Cuidados paliativos universales en Chile

Desarrollo normativo e implementación de la Ley N° 21.375

Autor

Eduardo Goldstein B.
egoldstein@bcn.cl
(56) 32 226 3906

Nº SUP: 150261

Resumen

El presente informe tiene por objetivo examinar el desarrollo normativo, técnico y operativo de los cuidados paliativos universales en Chile, con énfasis en la Ley N° 21.375 y su Reglamento (D.S. N° 41/2022), que reconocen estos cuidados como un derecho universal y una obligación del Estado.

Si bien el enfoque de los cuidados paliativos se consolidó internacionalmente a partir de la década de 1960, en Chile el Ministerio de Salud impulsó en 1995 el primer Programa de Cuidados Paliativos para las personas con cáncer avanzado. Posteriormente, la incorporación del problema de salud “Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado” al sistema de garantías explícitas en salud (GES) mediante la Ley N° 19.966 (2005) representó un hito en materia de oportunidad de acceso y protección financiera.

Con la promulgación de la Ley N° 21.375, el año 2021 se consagra los cuidados paliativos universales, ampliando esta cobertura de cuidado para todas las personas que padecen enfermedades terminales o graves, previamente excluidas del régimen GES. El Reglamento (D.S. N° 41/2022) establece las prestaciones mínimas que deben garantizarse, las cuales incluyen el control de síntomas, apoyo nutricional, medidas farmacológicas y no farmacológicas, monitoreo de efectos adversos y apoyo psicológico. Asimismo, dispone que estas atenciones puedan otorgarse tanto en un modelo institucional como en uno domiciliario, con especial protagonismo de la Atención Primaria de Salud (APS) como nivel coordinador del sistema.

La implementación del Programa de Cuidados Paliativos Universales en la Atención Primaria de Salud se inició en el último trimestre del año 2022, registrando los primeros ingresos de pacientes al programa. De acuerdo con estadísticas del MINSAL, el número de personas incorporadas al Programa alcanzó en 2024 a 11.975 personas. Por otra parte, las estimaciones realizadas con modelos más restrictivas, calculaban que alrededor de 41.000 personas adultas mayores de 15 años eran susceptibles de necesitar cuidados paliativos no oncológicos ese año, lo que evidencia una brecha significativa entre la necesidad potencial y la cobertura actual.

Introducción

Los cuidados paliativos (en adelante CCPP) se originaron en el Reino Unido en la década de 1960, con Cicely Saunders[1], quien inauguró el St. Christopher Hospice en 1967 en Londres y que acuñó el término *"dolor total"* para referirse a las múltiples dimensiones del sufrimiento (físico, emocional, social, espiritual).

Hoy en día, diversas resoluciones de agencias internacionales especializadas han establecido que los cuidados paliativos son un servicio esencial de salud, que debe brindarse a todos aquellos que los necesitan (Harding, R, 2024: 9).

En este sentido, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS)[2] resolvió unánimemente que los cuidados paliativos son una responsabilidad ética de los sistemas de salud. Así, en 2014, la Resolución 67.19 de la Asamblea Mundial de la Salud instó a los Estados Miembros a desarrollar, fortalecer y prestar cuidados paliativos a todas las edades como un componente esencial de la cobertura sanitaria universal. Posteriormente, en 2018, la Declaración de Astaná (Kazajistán)[3], formulada en la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, reafirmó también a los cuidados paliativos como un componente esencial de la atención primaria de salud

En Chile, el Ministerio de Salud (MINSAL), impulsó desde el año 1995 el primer Programa Nacional de Cuidados Paliativos, desarrollando estrategias de atención integral para las personas con cáncer avanzado[4]. Consecuentemente, en las últimas décadas se han definido orientaciones hacia la conformación de unidades de cuidados paliativos, protocolos de evaluación, tratamiento y control de síntomas asociados a cáncer avanzado (MINSAL, 2022 a: 13).

Entre los avances más relevantes, destaca el establecimiento de la la **garantía GES** para el "Alivio al dolor y cuidados paliativos por **cáncer avanzado**" (Problema de Salud N°4) incluida en el Plan AUGE/GES del 2005[5], como parte de las patologías cubiertas por la Ley N° 19.966[6]. Con ello, se garantiza el acceso oportuno y protección financiera a todo paciente con diagnóstico der cáncer avanzado. Posteriormente en 2016, esta garantía se amplió a pacientes con dolor por **cáncer no progresivo**[7] (Superintendencia de Salud, s/f, s/p).

[1] Enfermera y trabajadora social que posteriormente cursó estudios de medicina
[2] La Asamblea Mundial de la Salud es el órgano decisorio supremo de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se reúne en Ginebra en mayo de cada año con la asistencia de delegaciones de los Estados Miembros. La función principal es determinar las políticas de la Organización, designar al Director General, supervisar las políticas financieras, y revisar y adoptar el programa de presupuesto propuesto.
[3] La Declaratoria de Astaná se formuló en el contexto de la Conferencia Mundial sobre la Atención Primaria de Salud, llevada a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
[4] Así, para el año 1999, se llegaron a conformar 16 centros de cuidados paliativos.
[5] Decreto AUGE 170 del 28 de enero de 2005.
[6] Superintendencia de Salud (s/F). GES Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado. Disponible en https://www.superdesalud.gob.cl/orientacion-en-salud/alivio-del-dolor-y-cuidados-paliativos-por-cancer-avanzado/
[7] Con esta ampliación del GES, se ofrece cobertura de cuidados paliativos a todos los pacientes oncológicos, independientemente de la etapa del cáncer.

