



Cuidados paliativos en Latinoamérica

Palliative care in Latin America *Cuidados paliativos na América Latina*

Patricia Bonilla^{1*}

Recibido: 5 de noviembre de 2020. Aceptado para publicación: 15 de diciembre de 2020.
<https://doi.org/10.35454/rncm.v4n2.226>

Resumen

Objetivo: esta revisión describió el desarrollo de los cuidados paliativos en Latinoamérica basado en la educación, disponibilidad de opioides, investigación, políticas públicas e implementación de servicios.

Metodología: se realizó una búsqueda de los artículos publicados en las bases de datos PubMed, Scopus, Ovid Medline, Lilacs, Google Scholar, y se aplicó un límite temporal de 10 años. Se seleccionaron 33 referencias bibliográficas.

Resultados: el número de publicaciones que se identificaron dedicadas al desarrollo de cuidados paliativos en Latinoamérica fue escaso. Pese a que los resultados evidenciaron un crecimiento de los cuidados paliativos, reflejado en las políticas de salud pública, educación, disponibilidad de opioides e implementación de los servicios en todos los niveles de atención, además de la investigación y creación de asociaciones regionales, persistió la inequidad entre los países. No existen políticas de salud en cuidados paliativos, en algunos casos, o no se pusieron en marcha. La disponibilidad de servicios para brindar la atención a la población fue insuficiente y persistió la dificultad del acceso a opioides para el alivio de síntomas. No se logró el compromiso de la academia para masificar la educación de pregrado y posgrado, y la investigación no contó con apoyo y financiamiento.

Conclusiones: el desarrollo de los cuidados paliativos en Latinoamérica es aún escaso e irregular, por lo que es necesario seguir sensibilizando a los tomadores de

Summary

Objective: This review described the development of palliative care in Latin America, based on education, availability of opioids, research, public policies and implementation of services.

Methodology: A search of the articles published in the PubMed, Scopus, Ovid Medline, Lilacs and Google Scholar databases was made, applying a 10 years' time limit. 33 bibliographic references were selected.

Results: The number of identified publications dedicated to the development of palliative care in Latin America was scarce. Results showed a growth of palliative care, reflected in public health policies, education, availability of opioids and implementation of services at all levels of care, in addition to research and creation of regional associations, however, inequity persisted between countries, health policies in palliative care in some cases do not exist or were not implemented, the number of services was insufficient to provide care to the population that required it, the difficulty of access to opioids for symptom relief persisted; the commitment of the academy to mass undergraduate and graduate education was not achieved, and the research did not have support and funding.

Conclusions: The development of palliative care in Latin America, despite the increase, is still scarce and irregular. It is necessary to continue to sensitize decision-makers of public policies at the national level, health personnel, international organizations, national and international NGOs and the community, to achieve the desired growth.

Resumo

Objetivo: o objetivo desta revisão é descrever o desenvolvimento dos cuidados paliativos na América Latina. Foram considerados os seguintes temas: educação, disponibilidade de opioides, pesquisa, políticas públicas e implantação de serviços.

Metodologia: foi realizada uma pesquisa dos artigos publicados nas bases de dados de PubMed, Scopus, Ovid Medline, Lilacs, Google Scholar, aplicando-se um tempo limite de 10 anos. Foram selecionadas 33 referências bibliográficas.

Resultados: o número de publicações identificadas dedicadas ao desenvolvimento dos cuidados paliativos na América Latina foi escasso. Embora os resultados tenham mostrado um crescimento dos cuidados paliativos, refletido nas políticas públicas de saúde, educação, disponibilidade de opioides e implantação de serviços em todos os níveis de atenção, além da pesquisa e criação de associações regionais, persistia iniquidade entre os países.

Não existem políticas de saúde em cuidados paliativos em alguns casos ou não foram implementadas. A disponibilidade de serviços para atendimento à população foi insuficiente e persistia a dificuldade de acesso aos opioides para o alívio dos sintomas. Não foi alcançado o compromisso da academia com o ensino de graduação e pós-graduação em massa e a pesquisa não teve apoio e financiamento.

Conclusões: o desenvolvimento dos cuidados paliativos na América Latina ainda é escasso e irregular, por isso é necessário continuar com a sensibilização



decisiones de políticas públicas a nivel nacional, personal sanitario, organismos internacionales, ONG nacionales e internacionales y comunidad para lograr el crecimiento deseado.

Palabras clave: cuidados paliativos, educación, salud pública, opioides.

Keywords: Palliative Care; Education; Public Health; Opioids.

dos decisores das políticas públicas a nível nacional, pessoal de saúde, organismos internacionais, ONGs nacionais e internacionais e a comunidade, para alcançar o crescimento desejado.

Palavras chaves: cuidados paliativos, educação, saúde pública, opioides.

¹ Universidad Técnica Particular de Loja, departamento de Ciencias de la Salud, Loja, Ecuador. Presidente de la Asociación Latinoamericana de

Cuidados Paliativos. Docente e investigadora de la Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL), Ecuador.

