los CP deben garantizarse a los pacientes oncológicos. Además, la recientemente aprobada Ley N.º 7340, aún no implementada, amplía esta cobertura a personas con enfermedades avanzadas y crónicas. Esta normativa garantiza el acceso a CP desde el diagnóstico hasta el final de la vida, incluyendo el acompañamiento familiar (artículo 12), en cualquier nivel de atención, instalación de salud o en el domicilio. El artículo 5 de esta ley establece la garantía de prestación integral, asegurando la atención paliativa a toda la población dentro del Sistema Nacional de Salud, según los recursos disponibles. También especifica que estos servicios deben prestarse en hospitales y en el hogar, promoviendo un enfoque integral de atención en el marco de la capacidad estatal.

Ind5

5.1. ¿Existe una autoridad nacional de coordinación de los CP dentro del Gobierno o del Ministerio de Salud?



La entidad de coordinación de los cuidados paliativos está bien definida y tiene una buena estructura (científica y técnica).

Paraguay cuenta con una persona encargada de la coordinación del PNCP, según el borrador 2024-2030. Esta designación busca fortalecer la implementación y desarrollo de estrategias nacionales para garantizar el acceso a cuidados paliativos en el país.

5.2. La autoridad nacional de coordinación dispone de autoridad, presupuesto y personal adecuados.



No hay presupuesto, y el personal o la autoridad se enfrentan a carencias críticas.

AM

Paraguay

AM

Paraguay

Investigación

Ind6

Existencia de congresos, eventos o reuniones científicas a nivel nacional relacionadas específicamente con CP.



Al menos un congreso nacional dedicado específicamente a los cuidados paliativos cada 3 años.

La APMyCP organiza congresos bienales con la participación de expertos nacionales e internacionales. Entre los eventos más relevantes se encuentran los realizados en 2018, 2020, 2021 y 2022, los cuales han tenido amplia cobertura en medios de comunicación.

Ind7

Investigación sobre CP en el país estimada por artículos publicados revisados por pares.



Escaso o muy bajo: Indica un número mínimo o inexistente de artículos publicados sobre el tema en ese país.

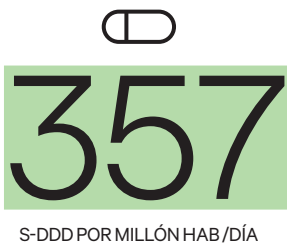
Se han identificado pocas publicaciones sobre CP en revistas indexadas provenientes de Paraguay; sin embargo, existen algunos artículos relevantes, como “Acceso universal de los cuidados paliativos: derecho universal a no sufrir. Análisis desde la visión bioética y de derechos humanos” y “How to advance palliative care research in South America? Findings from a Delphi study”. El país también cuenta con un Manual de Cuidados Paliativos para el primer nivel de atención (segunda edición), y varios profesionales paraguayos han contribuido a iniciativas regionales de investigación, como el Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica, en sus distintas ediciones. Entre ellos destaca la Dra. Miriam Riveros Ríos, con al menos 15 publicaciones relacionadas con CP.

Medicinas

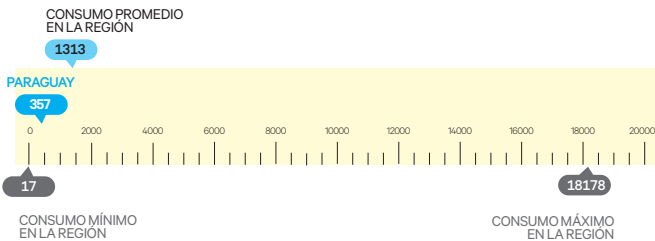
Ind8

Consumo anual notificado de opioides (excluida la metadona).

Consumo promedio de opioides, en dosis diarias definidas para fines estadísticos (S-DDD) por millón de habitantes por día.



PAÍS VS REGIÓN



AM

Paraguay

Medicinas

Ind9

9.1. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas urbanas que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista de Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.



Muy poco: entre 0% a 10%.

En Paraguay, los niveles de atención primaria y secundaria, tanto urbanos como rurales, no cuentan con dispensarios de opioides, restringiendo su acceso a centros especializados. En el primer nivel de atención, están disponibles paracetamol, ácido acetilsalicílico, metoclopramida, dexametasona, diazepam y midazolam. Sin embargo, opioides como morfina, fentanilo e hidromorfona, así como amitriptilina, fluoxetina y ondansetrón, solo se encuentran en hospitales. **La codeína es el único opioide accesible en atención primaria, pero la metadona no está disponible en ningún nivel.** Además, medicamentos esenciales como butilbromuro de hioscina, lactulosa y loperamida no están incluidos en la oferta del primer nivel de atención.

9.2. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas rurales que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS).



Muy poco: entre 0% a 10%.

Ind10

10.1. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas urbanas que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy poco: entre 0% a 10%.

En Paraguay, la morfina en comprimidos fue introducida recientemente, anteriormente solo existían preparaciones magistrales para vía oral. Sin embargo, no está disponible en dispensarios rurales y solo se encuentra en hospitales especializados. Según la lista de medicamentos esenciales del Gobierno de Paraguay, en los niveles de atención primaria y secundaria no hay disponibilidad de opioides, excepto la codeína. Medicamentos como fentanilo, hidromorfona, amitriptilina y ondansetrón están disponibles únicamente en hospitales. Otros fármacos como butilbromuro de hioscina, lactulosa y loperamida no se encuentran en el primer nivel de atención.

10.2. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas rurales que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy poco: entre 0% a 10%.

AM Paraguay

Educación y Formación

Ind11

11.1. Proporción de facultades de medicina que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de medicina en el país.

0/44



En Paraguay, de las 56 universidades registradas en el Consejo Superior de Educación, ninguna ofrece CP como asignatura obligatoria en medicina. Sin embargo, la Universidad Centro Médico Bautista incluye prácticas en CP dentro de Geriatria, aunque aún no está formalmente establecida. Algunas universidades han impartido módulos o cursos de posgrado en CP, como la Universidad Privada del Este - Sede Asunción, la Universidad Privada del Pacífico - Sede Asunción y la Universidad Nacional de Asunción. Además, se han presentado proyectos académicos en la Universidad Privada María Auxiliadora y la Universidad Centro Médico Bautista. En enfermería, la Universidad del Norte (UNINORTE) incorpora la asignatura “Enfermería en CP” en el cuarto año de su plan de estudios.

11.2. Proporción de facultades de medicina con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de medicina en el país.

0/44

11.3. Proporción de facultades de enfermería que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

1/48

11.4. Proporción de facultades de enfermería con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

N/D /48

Ind12

Existencia de proceso de especialización oficial en medicina paliativa para médicos, reconocida por la autoridad competente del país.



La medicina paliativa es una especialidad o subespecialidad (u otra denominación equivalente) reconocida por las autoridades nacionales competentes.

En Paraguay, la medicina paliativa está reconocida como una especialidad médica derivada, lo que implica que requiere la finalización previa de una especialidad primaria. El país cuenta con dos programas de posgrado en medicina paliativa: uno como subespecialidad y otro inicialmente interdisciplinario, luego restringido solo para médicos, aún pendiente de resolución oficial. Además, el Instituto Nacional del Cáncer ofrece residencias en diversas áreas, incluida la medicina paliativa, fortaleciendo la formación de especialistas en este campo.

AM Paraguay

Prestación de CP / Servicios especializados

Ind13

13.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.



Prestación aislada: Existe, pero sólo en algunas zonas geográficas.

13.2. Disponibles en hospitales (públicos o privados) como equipos hospitalarios de CP (equipos de consulta) o unidades de CP (con camas), por citar algunos ejemplos.



En algunas partes del país.

13.3. Hospicios independientes (incluidos los hospicios con camas de hospitalización).



En algunas partes del país.

13.4. Los equipos de atención domiciliaria (especializados en CP) están disponibles en la comunidad (o en la atención primaria), como servicios independientes o vinculados a hospitales u hospicios.

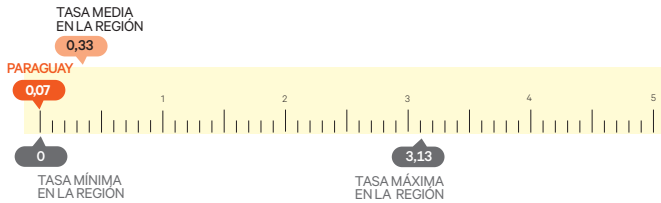


En algunas partes del país.

13.5. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país.

Paraguay cuenta con cinco servicios especializados en CP, en su mayoría equipos de soporte hospitalario. Además, dispone de un hospice reconocido en el PNCP 2024-2030. Entre estos servicios se encuentra la Clínica Divina Providencia, con presencia en tres ciudades, el Instituto Nacional del Cáncer y el Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción, que actualmente forma parte del departamento de oncología, pero tiene un proyecto para convertirse en un departamento independiente que atienda tanto a pacientes con cáncer, como con otras patologías no oncológicas. También se incluyen los servicios de CP en el Instituto de Previsión Social (IPS) en Asunción y Ciudad del Este. Adicionalmente, un grupo reducido de profesionales independientes, no superior a 15, ofrece atención paliativa de manera privada. Actualmente, existe un programa hospitalario en fase de desarrollo.

TASA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CP/100.000 HAB.



7
← SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Ind14

14.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.



En el país no existen programas especializados en cuidados paliativos o éstos son mínimos.

14.2. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos.

1
CPP EQUIPOS

En octubre de 2024 se fundó en Paraguay el primer equipo de CP pediátricos dedicado a niños con cáncer, como resultado de la colaboración entre la Fundación ReNACÍ y la Fundación S de Sanofi, en el marco del proyecto ‘Modelo de atención en cuidados paliativos pediátricos para niños con cáncer en Paraguay’. Esta iniciativa se desarrolló en el Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción y se alinea con los objetivos del PNCP 2024-2030. Además de promover la atención paliativa pediátrica, el plan enfatiza la formación de profesionales para atender las necesidades específicas de esta población. Como parte de los aportes de la APMYCP, se destaca la construcción en curso de un centro de bienestar para niños con cáncer y la implementación de atenciones por telemedicina a través de la plataforma ‘TELENEC’.