Respecto al GES antes señalado, la cobertura se aplica a toda persona con diagnóstico de cáncer confirmado por un especialista, sin distinción de sexo ni edad. Las prestaciones incluyen medicamentos, insumos, exámenes, atención profesional integral (médicos, enfermeros, psicólogos, kinesiólogos y nutricionistas), además de atención domiciliaria. Este beneficio rige tanto para los asegurados en el sistema público de salud como en el privado[8].

Posteriormente, avanzando en equidad de accesos, **la Ley N° 21.375** que consagra los cuidados paliativos universales a partir del 2022, **amplió la cobertura** para todas las personas que padecen enfermedades terminales o graves, **de origen no oncológico**, antes excluidas del GES. Con esta normativa "los cuidados paliativos se constituyen así en un **derecho universal** para todas las personas que por su condición de salud lo requieran con el fin de mejorar su calidad de vida" (MINSAL, DIPRECE, s/f, s/p).

En este contexto, el presente informe tiene por objetivo examinar el marco normativo, técnico y operativo de los cuidados paliativos universales en Chile, con especial énfasis en la Ley N° 21.375 y su Reglamento (D.S. N° 41/2022), que consagran este derecho como una obligación del Estado y de las instituciones sanitarias. Asimismo, busca identificar los avances y desafíos en la aplicación de esta política pública, considerando la demanda potencial de pacientes no oncológicos y la cobertura efectiva alcanzada desde su puesta en marcha en la Atención Primaria de Salud. Para ello, el informe se estructura en cuatro capítulos: el primero describe el marco jurídico nacional y las disposiciones centrales de la Ley N° 21.375; el segundo desarrolla la dimensión técnica-operativa del modelo de cuidados paliativos universales; el tercero presenta las estimaciones de demanda de estas prestaciones; y el cuarto analiza la implementación y cobertura del programa, a partir de la información oficial del Ministerio de Salud y sus registros administrativos.

Se hace presente que el tema que aborda este documento y sus contenidos están delimitados por los parámetros de análisis acordados, por el plazo de entrega convenido y por la información disponible. No se trata de un documento académico y se enmarca en los criterios de neutralidad, pertinencia, síntesis y oportunidad en su entrega. Para respaldar la investigación se utilizaron como fuentes la información publicada en sitios web oficiales de la autoridad sanitaria (MINSAL y Superintendencia de Salud).

I. Marco legal en Chile sobre los Cuidados Paliativos

La Ley N° 21.375[9], promulgada el año 2021, y su reglamento, el Decreto 41 de 2022, constituyen el marco normativo actual sobre los cuidados paliativos universales en Chile, al consagrar expresamente el derecho de las personas que padecen una enfermedad terminal o grave, a recibir una atención integral de salud, basada en la dignidad y la autonomía del paciente.

[8] Existe una Red de prestadores establecidos para FONASA e ISAPRE
[9] La Ley Nº 21.375 se origina en un Mensaje presidencial ingresado a la Cámara de Diputados el 27 de marzo de 2019 (Mensaje Nº 015-367), por el Presidente Sebastián Piñera.

1. Estructura y contenido de la Ley N° 21.375

La Ley N° 21.375, se estructura en cuatro títulos, siete artículos permanentes y dos disposiciones transitorias, cuyo contenido establece tanto el derecho a recibir cuidados paliativos como las obligaciones del Estado y de las instituciones de salud y educación superior para garantizarlo. A continuación se señalan los principales aspectos que regula:

a. Objetivo y conceptos centrales

El objetivo de la ley es reconocer, proteger y regular, sin discriminación alguna, el derecho de las personas que padecen una enfermedad terminal o grave a una adecuada atención de salud. Esta atención se concibe como un cuidado integral, destinado a aliviar los padecimientos asociados a dichas condiciones, conforme a reglamentos y normas técnicas dictados por el Ministerio de Salud (art. 1).

Asimismo se definen dos conceptos centrales:

- **Enfermedad terminal**, entendida como condición progresiva e irreversible, sin tratamiento curativo y con una expectativa de vida inferior a doce meses, diagnosticada por un médico cirujano.
- **Enfermedad grave**, referida a condiciones que generan sufrimientos físicos persistentes, intolerables e incurables, cuya determinación específica corresponde al Ministerio de Salud mediante decreto.

En este mismo precepto se establece que los cuidados paliativos podrán brindarse en domicilio, con inclusión de apoyo educativo y psicológico a familiares y cuidadores no remunerados, incluso después de la muerte del paciente.