*Correspondencia: Patricia Bonilla.
patricia.bonilla@alcp.lat

INTRODUCCIÓN

Desde la introducción del movimiento moderno de hospicios por la pionera Cicely Saunders, en San Christopher's Hospice, Londres, en 1967, y de Balfour Mount en Canadá, quien fue el primero en utilizar el término de cuidados paliativos (CP), se ha demostrado que la atención paliativa mejora la calidad de vida de los pacientes con enfermedades avanzadas⁽¹⁾. Esto ha llevado al reconocimiento de los CP en el mundo, desde una práctica dirigida a mejorar la atención de los pacientes al final de la vida, casi exclusivamente para pacientes con cáncer, a una especialidad capaz de ofrecer atención integral a pacientes con enfermedades que limitan la vida a lo largo de la trayectoria de la enfermedad. Los CP alivian el sufrimiento, controlan los síntomas, mejoran la calidad de vida y de la atención, con un resultado costo-efectivo para el paciente, familia y sistemas de salud⁽²⁻⁴⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la necesidad del acceso a los CP como un componente esencial para obtener la cobertura sanitaria universal⁽⁵⁾, es decir, el derecho que tienen todas las personas al acceso de salud esencial y de calidad de manera gratuita. De la misma forma, la declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de enfermedades no transmisibles reconoce la necesidad de mejorar el acceso a los cuidados paliativos, y recomienda a los estados miembros a fortalecer los sistemas de salud, y a aumentar y priorizar las asignaciones presupuestarias, incluidos los CP⁽⁶⁾. Sin embargo, las condiciones de inequidad se manifiestan

en el limitado acceso de los pacientes y sus familias a la atención paliativa⁽⁴⁾.

La comisión Lancet sobre el acceso global a CP y alivio del dolor identificó la necesidad de plantearse una redefinición del concepto de CP, con la finalidad de precisar con claridad los recursos humanos, financieros y físicos, y disminuir las grandes inequidades existentes a nivel mundial en el acceso a los CP⁽⁷⁾. Es así como la *International Association for Hospice & Palliative Care* (IAHPC) desarrolla de forma consensuada la nueva definición: "los CP son el cuidado holístico activo de personas de todas las edades con un sufrimiento grave relacionado con la salud debido a una enfermedad grave, y especialmente de aquellos que se acercan al final de la vida. Tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores"⁽⁸⁾.

Latinoamérica y el Caribe tienen una población de 600 millones de habitantes, con más de 100 millones de personas mayores de 60 años. Las enfermedades crónicas provocan 4,8 millones de muertes por año, y cientos de millones tienen enfermedades crónicas que requieren atención a largo plazo⁽⁹⁾. Se estima que más de 2 500 000 personas en América precisan atención paliativa, sin embargo, a pesar de las enormes necesidades, el desarrollo de los CP en Latinoamérica en los últimos años ha incrementado, pero sigue siendo limitado e insuficiente, y menos del 1 % de la población lo recibe^(10,11).

En el 2014, la OMS y la *Worldwide Hospice Palliative Care Alliance* (WHPCA) publicaron el Atlas Mundial de CP al Final de la Vida, donde se clasifica el nivel global de desarrollo de CP de la siguiente forma:

- **Nivel 1:** actividad no conocida de CP o de hospicio.
- **Nivel 2:** actividad de capacidad de creación.
- **Nivel 3a:** prestación aislada de CP.
- **Nivel 3b:** prestación generalizada de CP.
- **Nivel 4a:** integración preliminar en la prestación de servicios generales.
- **Nivel 4b:** integración avanzada en la prestación de servicios convencionales⁽¹²⁾.

La integración avanzada de los CP es el ideal al cual deben aspirar todos los países. Se define en función de su provisión integral: conciencia a todo nivel de los CP, acceso sin restricciones a los medicamentos esenciales, en especial, los opioides, políticas públicas bien diseñadas, educación en pregrado y posgrado, investigación y presencia de asociaciones de CP⁽¹³⁾.

En el 2014, la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP) desarrolló 10 indicadores para monitorizar el progreso de los CP en la región, el cual sigue el modelo de salud pública de la OMS, políticas en salud, educación, prestación de servicio y medicamentos⁽¹⁴⁾.

El objetivo de esta revisión es describir el desarrollo de los CP en Latinoamérica con base en la educación, disponibilidad de opioides, investigación, políticas públicas e implementación de servicios, además de definir los posibles retos para alcanzar un mejor desarrollo de los CP en la región.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda de los artículos publicados en las bases de datos PubMed, Scopus, Ovid Medline, Lilacs, Google Scholar, aplicando un límite temporal de 10 años, de 2010 a 2020. Además, se buscó la literatura gris de los portales web de la OMS/OPS, ALCP, IAHPC, y asociaciones regionales.

Las palabras claves utilizadas se escogieron según la terminología Mesh y Decs: “*Palliative care*”, “*Latin American*”, “*development*”, “*education*”, “*public health*” y “*opioids*” “*research*” “*implementation*”, en inglés; y “cuidados paliativos”, “Latinoamérica”, “educación”, “salud pública”, “investigación”, “implementación” y “opioides”, en español. Se usaron operadores booleanos (“AND”, “OR”) con el objetivo de precisar la búsqueda. Se utilizaron los siguientes truncamientos: “*Palliative care*” AND/OR “*Latin American*”, “*Palliative care*” AND/OR “*Latin American*” and “*development*”, “*Palliative care*” AND/OR “*Latin American*” AND/OR “*education*”, “*Palliative care*” AND/OR “*Latin American*”

AND/OR “*public health*”, “*Palliative care*” AND/OR “*Latin American*” AND/OR “*opioids*”, “*palliative care*” AND/OR “*Latin American*” AND/OR “*implementation*”, “*palliative care*” AND/OR “*Latin American*” AND/OR “*research*”.

La selección de los artículos se realizó según los siguientes criterios de inclusión: estudios con metodología cuantitativa y cualitativa, revisiones bibliográficas y sistemáticas, estudios prospectivos y retrospectivos, artículos redactados en idioma inglés y español. Se excluyeron los documentos no accesibles a la totalidad del texto, y no relacionados con el desarrollo de los CP en Latinoamérica.

El planteamiento de la búsqueda bibliográfica se basó en la obtención de artículos relacionados con el desarrollo de los CP, según los criterios de la OMS y la WHPCA. Se incluyeron temas como provisión integral de CP, políticas públicas, educación, acceso a opioides e investigación.