Datos generales

POBLACIÓN, 2024
34.217.848

SUPERFICIE KM², 2022
1.285.220

MÉDICOS/AS /1000 HAB, 2022
1,62

ENFERMERO/AS /1000 HAB, 2021-2022
N/D

Datos socioeconómicos

NIVEL DE INGRESOS DEL PAÍS, 2022
Mediano alto

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO, 2021
79

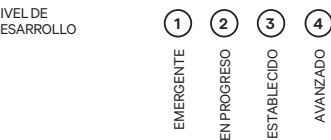
PIB PER CÁPITA (US\$), 2023
7906,59

GASTO EN SALUD PER CÁPITA (US\$), 2021
412,21

COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL, 2021
71

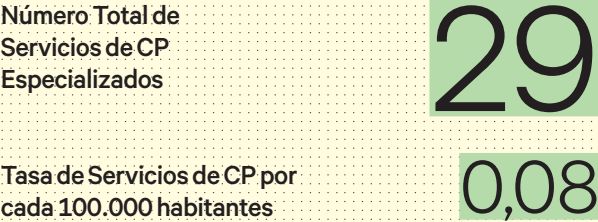


① EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES
② POLÍTICAS DE SALUD
③ INVESTIGACIÓN
④ USO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES
⑤ EDUCACIÓN Y FORMACIÓN
⑥ PRESTACIÓN DE CP

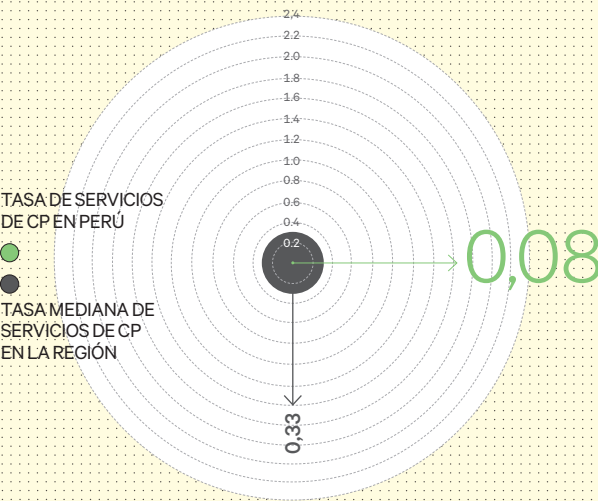


Perú

F Prestación de CP (Servicios Especializados)



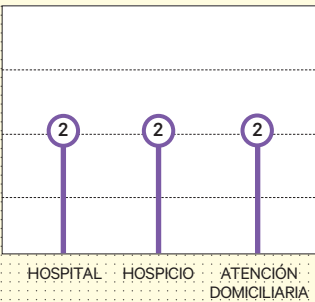
Perú en el contexto de la región



Distribución geográfica e integración de los servicios de CP



Nivel de desarrollo de los distintos tipos de servicios de CP



Servicios de CP Pediátricos

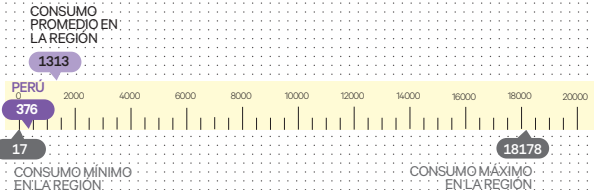


Perú

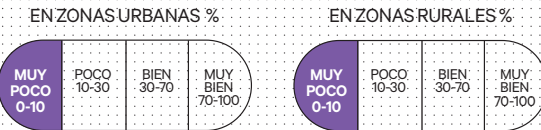
D Uso de medicamentos esenciales



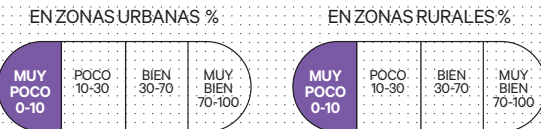
Perú en el contexto de la región



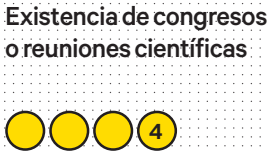
Disponibilidad general de medicamentos esenciales para el dolor y los CP en el primer nivel de atención



Disponibilidad general de morfina oral de liberación inmediata en el primer nivel de atención



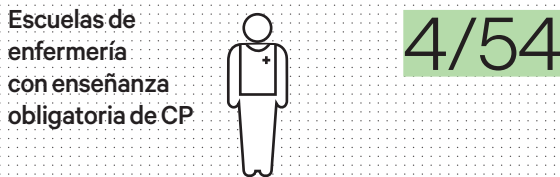
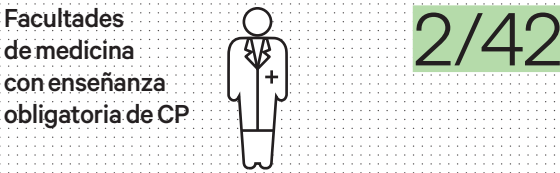
C Investigación



Consultores: Ver página 20.
Asociación Nacional de CP: Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos (SPCP), Asociación Peruana de Enfermeras en Cuidados Paliativos, Asociación Médica Peruana de Cuidados Paliativos (AMPCP).

Fecha de recolección de datos: Abril-Junio 2024
Informe validado por consultores: Sí
Informe aprobado por la Asociación Nacional: Sí
Informe revisado por el Ministerio de salud: Sí
Edición: Editado por el Equipo de Investigación ATLANTES.

E Educación y formación



Reconocimiento de la especialidad en CP



B Políticas

Plan o estrategia nacional de CP



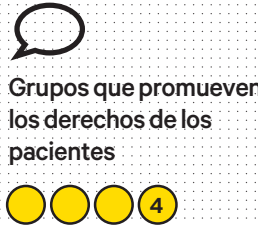
Autoridad responsable de los CP en el Ministerio de Salud



Inclusión de los CP en el paquete básico de salud en el nivel de atención primaria



A Empoderamiento de las personas y las comunidades



Ind1	Existencia de grupos dedicados a promover los derechos de los pacientes que necesitan CP, de sus cuidadores y de los supervivientes a la enfermedad.	4	Fuerte presencia nacional y subnacional de la defensa de los cuidados paliativos y promoción de los derechos de los pacientes.	En la República del Perú, diversas asociaciones, tanto profesionales como civiles, promueven los derechos de los pacientes en CP. Entre las asociaciones profesionales se encuentran la Asociación Peruana de CP (APCP), la Asociación Peruana de Enfermeras en CP, y la Asociación Médica Peruana de CP, entre otras. Estas organizaciones están comprometidas con la formación y la promoción de la atención paliativa en el país. A nivel civil, destacan organizaciones como Esperantra, que lucha por la igualdad de acceso a tratamientos y cuidados de calidad, y Casa Khuyana, que trabaja en el primer hospice pediátrico de Perú. También se encuentran asociaciones como ALINEN y MAGIA, enfocadas en pacientes con cáncer y enfermedades raras.
	1.1 Asociaciones de profesionales de CP a la enfermedad: Sí			
Ind2	1.2 Asociaciones civiles, de pacientes, de familiares o voluntarios focalizados en los CP: No			
	¿Existe una política o directriz nacional sobre voluntades anticipadas o planificación compartida de decisiones?	1	No existe política ni directriz nacional sobre planificación de decisiones anticipadas.	En Perú, no existe una política nacional específica sobre voluntades anticipadas o planificación anticipada. En 2023, se presentó el “Proyecto de ley que regula el testamento vital, sobre tratamientos médicos en pacientes con enfermedades terminales y/o crónicas vegetativas irreversibles” ante el Congreso de la República, pero no obtuvo mayor trascendencia ni fue aprobado.
Ind3	3.1. Actualmente existe un plan, programa, política o estrategia nacional de CP.	3	Realizado en los últimos 5 años, pero no evaluado o auditado activamente.	Perú cuenta con el “Documento Técnico del Plan Nacional de CP para Pacientes Oncológicos y No Oncológicos 2021-2023”, aprobado en julio de 2021 y con vigencia hasta 2023. Este plan fue desarrollado por una comisión sectorial temporal del Ministerio de Salud (MINSA) e involucró a profesionales de la salud, ONGs y representantes del Ministerio, pero no incluyó a comunidades ni pacientes. A pesar de sus objetivos y la existencia de una matriz de indicadores para evaluar su progreso, el plan no logró una implementación efectiva. Actualmente, el MINSA trabaja en un nuevo plan, enfocado en mejorar la prestación y la integración de los cuidados paliativos en el sistema de salud.
	3.2. El plan nacional de CP (o programa o estrategia o legislación) es independiente.	3	Existe una sección dedicada a los cuidados paliativos en otro plan nacional, como el del cáncer, las enfermedades no transmisibles (ENT) o el VIH.	

3.3. Existen mecanismos para supervisar y evaluar los progresos, con objetivos medibles.	2 Existen mecanismos para supervisar y evaluar los progresos con objetivos claros, pero aún no se han puesto en práctica.	
Ind4 Los servicios de CP se incluyen en la lista de servicios prioritarios para la cobertura sanitaria universal en la atención primaria del Sistema Nacional de Salud.	3 Incluidos en la lista esencial de servicios reconocidos por un decreto o ley gubernamental pero no en la ley general de sanidad.	En Perú, aunque no existe una ley general de sanidad que incluya los CP como prioridad en la cobertura sanitaria universal, sí están contemplados en otras normativas clave. La Ley Nacional del Cáncer (2021) establece que la Política Nacional de Lucha contra el Cáncer incluye los CP como uno de los ejes fundamentales de la atención integral oncológica. Además, la Directiva Administrativa N°242 (2017) del MINSA incorpora los CP en la Cartera de Atención de Salud para los establecimientos de primer nivel de atención, cubriendo promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y CP. Sin embargo, no existen mecanismos establecidos para controlar el acceso a estos servicios de salud en el país.
Ind5 5.1. ¿Existe una autoridad nacional de coordinación de los CP dentro del Gobierno o del Ministerio de Salud? 5.2. La autoridad nacional de coordinación dispone de autoridad, presupuesto y personal adecuados.	3 La entidad de coordinación tiene una estructura incompleta (falta una sección científica o técnica). 3 No tiene autoridad o recursos adecuados (presupuesto, personal, etc.).	En Perú, la implementación, monitoreo y evaluación del PNCP (2021-2023) está a cargo de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del MINSA. La supervisión se divide entre la Dirección de Prevención y Control del Cáncer para pacientes oncológicos y la Dirección de Enfermedades No Transmisibles para pacientes no oncológicos. Aunque el desarrollo de los CP para pacientes oncológicos ha avanzado gracias al Plan Nacional de Cuidados Integrales del Cáncer (2020-2024), que incluye actividades de promoción, diagnóstico y CP, la implementación subnacional de estos servicios sigue siendo limitada. Además, no se han definido mecanismos claros para comprometer a las poblaciones vulnerables, aunque se reconoce la necesidad de asegurar su acceso a los CP, según la IAHPC.

Ind6

Existencia de congresos, eventos o reuniones científicas a nivel nacional relacionadas específicamente con CP.



Al menos un congreso nacional dedicado específicamente a los cuidados paliativos cada 3 años.

Cada año, se realiza al menos un congreso sobre CP en Perú, siendo la ASCP la organizadora principal. En 2024, se celebró el VIII Congreso Internacional y XI Congreso Nacional de CP y Dolor, titulado “Cuidados Paliativos: Desafío y Oportunidades”. Además, se llevan a cabo diversas actividades académicas como cursos, conferencias, talleres y charlas, tanto a nivel nacional como internacional, organizadas por diversas instituciones públicas y privadas. Entre los organizadores destacados se encuentran el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), los Institutos Regionales de Enfermedades Neoplásicas (IREN), ESSALUD a través de su Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), el Hospital Nacional Cayetano Heredia, entre otros.