En conformidad a lo que dispone el artículo 18 del Decreto 41 del 2022, en una norma posterior del MINSAL se establecen las condiciones de salud que tendrán la calidad de enfermedad grave en el contexto de la Ley N° 21.375, Decreto N°38 de 2024, el cual hace referencia a un documento de 30 páginas elaborado por un grupo de trabajo interdisciplinario ad hoc[10].

b. Derechos de las personas con enfermedades terminales o graves

El artículo 3° consagra expresamente los derechos de toda persona en esta situación, que incluyen: (i) acceso a cuidados paliativos en la forma definida por la autoridad sanitaria; (ii) información oportuna y comprensible sobre diagnóstico, pronóstico y tratamientos; y (iii) acompañamiento por familiares o persona designada. Asimismo, refuerza la aplicabilidad de los derechos reconocidos en la Ley Nº 20.584 sobre derechos y deberes en salud, con énfasis en la autonomía del paciente.

[10] En este equipo de trabajo participaron funcionarios de distintos departamentos u oficinas del MINSAL.

c. Tutela de la dignidad y autonomía

Se establece que la protección de la dignidad y autonomía de las personas en estas condiciones implica siempre respetar su vida y considerar a la muerte como parte del ciclo vital, constituyendo así un principio rector de la ley (art. 4°).

d. Calidad de vida y mecanismos de implementación

El Título IV desarrolla los instrumentos para garantizar la atención:

- Se establece la obligación de contar con un registro clínico de atención domiciliaria, cuyas condiciones serán fijadas por reglamento ministerial (art. 5).
- Se ordena al Ministerio de Salud dictar los reglamentos sobre requisitos, condiciones y forma de otorgar cuidados paliativos, así como las capacitaciones necesarias para los equipos de salud. (Art. 6°).
- Se impone a universidades, institutos profesionales y centros de formación técnica del área de la salud la obligación de incorporar contenidos de cuidados paliativos en sus planes de estudio (art. 7°).

2. Reglamento (Decreto Supremo N° 41 de 2022): desarrollo de derechos, formación y reclamo

El Reglamento desarrolla los mandatos legales y amplía el alcance de la regulación. Define con mayor precisión conceptos claves, como los de cuidador remunerado y no remunerado, e incorpora el derecho al “buen morir”, entendido como una muerte libre de sufrimiento evitable y en condiciones acordes con los deseos del paciente y de su familia. Asimismo, el reglamento desarrolla derechos específicos: el acompañamiento, la asistencia espiritual, la posibilidad de formular voluntades anticipadas y de designar apoderados para la toma de decisiones, así como el derecho a solicitar el alta voluntaria.

En materia de atención, el reglamento establece que los cuidados paliativos pueden brindarse tanto en instituciones como en el domicilio, fija las prestaciones mínimas que deben asegurarse y regula la gestión del dolor y el uso de medicamentos y tecnologías sanitarias (ver acápite 2.1, a continuación). También dispone que la familia y cuidadores formen parte integral del tratamiento y detalla las condiciones del registro clínico domiciliario, incluyendo plazos, campos mínimos de información y resguardo de confidencialidad.

Finalmente, el Decreto N° 41, de 2022, introduce obligaciones adicionales en materia de formación y capacitación, estableciendo que las instituciones de educación superior deben incluir contenidos sobre cuidados paliativos y que el Ministerio, junto a los Servicios de Salud, fomente la capacitación continua de los equipos. Asimismo, regula los mecanismos de reclamo por infracción de derechos, remitiéndose a la Ley Nº 20.584, fija su entrada en vigencia a los 60 días desde su publicación y establece artículos transitorios relativos a la implementación de las voluntades anticipadas, la difusión de derechos y la elaboración de un decreto que precise las enfermedades consideradas graves.

3. Vinculación con la Ley N° 20.584 y con la garantía GES

La Ley N° 21.375 no surge en aislamiento, sino que complementa y amplía el marco de protección ya existente en el sistema sanitario chileno.

En primer lugar, se vincula directamente con la Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes de las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención de salud. Esta última ya reconocía la autonomía del paciente, el derecho a información y a decidir sobre su tratamiento, principios que la Ley de Cuidados Paliativos refuerza en el contexto del final de la vida.

En segundo lugar, la ley amplía el alcance de la garantía GES N° 4: "Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado", vigente desde 2005 bajo la Ley N° 19.966, que aseguraba cobertura y protección financiera únicamente a pacientes oncológicos. La Ley N° 21.375 extiende este derecho a pacientes con enfermedades terminales o graves de origen no oncológico, transformando los cuidados paliativos en un derecho universal dentro del sistema de salud chileno.

Esta articulación normativa consolida un enfoque integral que combina garantías de acceso, protección de derechos y deberes institucionales, ubicando a Chile entre los países latinoamericanos con un marco legal más robusto en materia de cuidados paliativos universales.

II. Dimensión técnica operativa de las atenciones en cuidados paliativos

La Ley N° 21.375 no solo establece un marco jurídico para el ejercicio del derecho a los cuidados paliativos, sino que también define un modelo de atención integral, cuyo desarrollo técnico ha sido precisado por el Ministerio de Salud mediante orientaciones y reglamentos complementarios.