Con la finalidad de obtener artículos de calidad se revisaron escritos originales y centrados en el desarrollo de los CP en Latinoamérica. Esta búsqueda dio como resultado 108 artículos (63 después de eliminar los duplicados). Se examinaron los títulos y resúmenes de los artículos, y se englobaron solo los que cumplieran los criterios de inclusión (N = 33).

RESULTADOS

El número de publicaciones identificadas dedicadas al desarrollo de CP en Latinoamérica, aunque escaso, brinda información relevante y global de la situación. Es así como la ALCP trabajó con los datos del Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica^(15, 16), desarrolló los macroindicadores de CP y clasificó a los países de la región en tres niveles de desarrollo, según la política sanitaria, la educación, la prestación de servicios y la disponibilidad de opioides. Esto se constituyó en una efectiva herramienta para los gobiernos, que les permitió monitorizar e informar el nivel de desarrollo de los CP a nivel país^(4, 17).

De estos estudios se determinó a Costa Rica, Chile, México y Argentina, como los países de mayor desarrollo; los de menor desarrollo fueron Bolivia, Honduras, República Dominicana y Guatemala. No obstante, se evidenciaron algunas diferencias entre estos resultados y los obtenidos en el Atlas Global de CP al final de la vida, atribuidos al uso de diferentes metodologías⁽¹³⁾. Tal es el caso de Uruguay, que se consideraba como un país con un alto desarrollo (nivel 4a) en el Atlas Global

de CP, no así en el reporte de los macroindicadores de la ALCP⁽¹⁴⁾.

La segunda edición del Atlas Global de CP, publicado en octubre del 2020, reportó un evidente progreso de la región para el año 2017. Los países ubicados en el nivel 2 en el 2014, pasan al nivel 3a. Llama la atención el desarrollo de México, el cual pasa del nivel 3a al 4a, y Costa Rica se convierte en el único país de la región con un nivel de integración 4b (Tabla 1)⁽¹⁸⁾.

Tabla 1. Niveles de desarrollo de CP en Latinoamérica. Año 2014 y 2017. Adaptada de^(13, 18)

Niveles	2014	2017
2	Bolivia, Honduras, Nicaragua	
3a	Brasil, Colombia, Cuba, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú, Venezuela	Bolivia, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, Venezuela
3b	Argentina	Brasil, Colombia, El Salvador, Panamá
4a	Costa Rica, Chile, Uruguay	Argentina, Chile, México, Uruguay
4b		Costa Rica

PROVISIÓN DE SERVICIOS

No fue fácil determinar el desarrollo actual de los servicios de CP en Latinoamérica. En el 2011, la ALCP, con el apoyo de la *Open Society Foundation*, la IAHPC, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y el Instituto de Cultura y Sociedad (ICS) de la Universidad de Navarra desarrollaron el Atlas de CP en Latinoamérica^(15, 16). En ese momento, todos los países tenían algún tipo de asistencia en el nivel primario. Existían 922 servicios de CP, que correspondían a 1,63 servicios por millón de personas, en un rango de 0,024 servicios por millón en Honduras a 14,65 por millón en Costa Rica, lo cual demuestra una gran desigualdad, puesto que el 46 % de los servicios existentes se encontraba en Argentina y Chile, países que representaban menos del 10 % de la población latinoamericana.

La mayoría de los servicios de la región se ubicaban en el segundo o tercer nivel, y apenas un tercio se encontraba en el primer nivel de atención. El tipo más frecuente era el de atención domiciliaria, ofertada en Chile, México y Cuba. El servicio de hospicio era poco común, 8 países no contaban con ellos y no se correspondían

con las necesidades de la población. La estructura de los equipos de CP era muy heterogénea, y en su mayoría estaba ubicada en centros urbanos grandes, y era escasa o ausente en el área rural⁽¹⁹⁾. Cerca de 600 médicos estaban acreditados en CP en Latinoamérica, representando un promedio de 1,7 por millón de habitantes⁽¹⁴⁾. Con una distribución heterogénea y concentrada en las grandes urbes de México, Argentina y Chile⁽²⁰⁾.

POLÍTICAS SANITARIAS

En la región pareció existir una mayor conciencia en los formuladores de políticas sanitarias de la necesidad de CP, aunque no todos los países tenían programas nacionales. De igual manera, se reportó una comunicación deficiente entre los encargados de formular políticas y los profesionales, lo cual fue una barrera a la hora de la implementación de dichas políticas⁽²¹⁾.

El estudio de Pastrana y colaboradores demostró que solo Chile, Colombia y México tenían leyes nacionales, y que 7 países poseían planes o programas. Afortunadamente, en el transcurso del tiempo se reportó un desarrollo de políticas en CP en varios países como Chile, Costa Rica, Colombia, México y Panamá^(4, 22). La mayoría tenía programas de CP dependientes de los programas de cáncer, y muy pocos contaban con programas para otro tipo de patologías⁽¹⁹⁾. Sin embargo, la existencia de planes nacionales no asegura que existan más servicios de CP⁽¹⁴⁾. En varios países existía la amenaza de la legalización de ley de eutanasia antes de la ley de CP⁽²¹⁾.

EDUCACIÓN

La educación en CP es esencial para garantizar la mejor atención a la unidad paciente familia. Avala un mejor control de síntomas físicos, psicoemocionales y espirituales, y optimiza la comunicación con la familia, el equipo y los tomadores de decisiones gubernamentales⁽²³⁾. Por desgracia, en la región, la proporción de facultades que impartían formación en CP no estaba acorde con las necesidades y la demanda. Los programas académicos que existían no garantizaban continuidad en el tiempo, eran optativos y pocas veces compartían sus vivencias entre universidades, lo que no permitía aprender de las experiencias y repercutía de forma negativa en la educación médica continua.