Ind7

Investigación sobre CP en el país estimada por artículos publicados revisados por pares.



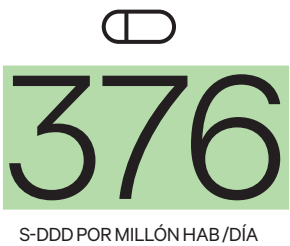
Escaso o muy bajo: Indica un número mínimo o inexistente de artículos publicados sobre el tema en ese país.

Entre enero de 2019 y mayo de 2024, se encontraron 12 publicaciones específicas sobre CP en Perú, consultando bases de datos como PubMed, CINHALL, Web of Science, Scielo y Lilacs. El impulso de programas de maestrías en CP, como el de la UNMSM, que exigen tesis publicadas en revistas indexadas, ha contribuido al aumento de estas publicaciones. También se destaca el trabajo de algunas instituciones en el desarrollo de guías de práctica clínica, protocolos y documentos técnicos que promueven la inclusión y estandarización en la atención de CP. Entre estas instituciones se encuentran el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) de EsSalud y el programa de Cuidados Continuos de Auna.

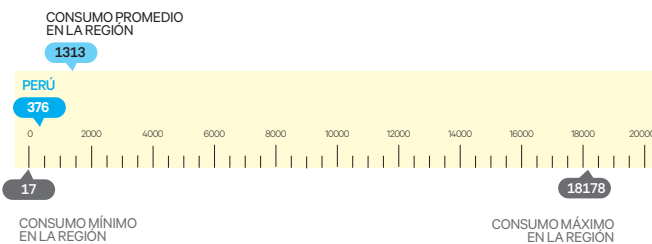
Ind8

Consumo anual notificado de opioides (excluida la metadona).

Consumo promedio de opioides, en dosis diarias definidas para fines estadísticos (S-DDD) por millón de habitantes por día.



PAÍS VS REGIÓN



Ind9

9.1. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas urbanas que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista de Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.



Muy poco: entre 0% a 10%.

En Perú, menos del 10% de los centros de atención primaria cuentan con medicación para el dolor y CP. No se dispone de información detallada sobre la distribución de estos medicamentos en zonas rurales y urbanas, pero los consultores coinciden en que la disponibilidad es muy baja en ambas áreas. Según la Resolución Ministerial de marzo 2024, se aprobó un listado de medicamentos esenciales, con algunas actualizaciones en agosto que incluyen fármacos recomendados por la OMS, pero fentanilo transdérmico, hidromorfona, metadona, morfina líquida oral, hioscina, cyclizina, docusato de sodio y senna están ausentes. No existe documentación específica que analice la distribución de estos medicamentos en las distintas áreas del país.

9.2. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas rurales que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS).



Muy poco: entre 0% a 10%.

Ind10

10.1. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas urbanas que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy poco: entre 0% a 10%.

En Perú, dentro de la Lista de Medicamentos Esenciales actualizada en agosto de 2024, se encuentra disponible la morfina de liberación inmediata en presentación oral, pero solo en forma de tabletas. En cuanto a la distribución de medicamentos en el primer nivel de atención, no hay documentación que detalle las diferencias específicas entre las zonas rurales y urbanas. Sin embargo, los consultores coinciden en que la disponibilidad de medicamentos en ambas áreas es muy baja.

10.2. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas rurales que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy poco: entre 0% a 10%.

Ind11

11.1. Proporción de facultades de medicina que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de medicina en el país.

2/42



Según la plataforma TUNI:PE de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (SUNEDU), en Perú existen 42 facultades de medicina y 54 de enfermería. En medicina, solo dos facultades incluyen CP como asignatura obligatoria: la Universidad San Martín de Porres y la Universidad Privada San Juan Bautista. Otras dos la ofrecen como optativa: la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y la Universidad Privada Antenor Orrego. La Universidad Peruana Cayetano Heredia no la contempla en su currículo, pero mantiene rotaciones electivas en cuidados paliativos desde la pandemia. En enfermería, cuatro facultades incluyen la asignatura como obligatoria: la Universidad César Vallejo, la Universidad Nacional del Centro del Perú, la Universidad Autónoma del Perú y la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Además, cuatro la ofrecen como optativa: la Universidad Peruana Unión, la Universidad San Pedro, la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo y la Universidad Norbert Wiener.

11.2. Proporción de facultades de medicina con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de medicina en el país.

2/42

11.3. Proporción de facultades de enfermería que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

4/54

11.4. Proporción de facultades de enfermería con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

4/54

Ind12

Existencia de proceso de especialización oficial en medicina paliativa para médicos, reconocida por la autoridad competente del país.



No existe un proceso de especialización para los médicos de cuidados paliativos, pero sí otro tipo de títulos con reconocimiento oficial.

En Perú, no existe un proceso de especialización formal en medicina paliativa para médicos, aunque sí se reconocen otros tipos de títulos relacionados con CP. Según la Ley Universitaria N° 30220, la especialización debe proporcionar conocimientos específicos de la profesión y debe contar con un mínimo de 165 créditos, pero ninguna facultad de medicina ofrece una especialización en medicina paliativa. Sin embargo, sí existen especializaciones en otras áreas de la salud, como la Segunda Especialización en Cuidados Paliativos para enfermería, ofrecida por la Universidad Autónoma del Perú, y la Segunda Especialidad Profesional en Nutrición Paliativa para nutricionistas, brindada por la UNMSM. En el ámbito de los posgrados, se destacan las siguientes maestrías y diplomados: Maestrías en Cuidados Paliativos y Manejo del Dolor (UNMSM) y Maestría en Medicina Paliativa (UNCH).

Ind13

13.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.



Prestación aislada: Existe, pero sólo en algunas zonas geográficas.

13.2. Disponibles en hospitales (públicos o privados) como equipos hospitalarios de CP (equipos de consulta) o unidades de CP (con camas), por citar algunos ejemplos.



En algunas partes del país.

13.3. Hospicios independientes (incluidos los hospicios con camas de hospitalización).



En algunas partes del país.

13.4. Los equipos de atención domiciliaria (especializados en CP) están disponibles en la comunidad (o en la atención primaria), como servicios independientes o vinculados a hospitales u hospicios.

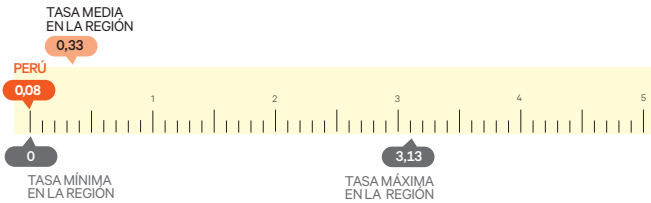


En algunas partes del país.

13.5. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país.

En Perú, la prestación de servicios de CP es limitada y concentrada en zonas urbanas, principalmente en Lima, sin cobertura específica en áreas rurales. Existen 29 equipos especializados de CP, distribuidos en Lima (3), Junín, Arequipa, La Libertad y Cusco. De estos, 3 son pediátricos, 1 atiende a adultos y niños, y 24 son solo para adultos. La atención se brinda en hospitales (15), domicilios (11) y hospices (2). Los equipos incluyen médicos, enfermeros y psicólogos, con algunos incorporando asistentes sociales, consejeros espirituales y voluntarios. La pandemia de COVID-19 impactó severamente estas unidades, reduciendo recursos y desintegrando algunos equipos, de los cuales varios no se han recuperado completamente. Aunque la cantidad de unidades está en crecimiento, aún hay brechas significativas en la disponibilidad y acceso a CP, especialmente fuera de la capital y en zonas rurales.

TASA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CP/100.000 HAB.



29
← SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Ind14

14.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.



Prestación aislada: Existe, pero sólo en algunas zonas geográficas.

14.2. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos.

4
CPP EQUIPOS

En Perú, existen cuatro programas especializados CP pediátricos, concentrados en áreas específicas. Tres de ellos brindan atención hospitalaria: la Unidad Funcional de CP Pediátricos del Instituto Nacional de Salud del Niño (Breña), el Servicio de Terapia del Dolor y CP del Instituto Nacional de Salud del Niño (San Borja) y la Unidad Funcional de Medicina Paliativa del INEN, que también atiende a niños. Además, se proyecta la apertura del primer hospice pediátrico, Casa Khuyana, en Cusco para agosto de 2025. A pesar de estos avances, la cobertura sigue siendo limitada, con una distribución geográfica restringida y sin servicios disponibles en la mayoría de regiones del país.



Datos generales

POBLACIÓN, 2024
11.427.557

SUPERFICIE KM², 2022
146.839

MÉDICOS/AS/1000 HAB, 2022
2,24

ENFERMERO/AS/1000 HAB, 2021-2022
2,65

Datos socioeconómicos

NIVEL DE INGRESOS DEL PAÍS, 2022
Mediano alto

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO, 2021
89

PIB PER CÁPITA (US\$), 2023
10717,63

GASTO EN SALUD PER CÁPITA (US\$), 2021
416,9

COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL, 2021
77



EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES
POLÍTICAS DE SALUD
INVESTIGACIÓN
USO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES
EDUCACIÓN Y FORMACIÓN
PRESTACIÓN DE CP

NIVEL DE DESARROLLO

1 EMERGENTE
2 EN PROGRESO
3 ESTABLECIDO
4 AVANZADO

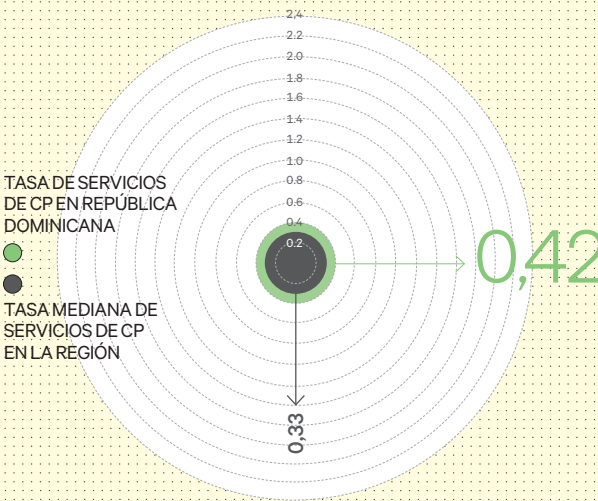
República Dominicana

F Prestación de CP (Servicios Especializados)

Número Total de Servicios de CP Especializados
48

Tasa de Servicios de CP por cada 100.000 habitantes
0,42

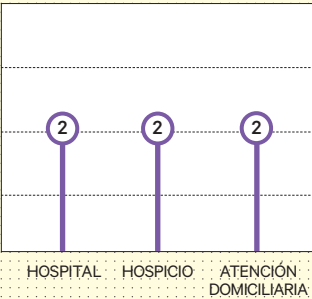
República Dominicana en el contexto de la región



Distribución geográfica e integración de los servicios de CP



Nivel de desarrollo de los distintos tipos de servicios de CP



Servicios de CP Pediátricos



NÚMERO TOTAL

4

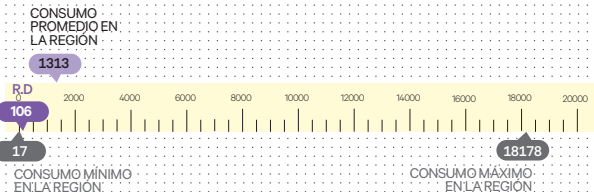


República Dominicana

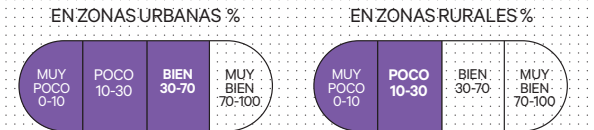
D Uso de medicamentos esenciales

Consumo de opioides (excluyendo metadona)
106
S-DDD POR MILLÓN HAB/DÍA

República Dominicana en el contexto de la región



Disponibilidad general de medicamentos esenciales para el dolor y los CP en el primer nivel de atención



Disponibilidad general de morfina oral de liberación inmediata en el primer nivel de atención



C Investigación

Artículos de investigación relacionados con los CP
1

Existencia de congresos o reuniones científicas
2



Consultores: Ángela Isabel Marmolejos Dumé, Bethania Martínez, Brelín María Hernández Tupete, Gloria Castillo.