Este capítulo presenta los componentes operativos esenciales de dicha política: las prestaciones mínimas que deben garantizar los equipos de salud, los modelos de atención que orientan la organización del servicio, ya sea institucional o domiciliario, y los niveles de complejidad definidos para asegurar una atención proporcional a las necesidades del paciente y su entorno.

1. Prestaciones en la atención de CCPP

Según el reglamento que complementa la norma legal, las prestaciones mínimas en la atención de CCPP, deberá contemplar a lo menos las siguientes prestaciones (MINSAL, Dto. 41, Artículo 22):

a. Control y monitoreo de síntomas.
b. Control de la alimentación y nutrición.
c. Medidas farmacológicas, con dosis reguladas individualmente y la prescripción de fármacos coadyuvantes en el caso de ser necesarios.
d. Medidas no farmacológicas.
e. Monitoreo de efectos secundarios adversos.
f. Apoyo psicológico.

2. Modelos de atención y enfoque paliativo

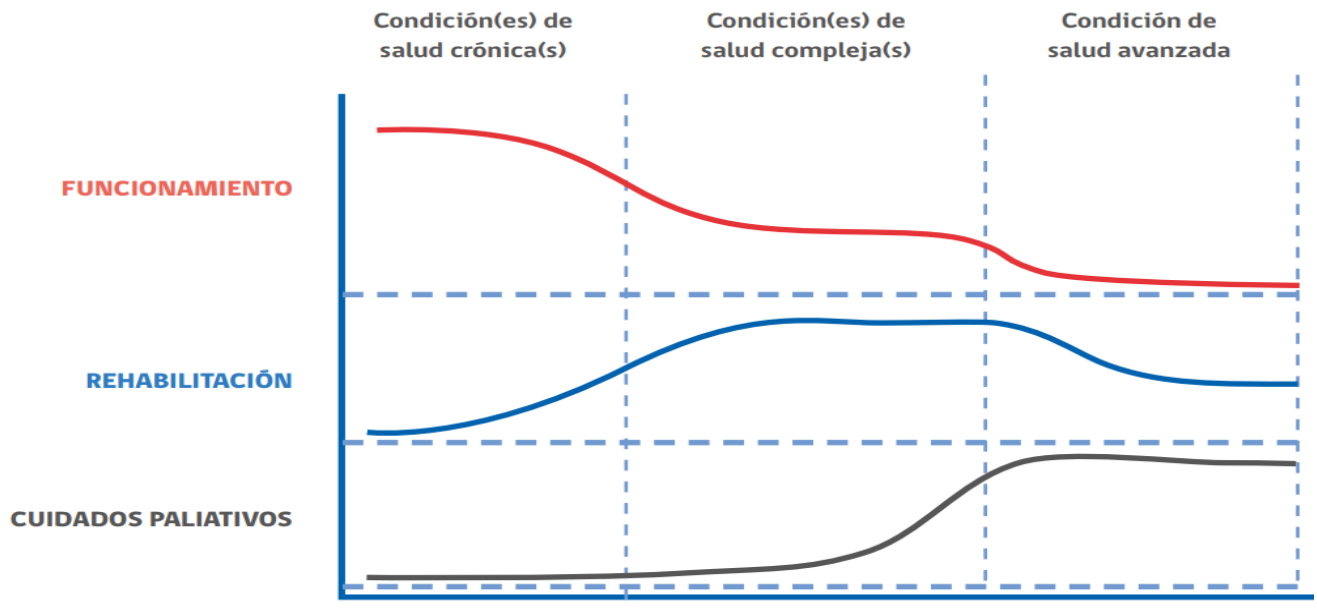
Inicialmente, los cuidados paliativos se orientaban casi exclusivamente al manejo de pacientes oncológicos en etapa terminal. Sin embargo, las orientaciones técnicas del MINSAL evidencian una transición hacia un enfoque más amplio, que incorpora a personas con enfermedades crónicas avanzadas de distinto origen, en el contexto de multimorbilidad, dependencia y fragilidad.

El documento ministerial señala:

> "el enfoque paliativo ha ido en transición hacia personas con enfermedades crónicas de todo tipo, en etapas avanzadas en el contexto más amplio de multimorbilidad, dependencia y fragilidad. Es así como se pasa de la separación entre lo curativo, como opuesto a lo paliativo, a una **atención sincrónica, compartida y combinada**, que se traduce finalmente en un enfoque específico, que se denomina Atención Paliativa.

A medida que las patologías de base evolucionan, el foco de la atención se desplaza desde el tratamiento curativo hacia la mejora de la calidad de vida, incorporando una mirada paliativa gradual. Así, se describen transiciones desde la enfermedad crónica compleja a la enfermedad avanzada, y desde ésta hacia el proceso de fin de vida o enfermedad terminal, con un enfoque paliativo exclusivo. (Ver Figura N° 1, a continuación) (MINSAL, 2022 a: 16):

Figura N° 1: Evolución de enfermedad crónica hacia los cuidados paliativos



Fuente: MINSAL – DIPRECE (2022 a). Departamento de rehabilitación y discapacidad

La Figura N° 1 ilustra como el avance de la enfermedad crónica impacta negativamente en el funcionamiento de la persona. Consecuentemente, prestaciones como la rehabilitación, llegado un

momento de enfermedad avanzada, se deben focalizar principalmente en una deriva hacia a la atención paliativa.