La capacitación únicamente se ofrecía en el 30 % de los países de Latinoamérica⁽²³⁾. Solo en Cuba y Uruguay todas las facultades de medicina brindaban formación en CP⁽²⁰⁾. Algunas de las barreras registradas fueron

falta de financiamiento y limitado compromiso de las facultades de ciencias de la salud, las cuales restaban importancia y relevancia a la atención paliativa, posiblemente por la idea errónea que identifica a estos cuidados únicamente con el final de la vida y en pacientes oncológicos. Por otra parte, existían pocos profesionales dedicados a la enseñanza (en Bolivia y en Honduras estuvieron ausentes, mientras que en México hubo un promedio de 45 docentes) o con capacitación formal en el área. Se estimó que menos del 15 % de los médicos recibió formación específica de CP, porcentaje aún menor en el resto de los profesionales de la salud⁽¹⁹⁾.

Tampoco había una regla en el número de horas impartidas por capacitación, siendo esta muy disímil entre los países, e incluso en un mismo país, con una variación de 1 hora hasta más de 40 horas en toda la carrera. La mayoría de los cursos eran teóricos, con muy pocas horas de práctica clínica, lo cual no responde a la recomendación de utilizar la metodología mixta para ayudar a mejorar las habilidades en el manejo de síntomas y comunicación con los pacientes y familia⁽²³⁾. Cabe indicar que la educación de pregrado estaba más dirigida a estudiantes de medicina que a los de otras carreras sanitarias. El temario más frecuente fue el de control de síntomas, en especial, el dolor, aunque algunos incluían temas como comunicación, bioética y espiritualidad⁽²³⁻²⁶⁾.

En CP pediátricos, la situación es mucho más crítica en la región. Son pocos los centros dedicados a ellos, y está concentrado en pocos países, como Argentina, Brasil, Costa Rica, Uruguay, México y Colombia. En la región se han realizado cursos de CP en varios países. La Sociedad Colombiana de Pediatría y la Asociación de Cuidados Paliativos de Colombia ofrecen un curso de cuidados paliativos pediátricos⁽²⁷⁾. Según los indicadores realizados por la ALCP existía una relación directa entre el número de facultades de medicina con planes de CP y el número de servicios de CP por millón de habitantes⁽¹⁴⁾.

En los últimos 5 años, el número de instituciones con cursos de posgrado aumentó progresivamente en la región. Al menos 10 países tenían un curso de posgrado, originalmente dirigidos casi con exclusividad a médicos. En la actualidad existen cursos integrados por parte del equipo de CP o todos los profesionales^(19, 23, 24). Lamentablemente, la calidad de los cursos no se ha reportado ni evaluado, y no puede definirse⁽²³⁾. Son muy pocas las facultades de enfermería de la región que han tenido el compromiso de incluir el tema de cuida-

dos paliativos, a pesar de que la ALCP diseñó un currículo para los profesionales de enfermería⁽²⁸⁾.

Uno de los grandes déficit identificados fue la educación médica continua. En los últimos años, la ALCP ha construido manuales⁽²⁹⁾ y cursos en varias modalidades, dedicados a cubrir este vacío. Se realizaron cursos online en colaboración con asociaciones no gubernamentales, como e-Cancer⁽³⁰⁾ y City Cancer Challenge⁽³¹⁾. Asimismo, la ALCP preparó un curso de CP básico para el primer nivel de atención⁽³²⁾, con apoyo de la Fundación FEMEBA. Las diferentes asociaciones crearon guías para integrar y compartir, a través de la ALCP, para toda la región, en especial en la época de pandemia COVID-19.

DISPONIBILIDAD DE OPIOIDES

Como indicador de monitorización de progreso de los CP, la OMS determinó el consumo de opioides medido como equivalentes de morfina (excluida la metadona), empleado por paciente fallecido con diagnóstico de cáncer. A pesar de que no es el mejor indicador, porque los CP no son exclusivos de pacientes oncológicos, ni el único síntoma tratado es el dolor, es un avance que reconoce la necesidad de mejorar el acceso a los CP⁽³³⁾.

El consumo de opioides en Latinoamérica aumentó en los últimos años; empero, se encontraba muy por debajo de lo esperado, con un promedio de 4,8 mg/habitantes equivalentes de morfina en comparación con el promedio mundial de 58,11 mg/habitante. Bolivia era el país con más bajo consumo y Costa Rica el más alto⁽¹⁹⁾. Otros autores encontraron los consumos más elevados en Argentina, Chile, Colombia y Brasil⁽²⁰⁾.

En relación con la disponibilidad, la mayoría de los países contaba al menos con 5 tipos de opioides, pero llama la atención que, a pesar de las recomendaciones de la OMS, donde se insta a que todos los estados tengan morfina de liberación inmediata, 6 países de la región (República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Honduras, Paraguay y Trinidad y Tobago) no disponían de esta. Algunos de estos países sí tenían formulaciones mucho más costosas, como morfina de liberación prolongada o fentanilo transdérmico, este último presente en casi todos los países de la región. Otra problemática reportada fue, pese a que los medicamentos esenciales podían estar presentes en el formulario, algunos países declararon no contar con el producto la mayoría del tiempo⁽²⁰⁾.

Existían restricciones reglamentarias importantes en casi todos los países, tales como la necesidad de compra

de los formularios de recetas especiales por parte de los médicos; de igual manera, el límite de duración de la prescripción fue muy variable (desde 3 hasta 30 días en Ecuador). En otros países, como Bolivia, la dispensación estaba limitada a la dosis, y en algunos lugares solo podían prescribir los oncólogos o médicos de familia. Solo Argentina permitía la prescripción en caso de emergencia a personal de enfermería y farmacéuticos.