Asociación Nacional de CP: Asociación Dominicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor y CP, Sociedad Dominicana de CP y Manejo intervencionista de dolor crónico.

Fecha de recolección de datos: Abril-Junio 2024

Informe validado por consultores: Sí

Informe aprobado por la Asociación Nacional: Sí

Edición: Editado por el Equipo de Investigación ATLANTES (Universidad de Navarra, España).

E Educación y formación

Facultades de medicina con enseñanza obligatoria de CP
0/11

Escuelas de enfermería con enseñanza obligatoria de CP
0/11

Reconocimiento de la especialidad en CP
4

B Políticas

Plan o estrategia nacional de CP
1

Autoridad responsable de los CP en el Ministerio de Salud
1

Inclusión de los CP en el paquete básico de salud en el nivel de atención primaria
1

A Empoderamiento de las personas y las comunidades

Grupos que promueven los derechos de los pacientes
4

Políticas relacionadas con la planificación anticipada de cuidados
1

AM

República Dominicana

Personas y comunidades

Ind1

Existencia de grupos dedicados a promover los derechos de los pacientes que necesitan CP, de sus cuidadores y de los supervivientes a la enfermedad.

1.1 Asociaciones de profesionales de CP a la enfermedad: Sí

1.2 Asociaciones civiles, de pacientes, de familiares o voluntarios focalizados en los CP: Sí



Fuerte presencia nacional y subnacional de la defensa de los cuidados paliativos y promoción de los derechos de los pacientes.

En la República Dominicana existen dos asociaciones dedicadas a promover los derechos de los pacientes que requieren CP. La Asociación Dominicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos (ADETDYCP), activa desde 2011 y presidida por la Dra. Bethania Martínez Del Villar, realiza labores de formación y sensibilización. En 2024 se constituyó la Sociedad Dominicana de Cuidados Paliativos y Manejo Intervencionista del Dolor Crónico (DOMICUIDA), que está presidida por la Dra. Doris Sánchez y que tiene una misión científica y educativa orientada a la investigación, la formación continua y la mejora del cuidado del dolor y del final de la vida.

Ind2

¿Existe una política o directriz nacional sobre voluntades anticipadas o planificación compartida de decisiones?



No existe política ni directriz nacional sobre planificación de decisiones anticipadas.

En la República Dominicana, no existe una directriz nacional establecida para decisiones anticipadas. En las unidades de cuidados intensivos, al momento del ingreso del paciente, se proporciona documentación que se enfoca principalmente en la orden de no reanimación y en los consentimientos informados para los diversos procedimientos médicos que podrían ser necesarios durante la hospitalización.

Políticas

Ind3

3.1. Actualmente existe un plan, programa, política o estrategia nacional de CP.



No existe.

3.2. El plan nacional de CP (o programa o estrategia o legislación) es independiente.



No existe un plan nacional de cuidados paliativos ni independiente, ni incluido en otro plan nacional.

En la República Dominicana, no existe un programa o plan nacional de CP, ni de manera independiente ni integrado en otro plan de salud. No se ha establecido un marco normativo para la aplicación de estos cuidados, a pesar de los esfuerzos impulsados por ADETDYCP. En 2021, la Comisión Especial de Salud del Senado solicitó al Sistema Nacional de Salud (SNS) la apertura de unidades de CP en hospitales, solicitud disponible en la página oficial de la Comisión. Además, se presentó un anteproyecto de ley ante representantes del Ministerio de Salud Pública, el Congreso Nacional, la Defensoría del Pueblo y el Colegio Médico Dominicano (CMD) con el objetivo de garantizar el acceso efectivo a CP y manejo del dolor por personal capacitado en enfermedades crónicas; sin embargo, no prosperó. Previamente, en 2015, se redactó un plan nacional que fue llevado al Congreso, pero no obtuvo aprobación.

AM

República Dominicana

Políticas

3.3. Existen mecanismos para supervisar y evaluar los progresos, con objetivos medibles.



No existe.

Ind4

Los servicios de CP se incluyen en la lista de servicios prioritarios para la cobertura sanitaria universal en la atención primaria del Sistema Nacional de Salud.



No están incluidos.

En el SNS de la República Dominicana, aunque se dispone de medicamentos utilizados en CP, estos no están incorporados como un servicio dentro de la atención primaria.

Ind5

5.1. ¿Existe una autoridad nacional de coordinación de los CP dentro del Gobierno o del Ministerio de Salud?



No existe entidad de coordinación.

En la República Dominicana, el Ministerio de Salud Pública no coordina directamente los CP. No obstante, el SNS cuenta con un departamento encargado de enfermedades crónicas.

5.2. La autoridad nacional de coordinación dispone de autoridad, presupuesto y personal adecuados.



No tiene autoridad o recursos adecuados (presupuesto, personal, etc.).

AM

República Dominicana

Investigación

Ind6

Existencia de congresos, eventos o reuniones científicas a nivel nacional relacionadas específicamente con CP.



Solo se celebran conferencias o reuniones científicas esporádicos o no periódicos relacionados con los cuidados paliativos.

En la República Dominicana, se han llevado a cabo diversos congresos, conferencias y reuniones científicas sobre CP. Además, estos forman parte del programa académico en congresos de oncología, geriatría y anestesiología. En 2018, el país fue sede del 3er Congreso Centroamericano y del Caribe de Dolor y CP. Asimismo, se han organizado jornadas exclusivas sobre el tema en 2020, en 2022 en Samaná, en 2023 en Santo Domingo, Las Terrenas y Nagua, y en 2024 en el Colegio Médico Dominicano (por ADETDYCP). Para el año 2025, está programada una jornada centroamericana de CP.

Ind7

Investigación sobre CP en el país estimada por artículos publicados revisados por pares.



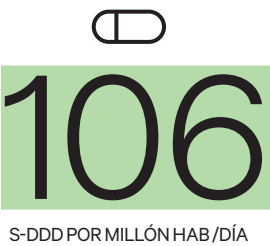
Escaso o muy bajo: Indica un número mínimo o inexistente de artículos publicados sobre el tema en ese país.

La cantidad de artículos de investigación sobre CP publicados por autores nacionales y revisados por pares es limitada. No obstante, existen estudios en el ámbito de los CP pediátricos, así como trabajos presentados como tesis de grado. Además, se han llevado a cabo colaboraciones internacionales en la publicación de artículos de interés en esta área.

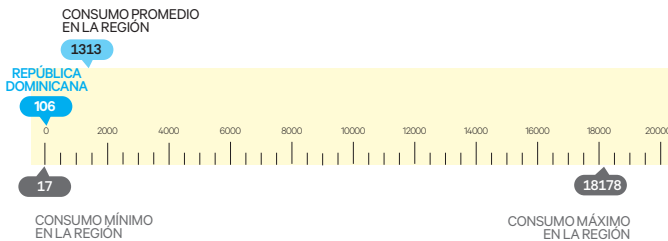
Ind8

Consumo anual notificado de opioides (excluida la metadona).

Consumo promedio de opioides, en dosis diarias definidas para fines estadísticos (S-DDD) por millón de habitantes por día.



PAÍS VS REGIÓN



Medicinas

AM

República Dominicana

Medicinas

Ind9

9.1. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas urbanas que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista de Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.



Bueno: entre 30% a 70%.

9.2. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas rurales que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS).



Poco: entre 10% a 30%.

Según el Programa de Medicamentos Esenciales y Central de Apoyo Logístico (PROMESE/CAL), en la República Dominicana existe disponibilidad y un marco legal para el acceso a medicamentos esenciales en CP. El listado oficial incluye Tramadol y Nalbufina, además de AINEs como Diclofenac, Ibuprofeno y Paracetamol, disponibles en centros de primer y segundo nivel. Los opioides menores, como Tramadol 50 mg y Nalbufina 10 mg, están accesibles en estos niveles, mientras que la Codeína combinada con Paracetamol y Diclofenac se comercializa libremente en jarabe y tabletas. Los opioides mayores solo están disponibles en centros de alta complejidad, con seis en Santo Domingo y tres en Santiago. Tanto estos como el Tramadol requieren un permiso de control de drogas para su uso.

Ind10

10.1. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas urbanas que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy poco: entre 0% a 10%.

10.2. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas rurales que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy poco: entre 0% a 10%.

Según el PROMESE/CAL no hay disponibilidad de opioides fuertes en los centros de atención primaria, La Dirección Nacional de Control de Drogas (DNCD) reporta que 379 centros sanitarios en el país utilizan morfina en ampollas para uso interno, mientras que solo 9 establecimientos la tienen disponible para su venta.

AM

República Dominicana

Educación y Formación

Ind11

11.1. Proporción de facultades de medicina que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de medicina en el país.

0/11



En la República Dominicana, ninguna de las 11 facultades de medicina imparte una asignatura obligatoria e independiente de CP. No obstante, dos universidades incluyen contenidos en asignaturas optativas: la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, a través de la asignatura de Algología, y la Universidad Católica Nordestana, en la asignatura de Medicina del Dolor. De manera similar, en las 11 facultades de enfermería del país, no existen asignaturas obligatorias de CP. Sin embargo, la Universidad Abierta para Adultos ofrece una asignatura optativa de Medicina Paliativa.

11.2. Proporción de facultades de medicina con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de medicina en el país.