Desde una perspectiva organizativa, las orientaciones técnicas reconocen que la tendencia actual es el desarrollo de modelos de atención complementarios, basados en niveles de complejidad, donde las atenciones pueden otorgarse tanto en el ámbito institucional como en el domiciliario, de acuerdo con los criterios establecidos por el Ministerio de Salud (MINSAL, b, s/f)[11].

La complejidad en atención también se vincula con factores en las cuatro dimensiones de los CCPP (físico, psicológico, social y espiritual), y con fenómenos que acompañan y que podrían ir en contra de una atención paliativa de calidad. De aquí se derivan también problemas bioéticos, donde entre los aspectos a decidir está el dilema de dónde la persona y núcleo cuidador quieren que suceda la muerte.

Es así como las prestaciones y atenciones de cuidados paliativos universales pueden otorgarse tanto en un modelo de atención de salud institucional como en un modelo de atención domiciliario, de acuerdo con los criterios establecidos en los protocolos dictados por el Ministerio de Salud (MINSAL b, s/f).

3. Niveles de complejidad en atención de CCPP

En cuanto a las acciones en CCPP, las orientaciones técnicas del MINSAL distinguen diferentes niveles de complejidad, donde los flujos se ajustan a criterios proporcionados por distintos herramientas, como son, entre otras, las de Referencia y Contrarreferencia en la red asistencial y la evaluación de Necesidades Paliativas (NECPAL CCOMS-ICO)[12]:

En esta perspectiva la complejidad de la atención de CCPP, se categoriza en los siguientes niveles:

- **Básicos, primarios, generales (No Complejos):** Cuidados proporcionados en cualquier nivel de atención (APS, servicios hospitalarios, urgencias, CESFAM, etc.), evaluando necesidades y derivando cuando sea necesario.
- **Específicos (Complejos):** Requieren de equipos específicos de CCPP para manejar situaciones que superan la capacidad de los equipos generales.
- **Avanzados (Altamente Complejos):** Requiere la intervención de recursos avanzados /específicos de CCPP. Necesidad de pruebas diagnósticas o tratamientos muy específicos que precisan realizarse en el ámbito hospitalario o tratamientos ante síntomas de difícil control. Se considera también el atender determinadas necesidades complejas de tipo social o familiar.

En anexo, al final del documento, se presentan los procesos de ingreso, atención y derivación dentro de la red del sistema público de salud, de acuerdo con los lineamientos que dispone el MINSAL

[11] Esta complejidad no busca separar la atención por nivel asistencial, sino más bien apoyan la determinación de qué se puede desarrollar en cada uno de éstos

[12] Este instrumento fue desarrollado por el Observatorio Qualy - Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos del Instituto Catalán de Oncología y validado en Chile (versión 3.1) La herramienta permite la identificación precoz de personas con pronóstico de vida limitado a través de una "Pregunta Sorpresa" ("¿Le sorprendería que su paciente falleciera en los siguientes 12 meses?") y 9 indicadores generales y específico.

III. Estimación de demanda de cuidados paliativos universales

El análisis de la demanda potencial de cuidados paliativos universales constituye un elemento clave para dimensionar el alcance de la Ley N° 21.375 y orientar su implementación efectiva en el sistema de salud. A este respecto cabe considerar que la estimación de la demanda varía de manera considerable según la población objetivo y el método de estimación utilizado[13].

En este capítulo se presentan algunas de las estimaciones contenidas en los estudios elaborado por la Pontificia Universidad Católica por encargo del Ministerio de Salud (MINSAL), donde se cuantifica la población adulta e infantil susceptible de recibir cuidados paliativos en Chile, de acuerdo a diferentes métodos de cálculo.

Respecto a estas estimaciones, los autores advierten que las necesidades no necesariamente se condicen con la demanda real de servicios. Esto es considerando que no todas las personas con necesidades de cuidados paliativos demandan atención, y de aquellos que demandan atención, no todos acceden finalmente a la prestación de salud.

1. La variabilidad de proyecciones y el riesgo de subestimar la demanda potencial

De acuerdo con estimaciones preliminares consideradas por el MINSAL, el número de personas adultas susceptibles de recibir cuidados paliativos no oncológicos en Chile ascendía a 25.650 personas por año, excluyendo enfermedades oncológicas. Este análisis consideraba igualmente una sobrevida promedio estimada de 169 días en la etapa final de vida[14] (MINSAL a, 2022).

Luego aplicando un método restrictivo donde se considera un número acotado de enfermedades seleccionadas preliminarmente por MINSAL para la implementación de la Ley 21.375, el estudio publicado el 2024 por la PUC, calculaba que para ese año, el número estimado de pacientes **adultos mayores de 15 años de edad**, con enfermedades no oncológicas que requieren de cuidados paliativos sería de una cifra cercana a las 41 mil personas.