Muy pocos países permitían la dispensación en todas las farmacias, incluso a nivel hospitalario. En Colombia, la disponibilidad era limitada, pero aseguraba la entrega las 24 horas del día, situación que no ocurría en el resto de los países⁽²⁰⁾.

INVESTIGACIÓN

La cantidad y calidad del estudio en Latinoamérica fue preocupante. La mayoría se limitaba a informes o series de casos, mientras que otros tipos de estudios poseían una metodología deficiente. Muchas de las investigaciones realizadas en pacientes/familias latinas se llevaron a cabo en países desarrollados, por lo que no se demostraba la verdadera realidad de la zona⁽³⁴⁾. Las comunicaciones originales en Latinoamérica de CP apenas representaron el 2,1 % de las publicaciones globales. Los grupos de investigación se identificaron en Chile, Argentina, México, Cuba, Colombia, Perú, Panamá, República Dominicana y Brasil, este último tenía más de la mitad de las publicaciones^(10, 35).

Los temas de mayor interés de investigación eran el control de síntomas, acceso a la atención, religión y espi-

ritualidad, decisiones al final de vida, evaluación de programas, experiencia psicosocial y pacientes pediátricos. Llamó la atención la disminución de investigaciones en el área geriátrica^(10, 35, 36). Las barreras identificadas para mejorar la investigación fueron el financiamiento deficiente, escasos investigadores capacitados y pocos incentivos⁽³⁴⁾.

ASOCIACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS

Otra medida para evaluar el desarrollo de CP es la presencia de asociaciones de cuidados paliativos. La ALCP para el desarrollo y el avance de los CP en Latinoamérica, creada en el 2001, une a las personas y las diferentes asociaciones locales que trabajan en CP. Entre sus metas está la de fortalecer los CP en la región, además de asesorar en el desarrollo de políticas públicas, impulsar la educación en pregrado y posgrado, promover la implementación de servicios de CP de calidad, fomentar la disponibilidad, acceso y asequibilidad a los medicamentos esenciales en CP, en especial, opioides, y promover y difundir la investigación en CP, de acuerdo con la cultura y características propias de los países latinoamericanos. Algunas de las metas alcanzadas por la ALCP fueron las descritas en la Tabla 2.

Desde el 2017 se creó la red latinoamericana de asociaciones nacionales de CP, dependiente de la ALCP, con la finalidad de consolidar el avance de los CP en la región. A través de la red se ha logrado el intercambio de información, visualizar las fortalezas y debilidades de cada país y programar un proyecto regional basado en las propias necesidades⁽³⁷⁾.

Tabla 2. Metas alcanzadas por la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos

- El fortalecimiento institucional, por medio del cambio de sede de Argentina a Colombia, lo que mejoró la situación fiscal, legal y financiera.
- Creación de algunas comisiones y fortalecimiento de otras. La comisión de educación creó un material educativo, con la finalidad de apoyar a los docentes a mejorar la calidad de enseñanza en CP, de acceso libre para los socios. La comisión de espiritualidad diseñó las competencias necesarias de los equipos de cuidados paliativos en el área de espiritualidad, así como las recomendaciones a los profesionales de salud del cuidado espiritual y alivio del sufrimiento de pacientes y sus cuidadores en tiempos de crisis. La comisión de Pediatría realizó seminarios virtuales y las jornadas de CP pediátricos en conjunto con e-Cancer. La comisión de psicología fortaleció la red latinoamericana de psicología y CP. La comisión de acceso a medicamentos controlados realizó una encuesta con la finalidad de evidenciar la situación de la accesibilidad de los medicamentos opioides en Latinoamérica durante la pandemia.
- Educación: durante la crisis de COVID-19, la ALCP desarrolló múltiples webinarios, educación médica continua y el primer curso de CP para el primer nivel de atención.
- Investigación: se han fortalecido diferentes grupos de investigación de la región.
- Cabildeo: en el 2018 se realizó el primer encuentro de alto nivel "Cuidados paliativos: fortaleciendo el sistema sociosanitario", con la participación de 20 países, ministros y representantes de los sistemas de salud, con la finalidad de dar a conocer los aspectos globales de los CP, y las estrategias regionales en las diferentes áreas de los CP. En el 2019, en Panamá se realizó el segundo encuentro de alto nivel "Lanzamiento del reporte Lancet sobre el acceso a cuidados paliativos y alivio del dolor".

DISCUSIÓN

Los sistemas de salud cada vez van a enfrentar más dificultades, relacionadas con el aumento constante de las enfermedades crónicas, con comorbilidades y gran dependencia, que ameritan mayor atención de servicios de rehabilitación y CP^(38, 39). Durante la pandemia COVID-19, el acceso a los CP fue limitado, lo cual tiene como consecuencia un incremento del sufrimiento⁽⁴⁰⁾. Para lograr un mejor desarrollo de los CP es indispensable el compromiso de los estados. Debe existir un cambio dirigido a reformar las políticas dirigidas a la adecuada disponibilidad de medicamentos y de educación, a fin de lograr la implementación necesaria de atención paliativa, según las necesidades de cada país.

Se espera que, con la nueva resolución de la 73.^a Asamblea Mundial de la Salud, realizada el 18 de mayo de 2020⁽⁴¹⁾, la cual adopta la respuesta nacional COVID, e incluye a los CP, como refiere el profesor Radbruch que “facilite la integración de los CP en todos los servicios y para todas las condiciones”⁽⁴²⁾. También contribuyen a mejorar la educación y la calidad de atención, las diferentes publicaciones de la OMS, como son la guía clínica publicada de manejo clínico de COVID-19⁽⁴³⁾, donde también se incluyen los CP, la guía sobre CP en la crisis humanitaria de 2018, y la prevención y el manejo de COVID-19 en los servicios de cuidado de larga duración.