2/11

11.3. Proporción de facultades de enfermería que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

0/11

11.4. Proporción de facultades de enfermería con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

1/11

Ind12

Existencia de proceso de especialización oficial en medicina paliativa para médicos, reconocida por la autoridad competente del país.

4

La medicina paliativa es una especialidad o subespecialidad (u otra denominación equivalente) reconocida por las autoridades nacionales competentes.

El 1 de julio de 2024 se inauguró en la República Dominicana la especialidad de Medicina Paliativa y Clínica del Dolor. Además, en los dos principales hospitales oncológicos del país, el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (INCART) y el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter (IOHP), ambos ubicados en Santo Domingo, se habilitaron tres plazas para especialistas en esta área. Estas plazas cuentan con el aval del Ministerio de Educación Superior por un período de tres años.

AM

República Dominicana

Prestación de CP / Servicios especializados

Ind13

13.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.

2

Prestación aislada: Existe, pero sólo en algunas zonas geográficas.

13.2. Disponibles en hospitales (públicos o privados) como equipos hospitalarios de CP (equipos de consulta) o unidades de CP (con camas), por citar algunos ejemplos.

2

En algunas partes del país.

13.3. Hospicios independientes (incluidos los hospicios con camas de hospitalización).

2

En algunas partes del país.

13.4. Los equipos de atención domiciliaria (especializados en CP) están disponibles en la comunidad (o en la atención primaria), como servicios independientes o vinculados a hospitales u hospicios.

2

En algunas partes del país.

13.5. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país.

Ind14

14.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.

2

Prestación aislada: Existe, pero sólo en algunas zonas geográficas.

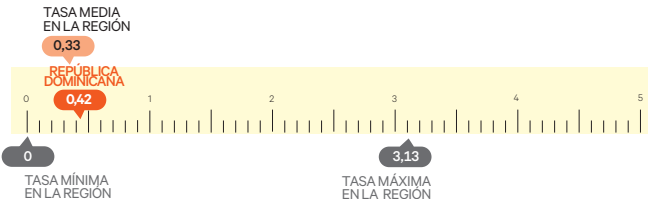
14.2. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos.

4

CPP EQUIPOS

La distribución de los CP en la República Dominicana se concentra en Santo Domingo, Santiago y Las Terrenas, es decir, en zonas urbanas, sin extensión a la atención primaria. Los pacientes hospitalizados reciben CP en distintos centros públicos y privados, principalmente en áreas urbanas. Además, algunos médicos ofrecen este servicio de manera privada, en conjunto con empresas que brindan atención domiciliaria y paliativa. El país cuenta con un total de 48 servicios o programas especializados en CP, incluyendo un hospice y servicios pediátricos, algunos de los cuales son privados y están distribuidos en distintas regiones.

TASA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CP/100.000 HAB.



48
← SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

En la República Dominicana se identificaron cuatro servicios de CPP ubicados en Santo Domingo y Santiago. El Hospital Infantil Robert Reid Cabral, el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (INCART) y el Hospital Pediátrico Arturo Grullón brindan atención ambulatoria y hospitalaria para niños. Por otro lado, el IOHP cuenta con un servicio dirigido a adultos, pero también atiende a pacientes pediátricos en su Clínica de Dolor. Es importante señalar que casi cualquier servicio de CP para adultos, proporciona también atención a niños.



Datos generales

POBLACIÓN, 2024:
3.386.588

SUPERFICIE KM², 2022:
176.220

MÉDICOS/AS/1000 HAB, 2022:
4,63

ENFERMERO/AS/1000 HAB, 2021-2022:
N/D

Datos socioeconómicos

NIVEL DE INGRESOS DEL PAÍS, 2022:
Alto

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO, 2021:
48

PIB PER CÁPITA (US\$), 2023:
22797,81

GASTO EN SALUD PER CÁPITA (US\$), 2021:
1.620,33

COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL, 2021:
82



MARCO DE LA OMS PARA EL DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

- A EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES
- B POLÍTICAS DE SALUD
- C INVESTIGACIÓN
- D USO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES
- E EDUCACIÓN Y FORMACIÓN
- F PRESTACIÓN DE CP

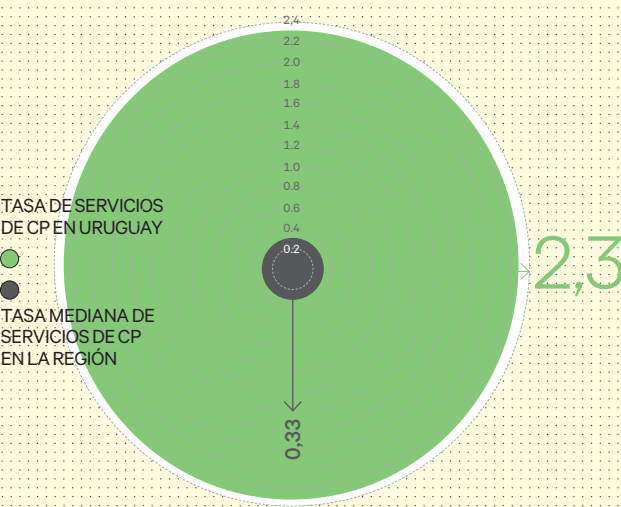


Uruguay

F Prestación de CP (Servicios Especializados)



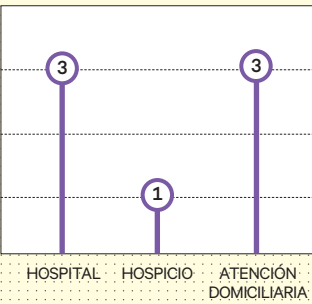
Uruguay en el contexto de la región



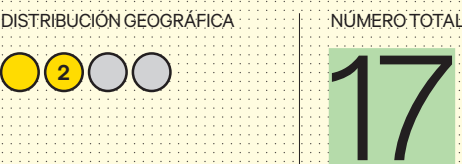
Distribución geográfica e integración de los servicios de CP



Nivel de desarrollo de los distintos tipos de servicios de CP



Servicios de CP Pediátricos

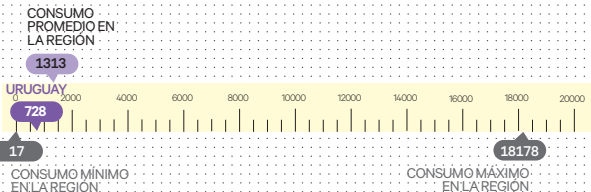


Uruguay

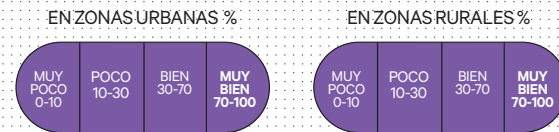
D Uso de medicamentos esenciales



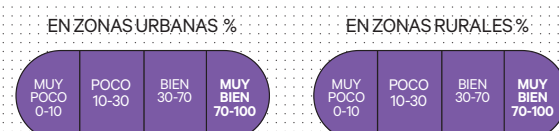
Uruguay en el contexto de la región



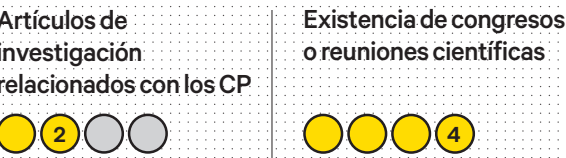
Disponibilidad general de medicamentos esenciales para el dolor y los CP en el primer nivel de atención



Disponibilidad general de morfina oral de liberación inmediata en el primer nivel de atención



C Investigación



Consultores: Adriana Della Valle, Alejandra Nikicer, Alvaro Méndez Guerra, Ana Núñez, Fernando Elordoy, Patricia Papa, Pedro Emiliano Pollara Vespa.

Asociación Nacional de CP: Sociedad Uruguaya de Medicina y Cuidados Paliativos.

Fecha de recolección de datos: Abril-Junio 2024

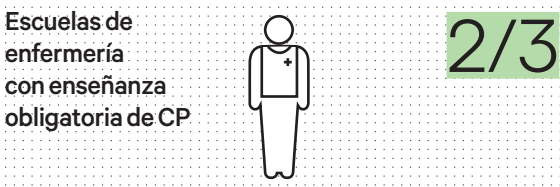
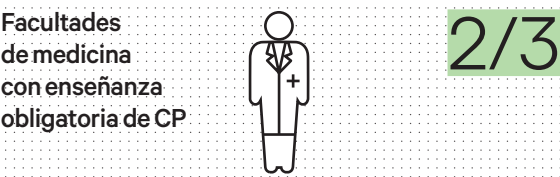
Informe validado por consultores: Sí

Informe aprobado por la Asociación Nacional: Sí

Informe revisado por el Ministerio de salud: Sí

Edición: Editado por el Equipo de Investigación ATLANTES.