Esta cifra considera tanto a pacientes que se encuentran en su último año de vida (18.791 personas) como aquellas que *no se encuentran en su último año de vida* (22.248 personas), según las estimaciones realizadas para el año 2024. (Leniz, J. 2024: 23).

En relación a estas cifras, en las conclusiones del estudio de la PUC se destaca el hallazgo de que independientemente del método de análisis utilizado, los resultados muestran que los pacientes con necesidades de CCPP en su *último año de vida* son siempre menores que los pacientes con necesidades de CCPP que *No se encuentran su último año de vida.* (Leniz, J. 2024: 55).

[13] Esto es, con cifras que difieren también según la amplitud de las condiciones de salud, el número de enfermedades consideradas, las tasas de mortalidad asociadas, y ponderadores utilizados, entre otras variables

[14] Cita de un estudio publicado en año 2021 por Pontificia Universidad Católica de Chile - Facultad de Medicina - Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Departamento de Salud Pública; 2021. Informe Metodológico: Estimación de la población que requiere cuidados paliativos no oncológicos.

A esto se suma, que al comparar los resultados obtenidos con diferentes metodologías, la estimación del número de pacientes con técnicas más modernas (modelos más inclusivos) tienden casi a duplicar la estimación de necesidades de CCPP que resulta con los parámetros propuestos por el MINSAL (modelo más restrictivo). (Leniz, J. 2024: 55).

En cuanto a la **población infantil** (menores de 15 años de edad), se estimó que la necesidad de cuidados paliativos no oncológicos seria de menos de 1.000 niños o niñas para el año 2024. A este respecto los autores del estudio advierten que es posible visualizar una mejoría en la sobrevida de distintas patologías, en particular en el caso de los niños, lo que puede asociarse a un aumento en el número de personas con necesidades de CCPP que *No se encuentran en su último año de vida.* (Leniz, J. 2024: 55).

Los hallazgos arriba señalados, son todos factores que sería necesario considerar en la planificación sanitaria a riesgo de subestimar la demanda efectiva que tendrán que enfrentar los servicios de CCPP en el sistema de atención de salud.

2. Proyecciones por tipo de enfermedad

A partir de las tasas de mortalidad y de las proyecciones poblacionales, el estudio concluyó que las enfermedades con mayor demanda de cuidados paliativos hacia el año 2028 serían las siguientes: (Leniz, J. 2024: 55).

- Demencia y enfermedades neurodegenerativas.
- Enfermedad cerebrovascular.
- Enfermedad renal crónica.
- Lupus y otras patologías autoinmunes.
- Enfermedades respiratorias crónicas
- Infección por VIH.

Estas patologías representan los principales grupos de pacientes que, sin estar cubiertos originalmente por el programa GES oncológico, pasan a ser parte del universo de beneficiarios del sistema de cuidados paliativos universales.

IV. Implementación y cobertura del programa

La implementación de los Cuidados Paliativos Universales (CPU) representa la etapa operativa de la política pública derivada de la Ley N° 21.375, mediante la cual el Estado asume la responsabilidad de garantizar una atención equitativa y continua a las personas que padecen enfermedades terminales o graves.

Este capítulo presenta los principales avances observados en el proceso de implementación desde su inicio en 2022, con énfasis en el despliegue en la Atención Primaria de Salud (APS), la evolución de los ingresos al programa, la suscripción de convenios entre Servicios de Salud y municipios, y la cobertura alcanzada en el territorio nacional.

Las cifras corresponde a las contenidas en el Oficio CP N° 6414 del 4 de abril de 2025, emitido por el Ministerio de Salud (MINSAL) en respuesta a la Comisión de Salud del Senado, basadas principalmente en datos provenientes de los Registros Estadísticos Mensuales (REM, DEIS)

1. Implementación del programa y evolución de la cobertura en la Atención Primaria de Salud

El marco operacional de los CPU, que como señalábamos, se orienta al desarrollo de modelos de atención complementarios entre las acciones de distinto nivel de complejidad, de acuerdo con los lineamientos de la autoridad sanitaria"… busca dar una mirada resolutiva a la red de atención, considerando que debe ser integrada y continua entre los diferentes dispositivos asistenciales, con especial protagonismo de la atención primaria." (MINSAL, 2022 a: 22).

En lo que respecta a este nivel primario, cabe señalar que en el último trimestre del año 2022 se inició la implementación del programa en la APS, por lo que los primeros ingresos son de ese año.

Luego, a continuación se presenta el número de personas ingresadas anualmente a CPU en la APS a noviembre de 2024, de acuerdo a los registros REM (Registros Estadísticos Mensuales) del DEIS de MINSAL.

Tabla N° 1:
Población beneficiaria de Cuidados Paliativos Universales (CPU) según ingresos en la APS

Año	Número de personas ingresadas a CPU
2022 septiembre a diciembre	2.956
2023 enero a diciembre	10.734
2024 enero a noviembre	11.975

Fuente: MINSAL. Oficio CP N°6414 del 4 de Abril de 2025, en respuesta a Comisión de Salud del Senado (datos 2022 local, 2023 REM A33 DEIS; 2024 REM A33 DEIS).

