

**El Desarrollo de la Atención Paliativa en El Salvador,  
perspectiva de la Salud Pública**  
*The Development of Palliative Care in El Salvador, a Public Health  
perspective*

Dr. Raúl Andino<sup>a</sup>, Dra. Kricia Cartagena<sup>b</sup>,  
Dra. Katia Deras<sup>c</sup>

## **Resumen**

Este artículo expone la atención paliativa como la modalidad de la medicina que se enfoca en la atención integral, continua y humanizadora del paciente y su familia que adolece una enfermedad progresiva cuya su expectativa no es la curación sino proporcionar la mejor calidad de vida. Siendo necesario cubrir necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales. Tras una revisión bibliográfica se describe los componentes necesarios para su integración e implementación en el sistema de salud, como lo son: políticas que aseguren una provisión continua, disponibilidad y distribución adecuada de medicamentos esenciales, contar con un entorno académico para desarrollo de talento humano y un plan de incorporación a los distintos niveles de atención. Al final se evidencia una propuesta de experiencias de países en muchos casos de escasos recursos, adoptaron el concepto de atención paliativa y desarrollaron iniciativas, estrategias y acciones encaminadas para el desarrollo y expansión de servicios paliativos de dicha atención por medio de una hoja de ruta. La cual demuestra cómo cada país dependiendo su estado de desarrollo las actividades que deben llevarse a cabo para lograr la prestación del servicio a nivel nacional.

**Palabras Claves:** *Atención Paliativa, Manejo del dolor, Políticas de salud, Derecho a la Salud.*

<sup>a</sup> Escuela de Posgrado, Maestría en Salud Pública, Universidad Evangélica de El Salvador; UCSF San Miguelito (MINSAL), Doctor en Medicina, médico consultante (rag\_seven@hotmail.com)

<sup>b</sup> Escuela de Posgrado, Maestría en Salud Pública, Universidad Evangélica de El Salvador; Clínica Particular, Doctor en Medicina, médico consultante (kriaciartagena@hotmail.com)

<sup>c</sup> Escuela de Posgrado, Maestría en Salud Pública, Universidad Evangélica de El Salvador; UCSFI Agua Caliente, Doctor en Medicina, directora (k-marie19@hotmail.com)

## **Abstract**

This article discusses palliative care as the modality of medicine that focuses on comprehensive, continuous and humanizing care of the patient and family who suffer from a progressive disease, whose expectation is not to cure but to provide the best quality of life. It is necessary to cover physical, psychological, social and spiritual needs. After a bibliographic review, the necessary components for its integration and implementation in the health system are described, such as: policies that ensure a continuous provision, availability and adequate distribution of essential drugs, an academic environment for the development of human talent and a plan for incorporation into the different levels of care. In the end, there is a proposal of experiences of countries, in many cases with few resources, that adopted the concept of palliative care and developed initiatives, strategies and actions aimed at the development and expansion of palliative care services through a road map. The roadmap shows how each country, depending on its state of development, the activities needed to achieve national health service provision.

**Key words:** *Palliative Care, Pain Management, Health Policy, Right to Health.*

## **Introducción**

La atención paliativa se ha vuelto más pertinente a nivel mundial, al asistir a los pacientes con enfermedades que amenazan la vida, a buscar, por medio de un abordaje multidisciplinario, minimizar cuanto sea posible dolor, y apoyarlos emocional y espiritualmente como a su familia.

El objetivo del trabajo es proporcionar un conocimiento global de la atención paliativa. Se explora la relevancia, las iniciativas y las experiencias de otros países en el desarrollo de la atención paliativa y su integración a sistemas de salud, que puedan impulsar la formulación de la Política de Atención Paliativa en El Salvador.

Para su elaboración se consultaron las bases de datos con una estrategia de búsqueda diseñada para obtener resultados relacionados con la temática. Nuestra exploración se limitó por el acceso denegado debido a razones de costo para hacer uso de bases de datos en buscadores especializados.

## **Metodología**

Se realizó una revisión narrativa de estudios cualitativos o mixto sobre la atención paliativa. Se utilizaron las bases de dato de Pubmed, Cochrane, Hinari, Elsevier, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Scielo, Redalyc. Se limitó la búsqueda en idioma español como en inglés entre el año 2015 hasta la actualidad. Adicionalmente, se consultó literatura gris de revistas especializadas en cuidados paliativos (Journal of Palliative Medicine, Journal of Pain and Symptom Management, Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy). Además, mediante la técnica de bola de nieve se revisaron las listas de referencias bibliográficas de forma manual seleccionados para incluir en el trabajo.