En todos los estudios, la evaluación del desarrollo de los CP se determina por los mismos indicadores, políticas sanitarias, provisión de servicios, educación y disponibilidad de medicamentos. El progreso en todas las áreas permitirá la verdadera integración de los CP en los sistemas de salud^(14, 15, 20, 36, 44).

Todos los artículos coinciden en que el acceso a los CP y control del dolor es limitado en Latinoamérica, como consecuencia de la poca conciencia sobre el beneficio que aportan los CP tempranos, lo que alivia los síntomas y sufrimiento, y mejora la calidad de vida, ahorrando al sistema sanitario, principalmente por falta de voluntad política, educación en pregrado y posgrado, leyes demasiado restrictivas sobre el uso de medicamentos opioides, además de las barreras culturales identificadas.

La mayor parte de la población no tiene acceso a los opioides para el tratamiento del dolor por cáncer, dolor agudo posoperatorio, obstétrico y crónico. Tampoco accede a medicación oportuna y adecuada para el control de otros síntomas presentes en pacientes con necesidades paliativas, como la disnea. Un ejem-

plo es lo que está ocurriendo durante la pandemia del COVID-19. De ahí que es indispensable mejorar el consumo de opioide, a través políticas nacionales que garanticen el equilibrio de sustancias controladas y la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos⁽²⁰⁾. En Latinoamérica se han realizado varios talleres sobre la accesibilidad a opioides y la necesidad de reformas regulatorias, además de programas de becas sobre políticas del dolor. Esto ha influido positivamente en los últimos años en los países participantes, y ha evidenciado un aumento del consumo de opioides, incremento de la oferta educativa en pregrado y posgrado, y la aprobación de normas que permiten la continuidad de los cambios^(20, 45).

La educación es uno de los pilares fundamentales para el desarrollo de los CP. Es necesario fortalecer la capacitación en pregrado y posgrado, además de la educación médica continua de todo el equipo de salud. Por otra parte, es fundamental asegurar la calidad de la enseñanza y garantizar los mejores estándares de calidad, que incluyan clases teóricas y rotaciones con práctica clínica en el currículo, de tal manera de satisfacer las competencias necesarias de acuerdo con el nivel de enseñanza.

Con la finalidad de optimizar la educación se deberían promover reuniones de consenso, como la realizada en Argentina, entre los diferentes programas universitarios de Latinoamérica, a fin de realizar recomendaciones, guías y normas capaces de aumentar los estándares educativos de la región, y mejorar la atención al paciente y familia^(23, 46, 47).

Ha habido un aumento de países con leyes o programas de CP, sin embargo, el mayor desarrollo ha sido en el ámbito de cáncer, por lo que los pacientes no oncológicos no tienen acceso a los CP, ni a los medicamentos necesarios para el control sintomático. La mayoría de los programas no tienen financiamiento exclusivo para CP, por lo que no es posible el desarrollo adecuado, persisten las regulaciones excesivas, burocracia y falta de continuidad de los tomadores de decisiones y sus planes de trabajo⁽²¹⁾.

La disponibilidad de servicios ha aumentado paulatinamente, sin embargo, el número no es suficiente para la demanda. Por otra parte, la mayoría de los servicios están ubicados en los centros urbanos grandes, por lo que existe una gran inequidad en el área rural. No hay una integración adecuada de los CP con otras especialidades. El número de profesionales capacitados es escaso, hay poco reconocimiento de la especialidad y los salarios son muy bajos, por lo que existe sobrecarga de trabajo para algunos equipos.

La investigación es necesaria para poder monitorizar, en general, el desarrollo de los CP, a través de estudios de calidad, eficacia y eficiencia de la atención, educación, y reconocer las características y necesidades de la población latinoamericana, esto incluye a la población vulnerable. En la región se han identificado varios grupos y redes de investigación cada vez más fuertes, como es el grupo de investigación Pallium, el cual ha realizado varios estudios en la región basados en la calidad de la atención al final de la vida, además ha logrado incluir diferentes países, visibilizando la necesidad de fortalecer la investigación regional⁽⁴⁸⁾. Sin embargo, es necesario incentivar el financiamiento de la investigación y temas específicos, basados en las necesidades locales y regionales.

Es responsabilidad de cada nación mejorar los servicios de CP, porque estos son un componente del derecho a la salud y no un privilegio. Es fundamental concebir la implementación de los CP estrechamente ligada a la creación de políticas públicas incluyentes y equitativas. Los tomadores de decisiones deben comprender la importancia de los CP, como una medicina de calidad, que precisa invertir en educación, medicamentos, investigación, optimizar la atención domiciliaria e inclusión del concepto de hospicio. Para ello es indispensable la identificación de líderes locales, que sean vigilantes de las necesidades y la transformación, que se requieren para lograr los objetivos.

Como líder regional, la ALCP seguirá impulsando el cambio para proporcionar y facilitar el camino para que los CP estén integrados en los sistemas sociosanitarios en Latinoamérica, en unión de todas las asociaciones de CP locales, de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, como IAHP, OMS, OPS, la academia y la sociedad civil.

CONCLUSIÓN

El desarrollo de los CP en Latinoamérica es aún escaso e irregular, y persiste la inequidad, siendo necesario adoptar estrategias que permitan sensibilizar a los estados y los tomadores de decisiones de las políticas públicas a nivel nacional, que garanticen CP asequibles y de calidad, profesionales de la salud capacitados y disponibilidad gratuita de los medicamentos esenciales en todos los niveles de atención. Además, es fundamental sensibilizar a organismos internacionales, ONG nacionales e internacionales y a la comunidad, para lograr, entre todos, el crecimiento y desarrollo deseado, prescindiendo un servicio más humanizado y compasivo.