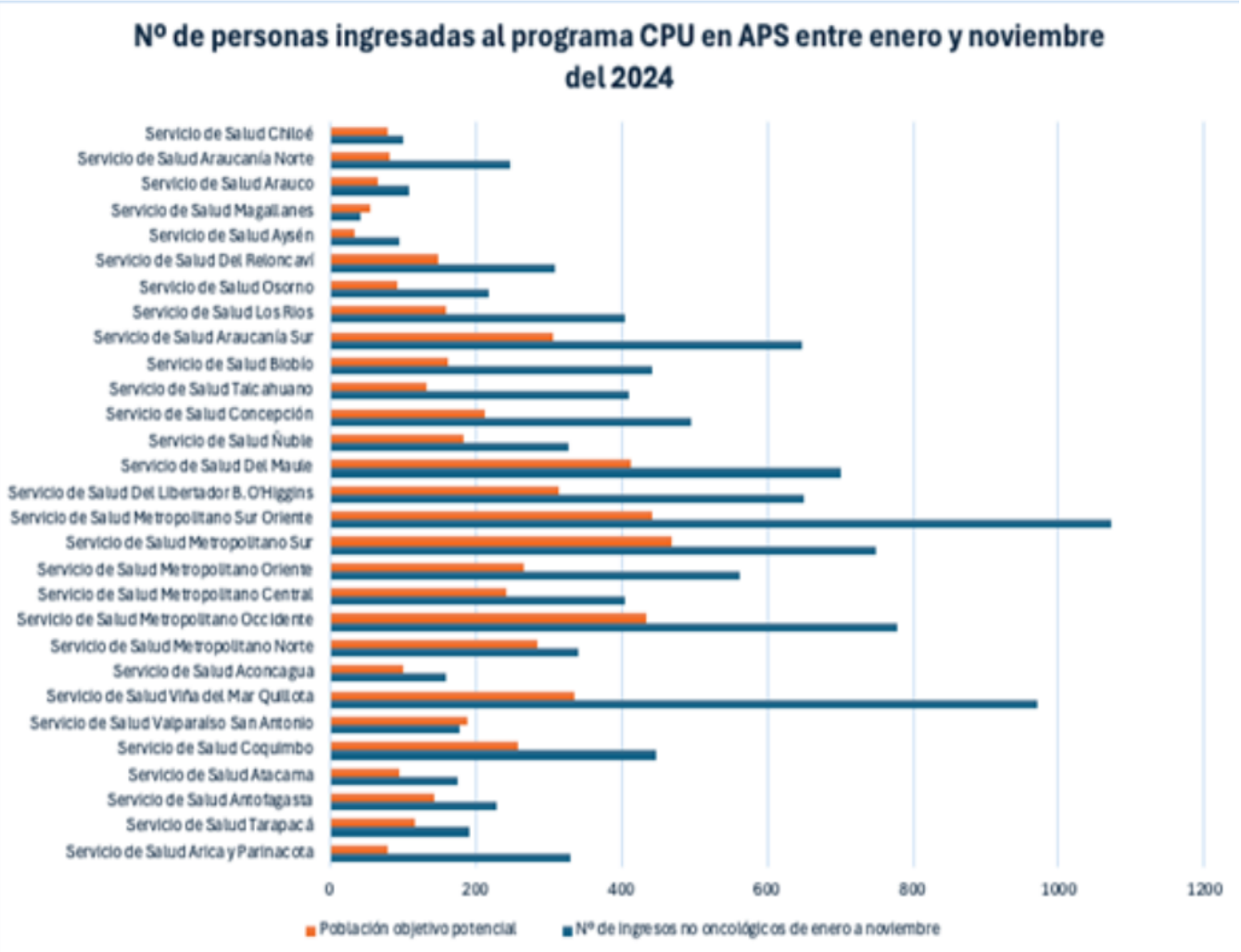
2. Convenios entre servicios de salud y municipios

De acuerdo a respuesta entregada por Oficio a la Comisión de Salud del Senado, durante el año 2024, de los 29 Servicios de Salud existentes a nivel país, 25 de ellos cumplieron con el mandato de firmar convenios con los municipios de su territorio, para la implementación del programa de CPU.

Ahora bien, de las 322 comunas del país que cuentan con marco presupuestario para este cometido, con 312 de ellas se firmaron convenios para el programa CPU. Según aclaraciones del MINSAL, "…la mayoría de las comunas, que no tienen convenios firmados, son comunas cuyos dispositivos de salud corresponden a postas de salud rural con una baja densidad poblacional y con red de derivación a centros de mayor complejidad, tal como ocurre con los Servicios de Salud de Arica, Antofagasta y Magallanes" (MINSAL, 2025:2).

En la Figura N° 2 se presentan las coberturas obtenidas en 2024 (personas ingresadas al programa en APS entre enero y noviembre), según la población objetivo que había estimado preliminarmente MINSAL que sería susceptible de ser atendida por este programa, desagregada por Servicio de Salud.

Figura N° 2: Número de personas ingresadas desde enero a noviembre 2024 por Cuidados paliativos universales en la APS, condiciones no oncológicas.