De los artículos seleccionados, se leyeron los textos completos para verificar su inclusión, la extracción de información relevante sobre principales hallazgos y experiencias exitosas. Para esta revisión, los autores leyeron independientemente los textos y se incluyeron aquellos en los cuales existió acuerdo.

## **Desarrollo**

### **Caracterización de la Atención Paliativa**

La Medicina Paliativa es el conjunto de procedimientos y la disponibilidad de medicamentos que se proveen a un paciente con enfermedades con alta carga de síntomas y a sus familiares, con el fin de suprimir el dolor y otros problemas psico-sociales y espirituales, aminorando el sufrimiento, con el fin de que el paciente tenga la voluntad de preservar una vida que se considera digna(1).

De acuerdo, al *Lancet Global Health*, la carga global de sufrimiento grave relacionado con la salud se proyecta que para el año 2060, alrededor de 48 millones de personas morirán (47% de las muertes en el mundo) con sufrimiento relacionado con la salud y que un 83% de dichas muertes se presentarán en países de recursos limitados(2).

La atención paliativa inicia al comienzo de una enfermedad grave y se administran junto con tratamientos diseñados para combatir la enfermedad. Por lo que se vuelve primordial desarrollar servicios de salud que valoren las necesidades multidimensionales de los pacientes e implementar intervenciones que aborden de forma integral la necesidad de información, control de síntomas, mantenimiento de la funcionalidad y cubrir las emociones y brindar soporte social(3).

Existen varios modelos de atención paliativa a desarrollar, pero aquel que concentra sus esfuerzos en el área de salud pública en un primer nivel de atención orientado el cuidado en el entorno familiar y la comunidad se vuelve el óptimo. Permitiendo mejorar la viabilidad económica al compensar los gastos que se prestan a nivel hospitalario como en el hogar del paciente(4).

Se reveló que la participación de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud disponible en las instituciones de salud y la comunidad, mejora el control de los síntomas, reduce la carga de la familia/cuidador, mejora la continuidad y la coordinación de la atención, disminuyen los ingresos hospitalarios como la rentabilidad de sus recursos(5).

### **Aspectos Psicosociales de la Atención Paliativa**

La situación actual en cuanto a la implementación de la atención paliativa ha evidenciado que se carece de políticas que den cumplimiento a este servicio como parte de los derechos humanos. Conllevando que, en los servicios de primer contacto de la población, como es la atención primaria,

sean casi nulo la oferta de servicios y la no existencia de un equipo multidisciplinario para dar respuesta(6).

Pasa con frecuencia que entre el proveedor de salud y el paciente no se establece una comunicación adecuada lo que conlleva a un mal tratamiento del dolor. Reflejo de ello, es no comunicar que se tiene dolor para exponer la imagen de un buen paciente retardando el tratamiento farmacológico. En el caso del proveedor de salud, presenta una actitud tímida al prescribir opiáceos por los efectos no deseados resignando a los pacientes a sufrir dolor(7).

En el momento que el paciente es informado de su diagnóstico de enfermedad crónica u oncológica y contar con el adecuado tratamiento, como lo son los opiáceos, influye en las decisiones posteriores en aspectos como la percepción que tenga ante el proceso de seguimiento médico afectando la voluntad del usuario a cumplir con el plan terapéutico(8).

Estudios constatan que existen desafíos para la oferta de servicios paliativos por parte de los proveedores de salud. Entre los que sobresalen la detección y la priorización de las necesidades de salud, las preocupaciones del paciente como sus familiares, miedos y pérdidas que puedan afectarlos(9).

Es imprescindible ayudar en el control de las emociones, pensamientos y conductas. Debido a que el impacto de un diagnóstico de una enfermedad grave, es necesario proporcionar apoyo emocional, ayudando a asimilar y a discutir temas complejos como el apoyo social, los recursos de movilización del paciente a sus citas y su cuidador, el acompañamiento a los cuidadores y el apoyo en duelo en el caso de fallecer el paciente(9,10).

Las evidencias demuestran que a mayores niveles de apoyo social está relacionado a una mejora calidad de vida global y funcional. Es así, como la atención paliativa se apunta como el modelo de atención que integra las necesidades y las demandas de salud tanto del paciente como sus

familiares y cuidadores en el proceso de afrontamiento de las enfermedades que amenazan la continuidad de la vida(6).