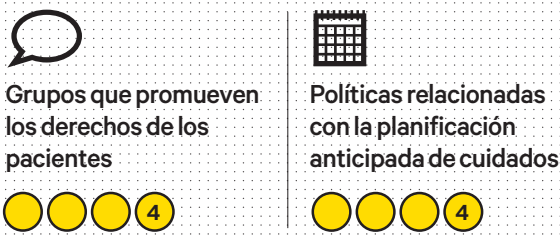
E Educación y formación



B Políticas



A Empoderamiento de las personas y las comunidades



Ind1	Existencia de grupos dedicados a promover los derechos de los pacientes que necesitan CP, de sus cuidadores y de los supervivientes a la enfermedad.	4	Fuerte presencia nacional y subnacional de la defensa de los cuidados paliativos y promoción de los derechos de los pacientes.	En la República Oriental de Uruguay, múltiples actores públicos y privados, a nivel nacional y departamental, participan en la defensa de los derechos de los pacientes. Entre los organismos estatales destacan la Junta Nacional de Salud, que coordina el Seguro Nacional de Salud con el Banco de Previsión Social, y los Consejos Consultivos y Asesores, establecidos por el Decreto N° 269/008 para mejorar la calidad de atención. La Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), principal prestador estatal, incorpora representación de usuarios y trabajadores en su gobernanza. En la sociedad civil, la Alianza de Pacientes Uruguay y el Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud trabajan por una mejor calidad asistencial y diagnósticos participativos. La Sociedad Uruguaya de Medicina y Cuidados Paliativos (SUMCP) impulsa legislación en la materia, mientras que las Comunidades Compasivas promueven enfoques integradores desde la sociedad civil, junto al Colegio Médico del Uruguay.
	1.1 Asociaciones de profesionales de CP a la enfermedad: Sí			
Ind2	1.2 Asociaciones civiles, de pacientes, de familiares o voluntarios focalizados en los CP: Sí			
	¿Existe una política o directriz nacional sobre voluntades anticipadas o planificación compartida de decisiones?	4	Existe una política nacional sobre planificación compartida de decisiones anticipadas.	En Uruguay, la Ley N° 18.473, vigente desde 2009, regula la voluntad anticipada en tratamientos médicos terminales, permitiendo a las personas decidir sobre su cuidado mientras conserven capacidad mental. El Ministerio de Salud Pública (MSP) la define como una decisión libre y meditada para aceptar o rechazar intervenciones, garantizando la dignidad del paciente. La Ley N° 20.179 de 2023 reafirma este derecho y fomenta comunicación honesta y planificación anticipada. Pese a su reglamentación en 2013, su implementación es limitada, vinculada a formación médica y respeto de derechos. El formulario oficial es gratuito, aunque también basta la manifestación verbal registrada.
Ind3	3.1. Actualmente existe un plan, programa, política o estrategia nacional de CP.	4	Realizado en los últimos 5 años y evaluado o auditado activamente.	Uruguay cuenta con un PNCP desde 2013, con una Guía de Buenas Prácticas para su implementación. Su objetivo es garantizar la cobertura universal de los CP en todas las etapas de la vida y patologías indicadas, mejorando la calidad, integralidad y continuidad de la atención, y reduciendo desigualdades. Es un plan nacional independiente, respaldado por la Ley N° 20.179, actualmente en proceso de reglamentación. Contempla un conjunto integral de intervenciones de calidad y ha contado con amplia participación. Su versión final ha sido publicada y distribuida, con orientaciones validadas por altos funcionarios de salud. Dispone de una unidad de gestión plenamente operativa, encargada de implementar el plan, y cuenta con mecanismos de seguimiento y evaluación de progresos con objetivos medibles. Además, describe en detalle planes, procesos y sistemas para atender a las poblaciones clave afectadas y en riesgo.
	3.2. El plan nacional de CP (o programa o estrategia o legislación) es independiente.	4	Existe un plan nacional independiente de cuidados paliativos y/o existe una ley/legislación/decretos gubernamentales nacionales sobre CP.	

3.3. Existen mecanismos para supervisar y evaluar los progresos, con objetivos medibles.	4 Existen mecanismos para supervisar y evaluar los progresos con objetivos claros, pero aún no se han puesto en práctica.	
Ind4	4 Los cuidados paliativos se incluyen en la lista de prestaciones sanitarias de atención primaria de la ley general de sanidad.	Los CP están formalmente incluidos en la atención en salud mediante la Ley N° 18.211 de 2007 y la Ley N° 18.335 de 2008, que regulan el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y los derechos de los usuarios. Además, forman parte del Anexo II del Decreto N° 465/008 (2008), que establece modalidades de atención como internación, domiciliaria o ambulatoria. En 2008, el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) catalogó los servicios a ofrecer, mientras que en 2013 el MSP implementó la política nacional de CP. La Ley N° 20.179 reconoce el derecho universal a recibir CP para personas con enfermedades graves y avanzadas. Asimismo, todos los prestadores del SNIS deben ofrecer estos servicios sin discriminación. El acceso a los cuidados se supervisa mediante auditorías realizadas por el Programa de Cuidados Paliativos o la División Fiscalización del MSP.
Ind5	4 La entidad de coordinación de los cuidados paliativos está bien definida y tiene una buena estructura (científica y técnica).	El MSP de Uruguay, a través de las Áreas y Programas de Salud, promueve y protege la salud mediante políticas sanitarias. La coordinación del PNCP al momento de elaboración de este documento está a cargo de Adriana Della Valle y Ana María Núñez. Sus objetivos incluyen garantizar el derecho a CP de calidad para todos los uruguayos, independientemente de su edad, patología o ubicación, y la implementación de una Ley de CP, aprobada en 2023 y en proceso de reglamentación. Además, buscan promover la colaboración público-privada, incorporar la materia de CP en la currícula de los estudiantes de salud, sensibilizar a autoridades y profesionales, implementar equipos de CP en todo el país, y fomentar la formación profesional y el trabajo en red.
5.1. ¿Existe una autoridad nacional de coordinación de los CP dentro del Gobierno o del Ministerio de Salud?	4	
5.2. La autoridad nacional de coordinación dispone de autoridad, presupuesto y personal adecuados.	4 Tiene autoridad, presupuesto y personal adecuados.	

AM

Uruguay

Investigación

Ind6

Existencia de congresos, eventos o reuniones científicas a nivel nacional relacionadas específicamente con CP.



Al menos un congreso nacional dedicado específicamente a los cuidados paliativos cada 3 años.

La SUMCP, en su Artículo 2º, tiene como objetivo organizar jornadas, congresos y seminarios nacionales e internacionales sobre CP. Desde 2015, se han realizado congresos nacionales cada dos años, con temáticas como “Cuidando al paciente y la familia” (2015), “Cuidados paliativos para todos, un desafío posible” (2017) y “Atención Paliativa: Derecho y Responsabilidad de Todos” (2019). El cuarto congreso, se llevó a cabo en marzo de 2023, declarado de interés ministerial por los Ministerios de Salud Pública y de Educación y Cultura. Además, se organizó en Montevideo el II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos y el VIII Curso Latinoamericano de Medicina y CP. También es relevante la participación de Uruguay en congresos internacionales.

Ind7

Investigación sobre CP en el país estimada por artículos publicados revisados por pares.



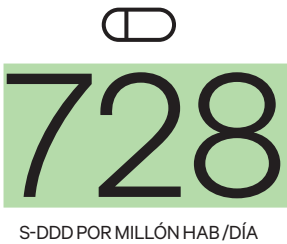
Escaso o muy bajo: Indica un número mínimo o inexistente de artículos publicados sobre el tema en ese país.

En Uruguay, se identificaron 14 publicaciones específicas sobre CP en tres bases de datos indexadas: PubMed (9 artículos), CINAHAL (4) y EmBase (1). Además, se encontraron 29 artículos en revistas latinoamericanas como Lilacs y Scielo. Varias revistas científicas indexadas en Scielo, especialmente en ciencias de la salud, publican investigaciones sobre cuidados paliativos, como Anales de la Facultad de Medicina, Revista Médica del Uruguay y Revista Uruguaya de Medicina Interna. En cuanto a literatura gris, se documentaron 10 informes elaborados por el Programa de CP del MSP, incluidos análisis anuales sobre el desarrollo de los CP en el país, informes sobre el consumo de opioides y evaluaciones de cursos de capacitación en CP.

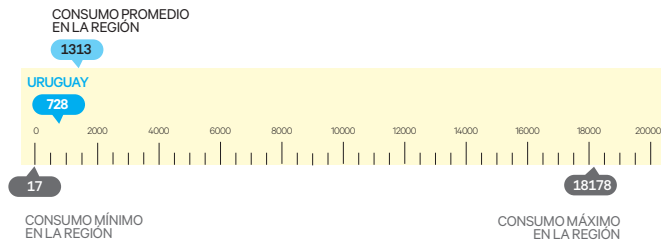
Ind8

Consumo anual notificado de opioides (excluida la metadona).

Consumo promedio de opioides, en dosis diarias definidas para fines estadísticos (S-DDD) por millón de habitantes por día.



PAÍS VS REGIÓN



Medicinas

AM

Uruguay

Medicinas

Ind9

9.1. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas urbanas que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista de Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.



Muy bueno: entre 70% - 100%.

En Uruguay, la atención en salud se organiza a través del SNIS, que abarca tanto el sector público, mediante la ASSE, el Hospital de Clínicas, unidades de las Fuerzas Armadas, Policía, y atención primaria municipal, como el sector privado, a través de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y seguros privados. El Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM) establece la lista de medicamentos esenciales, grupos farmacológicos y formulaciones nutricionales utilizadas por los prestadores de salud, siendo un listado obligatorio por el MSP. Además, la Ordenanza N° 1.695/019, que regula los lineamientos para la implementación y desarrollo de CP en el país, incluye una lista específica de medicamentos e insumos necesarios para la atención paliativa de pacientes complejos, asegurando el acceso a estos tratamientos. No se pudo determinar la proporción específica para las zonas rurales y urbanas.

9.2. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas rurales que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS).



Muy bueno: entre 70% - 100%.

Ind10

10.1. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas urbanas que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy bueno: entre 70% - 100%.

La morfina oral de liberación inmediata, tanto en solución como en comprimidos de acción rápida, está incluida en el FTM, un listado obligatorio del MSP que garantiza su disponibilidad y acceso en la atención primaria para el tratamiento del dolor y los CP. Además, la Ordenanza N° 1.695/019, que regula la implementación de CP en Uruguay, establece una lista de fármacos e insumos necesarios para la atención paliativa de pacientes, tanto no complejos como complejos y altamente complejos, en la que también se incluye la morfina. No se pudo determinar la proporción específica para las zonas rurales y urbanas.

10.2. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas rurales que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy bueno: entre 70% - 100%.

Ind11

11.1. Proporción de facultades de medicina que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de medicina en el país.

2/3



En Uruguay, existen tres facultades de medicina: la Universidad de la República (UdelaR), la Universidad Católica, ambas en Montevideo, y la Facultad de Medicina del CLAEH en Maldonado. Dos de estas facultades incluyen un módulo obligatorio de CP en su formación básica. En 2021, UdelaR creó la Unidad Académica de CP, un proyecto innovador de formación interdisciplinaria que involucra equipos de CP de adultos y niños. En el ámbito de la enfermería, también hay tres facultades: UdelaR, la Universidad Católica y la Universidad de la Empresa, de las cuales dos incluyen un módulo obligatorio de CP en su formación. Además, un informe de 2021 destacó que 14 de 41 escuelas de auxiliares de enfermería ofrecen CP en el pregrado, y ocho ofrecen cursos de CP en el posgrado. A partir de agosto de 2023, el curso de Auxiliar de Enfermería incluyó 20 horas obligatorias de CP.

11.2. Proporción de facultades de medicina con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de medicina en el país.

1/3

11.3. Proporción de facultades de enfermería que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

2/3

11.4. Proporción de facultades de enfermería con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

1/3

Ind12

Existencia de proceso de especialización oficial en medicina paliativa para médicos, reconocida por la autoridad competente del país.



No existe un proceso de especialización para los médicos de cuidados paliativos, pero sí otro tipo de títulos con reconocimiento oficial.

En Uruguay, ninguna facultad de medicina otorga el título de Especialista en CP para médicos. Según el Reglamento de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, las especializaciones buscan perfeccionar el dominio en un área concreta mediante formación con prácticas profesionales. Existen dos tipos: de inserción primaria, para formar especialistas generalistas con al menos 3.300 horas presenciales, y de inserción secundaria, dirigidas a médicos con especialidad previa y mínimo de 2.200 horas. También se ofrecen Diplomas de profundización específica para médicos, especialistas u otros profesionales universitarios, con una exigencia mínima de 900 horas, de las cuales 600 son presenciales. La UdelaR, a través de su Escuela de Graduados, ofrece una Diplomatura en CP del Adulto y otra interdisciplinaria en CP Pediátricos, sin ser especialidades.

Ind13

13.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.



Prestación generalizada: Existe en muchas partes del país, pero con algunas lagunas.