Financiación

El presente artículo no tuvo financiación.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener conflicto de interés.

Declaración de la autoría

La autora escribió, realizó el artículo y validó su versión final.

Referencias bibliográficas

1. 73.ª Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020. (Fecha de consulta: 30 de septiembre de 2020). Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/world-health-assembly/seventy-third-world-health-assembly>.
2. 73rd World Health Assembly adopts “National COVID response” including palliative care [Internet]. International Association for Hospice and Palliative Care. 2020. (Fecha de consulta: 27 de septiembre de 2020). Disponible en: <http://www.icontact-archive.com/archive?c=1124934&f=16607&s=17489&m=659719&t=056bde3309939b8fabb58b3a43291c652a37da958c9306dc2789267d3b28cee8>.
3. Arias N, Garralda E, De Lima L, Rhee JY, Centeno C. Global palliative care and cross-national comparison: how is palliative care development assessed? *J Palliat Med.* 2019;22(5):580-90. doi: 10.1089/jpm.2018.0510.
4. Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos [Internet]. 2020 (Fecha de consulta: 28 de septiembre de 2020). Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/>
5. Bonilla P, De Lima L, Diaz P, León MX, Marcela G. Uso de opioides en tratamiento del dolor. Manual para Latinoamérica [Internet] International Association for Hospice and Palliative Care 2011. (Fecha de consulta: 27 de septiembre 2020). Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/11/ManualOpioides.pdf>
6. Bonilla-Sierra P, Vargas-Martínez AM, Davalos-Batallas V, Leon-Larios F, Lomas-Campos MDLM. Chronic diseases and associated factors among older adults in Loja, Ecuador. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(11):4009. doi: 10.3390/ijerph17114009.
7. Cleary J, De Lima L, Eisenchlas J, Radbruch L, Torode J, Cherny NI. Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in Latin America and the Caribbean: a report from the Global Opioid Policy Initiative (GOPI). *Ann Oncol.* 2013;24(11):xi41-50. doi: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdt502>.
8. Cleary J, Radbruch L, Torode J, Cherny NI. Next steps in access and availability of opioids for the treatment of cancer pain:

- reaching the tipping point? *Ann Oncol.* 2013;24(11):xi60-4. doi: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdt504>.
9. Clinical management of COVID-19 [Internet]. World Health Organization. (Fecha de consulta: 23 de septiembre de 2020). Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-covid-19>.
 10. Cuidados paliativos en Latinoamérica -curso [Internet]. e-Cancer. 2018. [Fecha de consulta: 28 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://ecancer.org/en/elearning/course/32-cuidados-paliativos-en-latinoam-rica>.
 11. Currículo de enfermería para un programa de postgrado en cuidados paliativos [Internet]. Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. 2009. (Fecha de consulta: 25 de octubre de 2020). Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2016/12/curriculo-de-enfermeria-alcpc.pdf>
 12. Curso básico de cuidado paliativo en niños y adolescentes [Internet]. Sociedad Colombiana de Pediatría, Asociación Cuidado Paliativo de Colombia. (Fecha de consulta: 22 de noviembre de 2020). Disponible en: <http://www.scpbogota.com/assets/files/cuidados-paliativos-br.pdf>
 13. Dávalos-Batallas V, Mahtani-Chugani V, López-Núñez C, Duque V, Leon-Larios F, Lomas-Campos MDLM, et al. Knowledge, attitudes and expectations of physicians with respect to palliative care in Ecuador: a qualitative study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(11):3906. doi: 10.3390/ijerph17113906.
 14. Dávalos-Batallas V, Vargas-Martínez AM, Bonilla-Sierra P, León-Larios F, Lomas-Campos MDLM, Vaca-Gallegos SL, et al. Compassionate engagement and action in the education for health care professions: a cross-sectional study at an Ecuadorian university. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(15):5425. doi: 10.3390/ijerph17155425.
 15. De Lima L, Pastrana T. Opportunities for palliative care in public health. *Annu Rev Public Health.* 2016;37(1):357-74. doi: 10.1146/annurev-publhealth-032315-021448.
 16. Declaración de Astaná. Global Conference on primary health care [Internet]. World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF). 2018. (Fecha de consulta: 25 de septiembre de 2020). Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
 17. Eule C, Bhulani N, Paulk E, Rhodes R, Beg MS. Characteristics and impact of the most-cited palliative oncology studies from 1995 to 2016. *BMC Cancer.* 2018;18(1):1281. doi: 10.1186/s12885-018-5150-7.
 18. Fortín Magaña M, Gómez Casanovas J, López Saca M. Situación actual de la enseñanza de la medicina paliativa en las universidades de Centroamérica. *Educ Med.* 2017;18(4):242-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.08.002>.
 19. Global atlas of palliative care [Internet]. Worldwide Hospice and Palliative Care Alliance, World Health Organization. 2.^a edición. 2020. (Fecha de consulta: 1 de noviembre de 2020). Disponible en: <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>.
 20. Global atlas of palliative care at the end of life [Internet]. World Palliative Care Alliance, World Health Organization. 2014. (Fecha de consulta: 23 de septiembre de 2020). Disponible en: <http://www.who.int/cancer/publications/palliative-care-atlas/en/>
 21. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ, Brito M. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Sao Paulo Med J.* 2016;134(1):93-4. doi: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.20161341T2>.
 22. Hui D, Parsons HA, Damani S, Fulton S, Liu J, Evans A, et al. Quantity, design, and scope of the palliative oncology literature. *Oncologist.* 2011;16(5):694-703. doi: 10.1634/theoncologist.2010-0397.
 23. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, Lima L De, Bhadelia A, Kwete XJ, 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. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32513-8.
 24. Las ENT de un vistazo: mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo de la Región de las Américas [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. 2019. (Fecha de consulta: 23 de septiembre de 2020). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51752>
 25. Leon M, Florez S, De Lima L, Ryan K. Integrating palliative care in public health: the Colombian experience following an International Pain Policy Fellowship. *Palliat Med.* 2011;25(4):365-9. doi: 10.1177/0269216310385369.
 26. Ley 1733 de 2014. Diario oficial No. 49.268 [Internet]. Congreso de Colombia. República de Colombia; 8 de septiembre de 2014. (Fecha de consulta: 27 de octubre de 2020). Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1733_2014.htm
 27. Mertnoff R, Vindrola-Padros C, Jacobs M, Gómez-Batiste X. The development of palliative care in Argentina: a mapping study using Latin American Association for Palliative Care Indicators. *J Palliat Med.* 2017;20(8):829-37. doi: 10.1089/jpm.2016.0312.
 28. Mutto EM, Bunge S, Vignaroli E, Bertolino M, Villar MJ os. J, Wenk R. Medical students' palliative care education in a Latin American university: a three-year experience at Austral University in Buenos Aires, Argentina. *J Palliat Med.* 2014;17(10):1137-42. doi: 10.1089/jpm.2013.0673.
 29. Our partners [Internet]. City Cancer Challenge. 2020. (Fecha de consulta: 28 de septiembre de 2020). Disponible en: <https://citycancerchallenge.org/partners/#strategic-partners>
 30. Parodi JF, Morante R, Hidalgo L, Carreño R. Propuesta de políticas sobre cuidados paliativos para personas adultas mayores en Latinoamérica y el Caribe. *Horiz Med.* 2016;16(1):69-74.
 31. Pastrana T, Centeno C, De Lima L. Palliative care in Latin America from the professional perspective: a SWOT analysis. *J Palliat Med.* 2015;18(5):429-37. doi: 10.1089/jpm.2014.0120.