Al tener en cuenta que la atención primaria es un vínculo fuerte con los pacientes y familiares, se precisa que los proveedores de salud estén capacitados para identificar de manera precoz aquellos pacientes que lo requieran, sus aspectos psicosociales y apoyarse incluso en la espiritualidad para contribuir al alivio del sufrimiento y a una máxima calidad de vida digna(11,12).

### **Situación demográfica y epidemiológica**

Actualmente, las enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes mellitus, están repercutiendo en el perfil de epidemiológico de la población. Al incrementar la expectativa de vida aumenta el riesgo de los padecimientos crónicos y degenerativos. Es así, que la carga de morbilidad y mortalidad se desplaza de los grupos de edad más jóvenes a los adultos mayores(13).

Es así, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) insta a los países, a diseñar e implementar intervenciones para dar respuesta a la cronicidad de las enfermedades. Estima que, alrededor del 75% de la población en países desarrollados morirá debido a enfermedades crónicas, posterior a un proceso evolutivo de alta necesidad y demanda de atención, situaciones de frecuentes decisiones de carácter ético y elevado uso de servicios de salud(14).

La situación en El Salvador, el 35% de las muertes en red hospitalaria fueron causadas por enfermedades crónicas no transmisibles con una letalidad del 7.8%. Siendo la primera causa de muerte la enfermedad isquémica del corazón, seguida de accidente cerebro vascular, enfermedad renal crónica y cáncer(15).

En el año 2012, la International Agency for Research on Cancer (IARC) y la OMS estimaron la ocurrencia de 14.1 millones de casos nuevos de cáncer, 8.2 millones de muertes y 32.6 millones de personas viviendo con cáncer. Para el continente americano se presentaron 1.3 millones de muertes por cáncer, ocurriendo el 43% de estas en Latinoamérica y el Caribe, y se espera que aumente hasta 2.1 millones para el año 2030(15).

Para los años 2009 a 2013 en El Salvador, se registraron 30, 818 egresos hospitalarios de diagnósticos por cáncer. De los cuales, 7,087 egresos por cáncer fallecieron, resultando en promedio 720 pacientes por año, que representa el 10% del total de egresos por diagnóstico de cáncer(15).

### **Evaluación económica en salud: Atención Paliativa**

El aumento de la demanda de los servicios sanitarios ha tenido un incremento de sus costos en salud, producto de la mayor esperanza de vida, las tecnologías biomédicas y los cambios epidemiológicos resultado de la urbanización y que menos población trabajadora realice aportes productivos. Se traduce en limitantes para los sistemas de salud a responder a la mayor demanda poniendo en riesgo su financiamiento y amenaza su sostenibilidad en el tiempo(16).

Se puede evidenciar en países de escasos recursos, que los proveedores de cuidados paliativos tienen 2 fuentes de ingresos: donaciones por subvenciones locales e internacionales y actividades generadoras de ingreso de proyectos auxiliares. Entre servicios que se pueden mencionar ambulatorios y hospitalarios, suministro de morfina oral, capacitación e investigación. Llevando a intensificar su promoción para la integración de los servicios en los sistemas de salud(17).

Las enfermedades de larga evolución, como las crónicas no transmisibles y oncológicas, tienen un gran impacto social, económico y emocional, según la OMS (18).

El costo monetario total por muerte prematura por cáncer a nivel mundial fue de 895 billones de dólares en el año 2008, representado el 1.5% del Producto Interno Bruto (PIB). Asimismo, se estimó que en la Unión Europea fue del 4% para el año 2009, y variando desde el 2% para Dinamarca hasta un 6% para Rumania, Estonia y Polonia(18).

Para el año 2010, se estimó en Inglaterra y Gales el costo en los últimos días de vida para los pacientes con cáncer fue superior en todos los servicios presados por instituciones hospitalarias en comparación con personas sin diagnóstico de cáncer(18).

Los cuidados paliativos se han descrito como una intervención costo-efectiva a nivel hospitalario como comunitario(19,20). En el año 2009, en Estados Unidos se reportó que pacientes que recibieron atención paliativa presentaban menor costo promedio por día de hospitalización en comparación de aquello que no la recibieron (\$754 vs. \$1,022). Permitiendo disminuir los costos del sistema de salud, representados en una reducción en el número de días de estancia hospitalaria y tratamiento médico(20,21).