13.2. Disponibles en hospitales (públicos o privados) como equipos hospitalarios de CP (equipos de consulta) o unidades de CP (con camas), por citar algunos ejemplos.



En un número creciente de hospitales públicos.

13.3. Hospicios independientes (incluidos los hospicios con camas de hospitalización).



No existen.

13.4. Los equipos de atención domiciliaria (especializados en CP) están disponibles en la comunidad (o en la atención primaria), como servicios independientes o vinculados a hospitales u hospicios.



En muchas partes del país.

13.5. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país.

Ind14

14.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.



Prestación aislada: Existe, pero sólo en algunas zonas geográficas.

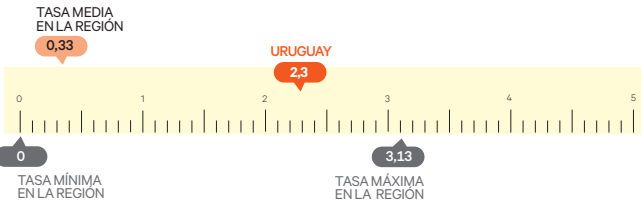
14.2. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos.

17

CPP EQUIPOS

En Uruguay, ninguna facultad de medicina otorga el título de Especialista en CP para médicos. Según el Reglamento de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, las especializaciones buscan perfeccionar el dominio en un área concreta mediante formación con prácticas profesionales. Existen dos tipos: de inserción primaria, para formar especialistas generalistas con al menos 3.300 horas presenciales, y de inserción secundaria, dirigidas a médicos con especialidad previa y mínimo de 2.200 horas. También se ofrecen Diplomas de profundización específica para médicos, especialistas u otros profesionales universitarios, con una exigencia mínima de 900 horas, de las cuales 600 son presenciales. La UdelaR, a través de su Escuela de Graduados, ofrece una Diplomatura en CP del Adulto y otra interdisciplinaria en CP Pediátricos, sin ser especialidades.

TASA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CP/100.000 HAB.



79
← SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CUIDADOS PALIATIVOS



Datos generales

POBLACIÓN, 2024:
28.405.543

SUPERFICIE KM², 2022:
912.050

MÉDICOS/AS/1000 HAB, 2022:
N/D

ENFERMERO/AS/1000 HAB, 2021-2022:
4,97

Datos socioeconómicos

NIVEL DE INGRESOS DEL PAÍS, 2022:
N/D

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO, 2021:
121

PIB PER CÁPITA (US\$), 2023:
N/D

GASTO EN SALUD PER CÁPITA (US\$), 2021:
160,1

COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL, 2021:
75



MARCO DE LA OMS PARA EL DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

- A EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES
- B POLÍTICAS DE SALUD
- C INVESTIGACIÓN
- D USO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES
- E EDUCACIÓN Y FORMACIÓN
- F PRESTACIÓN DE CP



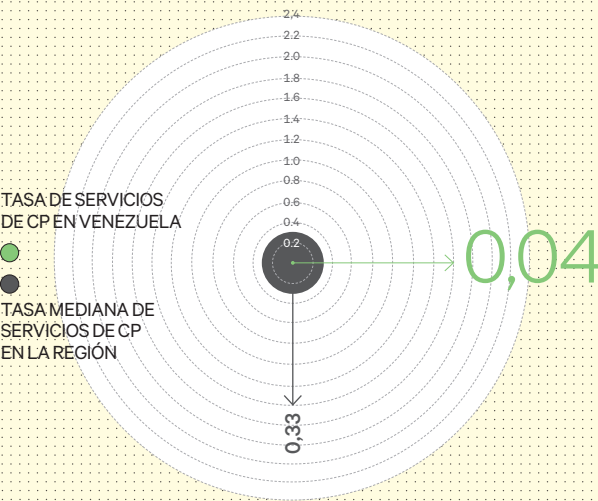
Venezuela

F Prestación de CP (Servicios Especializados)

Número Total de Servicios de CP Especializados: **13**

Tasa de Servicios de CP por cada 100.000 habitantes: **0,04**

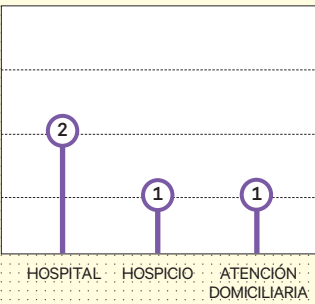
Venezuela en el contexto de la región



Distribución geográfica e integración de los servicios de CP



Nivel de desarrollo de los distintos tipos de servicios de CP



Servicios de CP Pediátricos

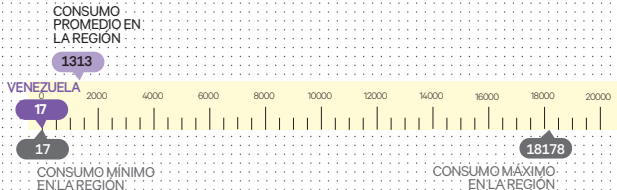


Venezuela

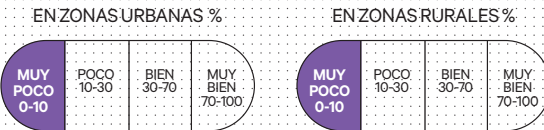
D Uso de medicamentos esenciales

Consumo de opioides (excluyendo metadona): **17** S-DDD POR MILLÓN HAB/DÍA

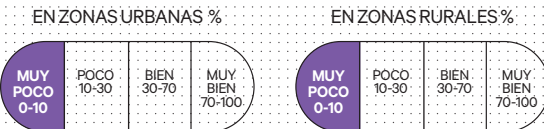
Venezuela en el contexto de la región



Disponibilidad general de medicamentos esenciales para el dolor y los CP en el primer nivel de atención



Disponibilidad general de morfina oral de liberación inmediata en el primer nivel de atención



C Investigación

Artículos de investigación relacionados con los CP: **1**

Existencia de congresos o reuniones científicas: **2**



Consultores: Belkys Consuelo Vásquez Zambrano, Jonathan González, Middy Álvarez, Nexduar Ortuño Ortuño, Tulio W González C.

Asociación Nacional de CP: Sociedad Venezolana de Medicina Paliativa (SOVEMEPAL).

Fecha de recolección de datos: Abril-Junio 2024

Informe validado por consultores: Sí

Informe aprobado por la Asociación Nacional: Sí

Edición: Editado por el Equipo de Investigación ATLANTES (Universidad de Navarra, España).

E Educación y formación

Facultades de medicina con enseñanza obligatoria de CP: **0/11**

Escuelas de enfermería con enseñanza obligatoria de CP: **0/8**

Reconocimiento de la especialidad en CP: **4**

B Políticas

Plan o estrategia nacional de CP: **2**

Autoridad responsable de los CP en el Ministerio de Salud: **2**

Inclusión de los CP en el paquete básico de salud en el nivel de atención primaria: **1**

A Empoderamiento de las personas y las comunidades

Grupos que promueven los derechos de los pacientes: **3**

Políticas relacionadas con la planificación anticipada de cuidados: **1**

Ind1	Existencia de grupos dedicados a promover los derechos de los pacientes que necesitan CP, de sus cuidadores y de los supervivientes a la enfermedad.	3	La Sociedad Venezolana de Medicina Paliativa (SOVEMEPAL), establecida en 2010 en Caracas, es la única organización en la República Bolivariana de Venezuela dedicada a la promoción y defensa de los CP, así como al apoyo de pacientes y sus familias. Su labor se centra en la difusión y aplicación de estos cuidados, tanto en el primer nivel de atención como en áreas especializadas. No existen asociaciones civiles específicas que brinden apoyo directo a pacientes, familiares o voluntarios en el ámbito de los CP.
	1.1 Asociaciones de profesionales de CP a la enfermedad: Sí 1.2 Asociaciones civiles, de pacientes, de familiares o voluntarios focalizados en los CP: No	Existencia de grupo(s) que cubre(n) los cuidados paliativos de forma más integrada o en una gama más amplia de enfermedades/ programas.	
Ind2	¿Existe una política o directriz nacional sobre voluntades anticipadas o planificación compartida de decisiones?	1 No existe política ni directriz nacional sobre planificación de decisiones anticipadas.	En Venezuela, no existe una normativa clara ni una política específica que regule la planificación compartida de decisiones o el testamento vital. La ausencia de directrices legales y protocolos en este ámbito dificulta la implementación de un marco estructurado para la toma de decisiones sobre la atención al final de la vida, centradas en la autonomía del paciente y con un enfoque humanizado.
Ind3	3.1. Actualmente existe un plan, programa, política o estrategia nacional de CP.	2 Desarrollado hace más de 5 años.	En Venezuela, no existe una Ley Nacional de CP, aunque el Ministerio de Salud incluye estos cuidados dentro del subprograma de oncología, bajo la Dirección Nacional de Oncología. Desde 1976, esta dirección ha trabajado en la planificación y promoción de la atención oncológica, incorporando los CP en este contexto. Sin embargo, dicho subprograma no es un plan independiente, sino una sección dentro de la oncología. A pesar de avances como la inclusión del Protocolo Nacional de CP y la definición de mecanismos de supervisión y evaluación, su implementación efectiva sigue pendiente.
	3.2. El plan nacional de CP (o programa o estrategia o legislación) es independiente.	3 Existe una sección dedicada a los cuidados paliativos en otro plan nacional, como el del cáncer, las enfermedades no transmisibles (ENT) o el VIH.	

3.3. Existen mecanismos para supervisar y evaluar los progresos, con objetivos medibles.	2 Existen mecanismos para supervisar y evaluar los progresos con objetivos claros, pero aún no se han puesto en práctica.	
Ind4	1 No están incluidos.	En Venezuela, los CP no están explícitamente incluidos en el paquete básico de salud establecido por la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud de 1998, que menciona diversos subsistemas sin hacer referencia específica a estos cuidados ni a la atención al final de la vida. Sin embargo, los CP se reconocen dentro del Programa General de Cáncer del Ministerio de Salud, en el que se incluyen como un subprograma de la Dirección Nacional de Oncología.
Ind5	2 La autoridad para los cuidados paliativos está definida pero sólo a nivel político, sin entidad de coordinación definida.	En Venezuela, aunque existe una autoridad política encargada de los CP, no se cuenta con una entidad de coordinación claramente definida para su seguimiento e implementación de políticas o estrategias nacionales. La Dirección Nacional de Oncología es la responsable de estos cuidados, pero no dispone de una estructura específica para coordinar su ejecución a nivel nacional. Además, la Dirección carece de los recursos, personal y presupuesto necesarios para cumplir de manera eficaz sus funciones.
5.2. La autoridad nacional de coordinación dispone de autoridad, presupuesto y personal adecuados.	2 No hay presupuesto, y el personal o la autoridad se enfrentan a carencias críticas.	

Ind6

Existencia de congresos, eventos o reuniones científicas a nivel nacional relacionadas específicamente con CP.