32. Pastrana T, De Lima L, Centeno C. Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica, edición cartográfica, 2013. Cali, Colombia: IAHPC Press. 2013.
33. Pastrana T, De Lima L, Eisenclas J, Wenk R. Palliative care research in Latin America and the Caribbean: from the beginning to the Declaration of Venice and beyond. *J Palliat Med.* 2012;15(3):352-8. doi: 10.1089/jpm.2011.0429.
34. Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenclas J, Monti C, Rocafort J, et al. Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica. 1.ª edición. Houston: IAHPC Press. 2012. p. 1-351.
35. Pastrana T, Eisenclas J, Centeno C, De Lima L. Status of palliative care in Latin America: looking through the Latin America atlas of palliative care. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2013;7(4):411-6. doi: 10.1097/SPC.0000000000000008.
36. Pastrana T, Torres-Vigil I, De Lima L. Palliative care development in Latin America: an analysis using macro indicators. *Palliat Med.* 2014;28(10):1231-8. doi: 10.1177/0269216314538893.
37. Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases [Internet]. United Nations General Assembly. 2012. (Fecha de consulta: 25 de septiembre de 2020). Disponible en: <https://digitallibrary.un.org/record/710899>
38. Primer atlas mundial de las necesidades de cuidados paliativos no atendidas [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2014. (Fecha de consulta: 25 de septiembre de 2020). Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/palliative-care-20140128/es/>
39. Quiénes somos [Internet]. Instituto Pallium Latinoamérica. (Fecha de consulta: 29 de septiembre de 2020). Disponible en: <https://www.pallium.com.ar/quienes-somos/>
40. Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining palliative care - A new consensus-based definition. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60(4):754-64. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>.
41. Radbruch L, Knaul FM, De Lima L, de Joncheere C, Bhadelia A. The key role of palliative care in response to the COVID-19 tsunami of suffering. *Lancet.* 2020;395(10235):1467-9. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30964-8.
42. Red Iberoamericana de Cuidados Paliativos [Internet]. Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. 2020. (Fecha de consulta: 27 de septiembre de 2020). Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/quienes-somos/red-iberoamericana-de-cuidados-paliativos/>
43. Richmond C, Dame Cicely Saunders. *Br Med J.* 2005;331(23):238-9. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7510.238>.
44. Smith S, Brick A, O'Hara S, Normand C. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: a literature review. *Palliat Med.* 2014;28(2):130-50. doi: 10.1177/0269216313493466.
45. Solo el 1 % de latinoamericanos accede a cuidados paliativos en salud [Internet]. Agencia EFE. 2018 (Fecha de consulta: 25 de septiembre de 2020). Disponible en: <https://www.efe.com/efe/america/mexico/solo-el-1-de-latinoamericanos-accede-a-cuidados-paliativos-en-salud/50000545-3778414>
46. Soto-Perez-de-Celis E, Chavarri-Guerra Y, Pastrana T, Ruiz-Mendoza R, Bukowski A, Goss PE. End-of-life care in Latin America. *J Glob Oncol.* 2017;3(3):261-70. doi: 10.1200/JGO.2016.005579.
47. Vindrola-Padros C, Mertnoff R, Lasmarías C, Gómez-Batiste X. Palliative care education in Latin America: a systematic review of training programs for healthcare professionals. *Palliat Support Care.* 2018;16(1):107-17. doi: 10.1017/S147895151700061X.
48. Wenk R, De Lima L, Mutto E, Berenguel MDR, Centeno C. Encuentro sobre educación de cuidado paliativo en Latinoamérica. Recomendaciones sobre enseñanza en el pregrado y en el primer nivel de atención de salud. *Med Palliat.* 2016;23(1):42-8. doi: 10.1016/j.medipa.2013.11.002.