Fuente: MINSAL. Oficio CP N°6414 del 4 de Abril de 2025, .en respuesta a Comisión de Salud del Senado

Anexo :

Proceso de atención de cuidados paliativos **en la red del sistema público de salud**

PROCESO DE ATENCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL NIVEL PRIMARIO • La evaluación inicial debe ser realizada integralmente por el equipo de cuidados paliativos, preferentemente, médico/a y/o enfermera/o destinado a estas funciones en el centro de salud. • Todo profesional del equipo de APS, debidamente capacitado, puede sospechar la necesidad de cuidados paliativos en consultas de morbilidad o de control, y deben comunicarla vía referencia interna al profesional gestor de CPU del centro de salud incluido el facilitador intercultural; ya sea que la atención se realice de manera ambulatoria, en el domicilio o extramuro. • Aquellas personas que hayan sido pesquisadas en otros puntos de la red asistencial deben ser derivados con el documento formal de contrarreferencia al equipo de atención primaria. Éste puede ser emanado desde el nivel secundario o al momento del alta de una hospitalización. • Los hospitales de familia y comunitarios se incluyen dentro del nivel de atención APS para estos efectos. PROCESO DE ATENCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL NIVEL SECUNDARIO • Cualquier persona que cumpla la definición de enfermedad terminal o grave que haya sido derivado, mediante solicitud de interconsulta, al equipo de cuidados paliativos y que cumpla con los criterios de referencia establecidos por la red. La solicitud de interconsulta puede emanar desde el mismo nivel secundario, desde la APS o al momento del alta de una hospitalización. • Muchas de las personas ya en controles por especialistas de nivel secundario, pueden desarrollar en el curso natural de algunas condiciones de salud graves la necesidad de requerir cuidados paliativos; en estos casos, debe ser el médico o médica de la especialidad quien sospeche diagnóstico y, de manera oportuna, solicite interconsulta a cuidados paliativos; asimismo puede iniciar una primera terapia farmacológica dedicada al control de síntomas, principalmente físicos, descritos en la orientación técnica. **En hospitalización** • Cualquier persona que, durante el transcurso de su hospitalización, sea identificada con enfermedad terminal o grave, determinada por el médico o médica a cargo de la hospitalización o de sala. • Cualquier persona que sea enviada a hospitalizarse por exacerbación de síntomas u otra situación clínica que lo requiera, y que ya haya recibido la evaluación apropiada y cumpla con los criterios para acceder a CPU.

Fuente: (MINSAL, 2022 b:11)

Referencias

Referencias generales

HARDING, R ·et al (2024) *Palliative care: how can we respond to 10 years of limited progress? World Health Organization and World Innovation Summit for Health*, 2024. Disponible en https://wish.org.qa/forums/palliative-care/

LENIZ, J et al.- PUC (2024) "Estudio estimación de demanda de población que requiere cuidados paliativos no oncológicos" Licitación ID: 757-134-L1 2 3. Pontificia Universidad Cátolica. Disponible en https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/08/Informe-Final-Licitacio%CC%81n-ID-757-134-L123-version2.pdf

MINISTERIO DE SALUD (MINSAL- DIPRECE) (a, s/f) Ley de cuidados paliativos universales. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/ley-cuidados-paliativos-universales/#:~:text=La%20LEY%20N%C2%B021.375,mejorar%20su%20calidad%20de%20vida

MINISTERIO DE SALUD (MINSAL; 2022 a) Orientación técnica cuidados paliativos universales https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/12/Orientacion-Tecnica-Cuidados-Paliativos-Universales-1.pdf

_____MINSAL (2022 b) Lineamientos para el modelo de atención de cuidados paliativos universales en personas con enfermedades terminales o graves. Disponible https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/07/Lineamientos-para-el-modelo-de-atencion-Cuidados-Paliativos-Universales.pdf

_____MINSAL (b, s/f) Díptico cuidado paliativos. Disponible en https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/07/DIPTICO-CUIDADO-PALIATIVOS.pdf

_____MINSAL (2025). Oficio CP N°6414 del 4 de Abril de 2025, en respuesta a consulta de Comisión de Salud del Senado

SUPERINTENDENCIA DE SALUD (s/f) Alivio al dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado" (Problema de Salud N° 4). Disponible en https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2024/03/articles-18738_archivo_fuente.pdf

Referencias normativas

Ley N° 19.966, de 2004. Establece un régimen de garantías en salud. Disponible en https://bcn.cl/2fckl

Ley N° 20.584, de 2012. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Disponible en: https://bcn.cl/25b3z

Ley N° 21.375, de 2021. Consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves Disponible en https://bcn.cl/2s7nx

Decreto Supremo 41/2022 Reglamento sobre cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves ministerio de salud; subsecretaría de salud pública. Disponible en https://bcn.cl/3bbdj

Nota aclaratoria

Asesoría Técnica Parlamentaria está enfocada en apoyar preferentemente el trabajo de las Comisiones Legislativas de ambas Cámaras, con especial atención al seguimiento de los proyectos de ley. Con lo cual se pretende contribuir a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.

Creative Commons Atribución 3.0
(CC BY 3.0 CL)