Solo se celebran conferencias o reuniones científicas esporádicas o no periódicos relacionados con los cuidados paliativos.

Actualmente, las actividades sobre CP, como congresos y simposios, se realizan de manera esporádica debido a la situación del país. En 2016, se celebró el 1er Congreso Nacional de CP, y en 2017 tuvo lugar el Congreso Nacional de Medicina Paliativa “Dra. Patricia Bonilla”. Además, en 2022, se presentó un módulo de CP dentro del Congreso Nacional de Oncología.

Ind7

Investigación sobre CP en el país estimada por artículos publicados revisados por pares.



Escaso o muy bajo: Indica un número mínimo o inexistente de artículos publicados sobre el tema en ese país.

En Venezuela, la cantidad de publicaciones revisadas por pares sobre CP es muy baja o inexistente, debido a la escasez de especialistas en medicina paliativa, así como a las dificultades impuestas por el contexto político y social del país. Estas condiciones, así como la falta de recursos afectan la producción científica en el área.

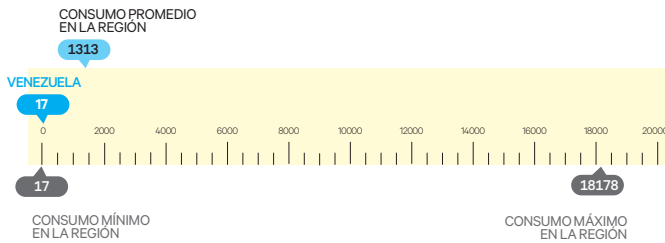
Ind8

Consumo anual notificado de opioides (excluida la metadona).

Consumo promedio de opioides, en dosis diarias definidas para fines estadísticos (S-DDD) por millón de habitantes por día.



PAÍS VS REGIÓN



Ind9

9.1. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas urbanas que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista de Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.



Muy poco: entre 0% a 10%.

En Venezuela, la disponibilidad de medicamentos esenciales para el manejo del dolor y los CP en centros de atención de baja complejidad en áreas urbanas es extremadamente limitada. Esto implica que la mayoría de las unidades de CP no reciben la cantidad mínima de medicamentos esenciales establecidos por la OMS. Según datos de la SOVEMEPAL y el Atlas de CP en Latinoamérica (2020), en las zonas rurales del país no existen unidades de atención de baja complejidad con servicios de CP ni con una provisión adecuada de medicamentos esenciales para el dolor, conforme a los estándares internacionales.

9.2. Porcentaje de centros sanitarios de atención de baja complejidad (niveles 1 y 2) en áreas rurales que disponen de medicación para el dolor y los cuidados paliativos según la definición de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS).



Muy poco: entre 0% a 10%.

Ind10

10.1. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas urbanas que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy poco: entre 0% a 10%.

Según el Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica (2020) y la SOVEMEPAL, en Venezuela la disponibilidad de morfina oral de liberación inmediata, tanto en tabletas como en solución líquida, es prácticamente inexistente en la mayoría de los establecimientos de atención primaria de salud en zonas urbanas. La cobertura de este medicamento esencial es extremadamente limitada. En las zonas rurales, la situación es aún más grave, ya que no se encuentra disponible morfina oral de liberación inmediata en ninguna de sus presentaciones. La única forma de morfina accesible es en ampollas de 10 mg/ml, cuya disponibilidad es igualmente restringida.

10.2. Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud en zonas rurales que cuentan con morfina oral de liberación inmediata (líquida o en tabletas).



Muy poco: entre 0% a 10%.

Ind11

11.1. Proporción de facultades de medicina que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de medicina en el país.

0/11



En Venezuela, ninguna de las 11 facultades de medicina ofrece enseñanza obligatoria en CP en sus programas de pregrado. A pesar de que los CP fueron reconocidos como especialidad médica en 2009, aún no se han integrado oficialmente como cursos obligatorios. Además, no se ofrecen cursos optativos o electivos en este campo en las facultades de medicina. En el ámbito de la enfermería, ninguna de las 8 facultades del país ofrece formación obligatoria en CP en el nivel de pregrado, y no existen cursos optativos en sus planes de estudio. Está en discusión un postgrado para el reconocimiento universitario de la especialidad.

11.2. Proporción de facultades de medicina con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de medicina en el país.

0/11

11.3. Proporción de facultades de enfermería que enseñan CP OBLIGATORIO sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

0/8

11.4. Proporción de facultades de enfermería con estudios OPTATIVOS o ELECTIVOS en CP sobre el número total de facultades de enfermería en el país.

0/8

Ind12

Existencia de proceso de especialización oficial en medicina paliativa para médicos, reconocida por la autoridad competente del país.



La medicina paliativa es una especialidad o subespecialidad (u otra denominación equivalente) reconocida por las autoridades nacionales competentes.

La medicina paliativa en Venezuela fue reconocida oficialmente como una especialidad médica en 2009, con la certificación otorgada por el Ministerio del Poder Popular para la Salud y el aval de los colegios de médicos del país. Esta acreditación permite a los médicos obtener el título de “Médico Especialista en Medicina Paliativa”. Sin embargo, a pesar de su reconocimiento y certificación, la especialización se imparte principalmente en centros específicos, como el Hospital Oncológico Dr. Luis Razetti, limitando su disponibilidad a ciertos lugares del país.

Ind13

13.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.



Prestación aislada: Existe, pero sólo en algunas zonas geográficas.

13.2. Disponibles en hospitales (públicos o privados) como equipos hospitalarios de CP (equipos de consulta) o unidades de CP (con camas), por citar algunos ejemplos.



En algunas partes del país.

13.3. Hospicios independientes (incluidos los hospicios con camas de hospitalización).



No existen.

13.4. Los equipos de atención domiciliaria (especializados en CP) están disponibles en la comunidad (o en la atención primaria), como servicios independientes o vinculados a hospitales u hospicios.

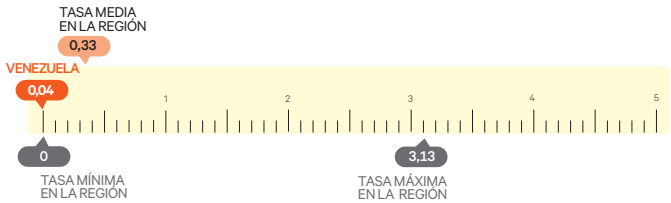


No existen.

13.5. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP en el país.

Venezuela cuenta con algunos servicios de CP en zonas específicas, principalmente en hospitales de tercer nivel en Caracas. Se identifican 13 unidades: 5 en Caracas y 8 en otras entidades federales. Entre estos servicios destacan: el Hospital José Gregorio Hernández (Los Magallanes de Caracas) con atención hospitalaria y domiciliaria, el Instituto Oncológico Dr. Luis Razetti con un equipo paliativista y personal de apoyo, incluyendo enfermería y psicología, y el Servicio Oncológico Hospitalario de los Seguros Sociales, Hospital Padre Machado, que brinda atención intrahospitalaria y apoyo psicológico y de enfermería. Estos servicios incluyen equipos de consulta, algunos sin camas de hospitalización, y otros con camas asignadas para CP. No existen hospices establecidos en el país, ni equipos de atención domiciliaria independientes.

TASA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CP/100.000 HAB.



13
← SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Ind14

14.1. Existe un sistema de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos que tiene alcance geográfico y se presta a través de diferentes plataformas de prestación de servicios.



En el país no existen programas especializados en cuidados paliativos o éstos son mínimos.

14.2. Número de servicios con dedicación exclusiva en CP pediátricos.



En Venezuela no existe ningún servicio especializado en CPP.

AM

The way forward

**RECOMMENDATIONS FOR THE FUTURE
DEVELOPMENT OF PALLIATIVE CARE
IN THE AMERICAS**

The findings of this atlas underscore critical priorities and emerging opportunities to strengthen PC across the Americas. Sustained progress will require coordinated action in health policy, service delivery, access to essential medicines, education, research, and meaningful community engagement.

To move toward equitable access and the full integration of PC into UHC, particular emphasis must be placed on embedding PC within PHC systems. Strengthening the role of generalist providers and interdisciplinary teams at the community level will help ensure early identification of needs, continuity of care, and the democratization of access—especially in rural, remote, indigenous, and underserved settings.

Marked disparities in PC development persist across the region, reflecting the economic, cultural, and political diversity of the Americas. Yet this diversity presents an opportunity: by leveraging benchmarking and regional cooperation, countries can learn from the most successful and contextually relevant examples. Highlighting scalable, transferable models from both high-resource and middle- or low-resource systems can help guide tailored strategies elsewhere, fostering regional equity through shared learning and adaptation.

The use of WHO indicators to guide and monitor progress remains essential. These metrics are not only tools for evaluation but also aspirational benchmarks for national and regional improvement. While implementation strategies must be adapted to local realities, several overarching recommendations hold relevance across the Americas:

- **Strengthen primary care–based PC models** by incorporating PC competencies into existing primary care structures and enabling coordination with specialist services.
- **Empower people and communities** to participate actively in care, advocacy, and education. Local engagement is vital to building trust, ensuring cultural appropriateness, and promoting early integration of PC into chronic illness, aging, and end-of-life trajectories.
- **Support the formation of national and regional professional networks and associations**, which play a key role in advocacy, capacity-building, and public awareness. Sustainable change cannot rely on isolated efforts.
- **Update and refine national PC strategies regularly**, with clear objectives and measurable actions that include expanding both specialist and generalist PC,

and strengthening training across all levels of the health system.

- **Enact or reinforce specific legislation on PC**, guaranteeing its recognition as a core component of public health systems and a human right.
- **Promote synergies in research and training** by fostering collaborative networks, leveraging regional and international funding opportunities (e.g., PAHO initiatives, national research councils), and facilitating knowledge exchange. Cross-country cooperation enhances impact, prevents duplication, and supports the translation of evidence into practice.
- **Strengthen research infrastructure and visibility** through dissemination of calls for funding, recognition of ongoing projects, and expansion of training resources (e.g., online modules, core curricula). Regional networks and associations can serve as foundational platforms.
- **Mandate undergraduate education in PC** for all students in medicine, nursing, and allied health fields. Foundational knowledge must be universally accessible, serving as a gateway to advanced training.
- **Remove barriers to essential medicines and opioids** by integrating evidence-based pain management into health curricula, aligning regulatory frameworks with international standards, and expanding the availability of qualified PC professionals and multidisciplinary teams.
- **Expand the number of specialized PC services**, especially in underserved rural areas, small island states, and for pediatric and geriatric populations. A robust information infrastructure (e.g., national registries and service directories) is essential to guide equitable resource allocation.

By pursuing these integrated strategies—anchored in primary care, driven by collaboration, informed by benchmarking, and responsive to cultural and community needs—countries in the Americas can move decisively toward inclusive, high-quality palliative care that truly leaves no one behind. ●

THE ATLANTES RESEARCH TEAM