En Colombia en el año 2016, en pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico bajo seguimiento de visitas domiciliarias, reflejó la necesidad de más control de síntomas: dolor, náusea/vómito y anorexia, descritos como frecuentes en las guías de cuidado paliativo en manejo en cáncer gástrico. Por lo que se instó en un modelo integrado de equipos interdisciplinarios y de atención primaria con un entrenamiento en conocimientos y de proceso de referencia que permita el acceso a servicios de cuidados paliativos(21).

También se ha estudiado la posibilidad de elección de los pacientes de morir en casa o en un hospital. El estudio QUALITYCARE, siguió a 2 grupos de personas que fallecieron en hospital o en su casa. Reportando que aquellos que fallecieron en su hogar tuvieron el mismo nivel de control del dolor que el grupo que permaneció en el hospital. Además, presentaban mayor sensación de paz y bienestar, redujeron las visitas a urgencias y un ahorro de recursos sanitarios(22,23).



### **Acceso sostenible a medicamentos**

Los opiáceos han tomado un papel crucial en el manejo de síntomas, demostrando efectividad en el tratamiento de la disnea, ya sea por malignidad o enfermedad respiratoria (EPOC) o cardiovascular (ICC) como terapia adyuvante mostrando resultados beneficios en las escalas de evaluación sintomática. Por lo que, la relevancia de su disponibilidad y acceso es importante para mejorar el control general de los síntomas en los pacientes que requieran atención paliativa(24,25).

De acuerdo a la información proporcionada por Public Health England y la Facultad de Medicina del Dolor, aconsejan los opioides como analgésicos para el dolor agudo y para dolor al final de la vida. Expresan que se puede obtener un buen alivio del dolor con opioides a largo plazo si la dosis puede mantenerse baja y si su uso es intermitente(26).

La evidencia respalda la eficacia de los opioides para reducir el dolor, pero en nuestros días, se actúa con suspicacia al momento de su uso por los riesgos de abuso o dependencia y adicción a estos. Es por ello que Centro de Enfermedades (CDC) elaboró una guía que proporciona las recomendaciones para la prescripción de medicamentos opioides para la atención primaria del dolor crónico en entornos ambulatorios(27).

La atención paliativa alivia los síntomas ayudando a los pacientes vivir lo más confortable posible, siendo una necesidad humanitaria urgente el contar con la disponibilidad de medicamentos para quienes aquejan de cáncer o de otras enfermedades crónicas. Es así, que la resolución 67.19 de la Asamblea Mundial de la Salud sobre el fortalecimiento de los cuidados paliativos, adoptada en 2014, hace hincapié la necesidad de elaborar políticas nacionales a fin de garantizar el acceso a los opioides(28).

A pesar de las recomendaciones, la situación en América Latina, sigue siendo complejo con respecto a la disponibilidad y accesibilidad de los opiáceos. Se ha establecido que en más del 80% de personas con

sufrimiento grave relacionado con una condición de salud vive en países de ingresos bajos y medios. Entre el 70% y 85% vive en países donde la morfina oral no está disponible(29).

Parte de las barreras identificadas que dificultan la disponibilidad y acceso a los medicamentos opioides son la falta de políticas públicas que aseguren su disponibilidad, la formación de profesionales de salud para su prescripción y dispensación, el cálculo estimado de necesidad anual, los trámites administrativos para autorización y compra de medicamentos, miedo a expiración de los medicamentos y problemas con los horarios de entrega(30-32).

Por lo que se hace el llamado a los países a plantear estrategias para dar solución a dichas barreras que limitan el acceso a los opiáceos. Abordar la perspectiva de desarrollo de políticas que incluyan la integración de la atención paliativa a los sistemas de salud y su financiamiento en todos los niveles de atención, fortalecer e incrementar recurso humano y asegurar su disponibilidad para el adecuado control de síntomas(30,33).

### **Legislación de la Atención Paliativa**

La OMS recuerda a los gobiernos a través de sus sistemas de salud a incluir los cuidados paliativos en el proceso continuo de atención a quienes padecen afecciones crónicas que ponen en peligro la vida, vinculando dicha atención con los programas de prevención, detección precoz y medicamentos(30).

Es alarmante, de acuerdo, a los datos publicados por OMS que para el año 2011, los servicios de atención paliativa solo estaban integrados adecuadamente en 20 países y el 42% carecía de dicha atención de 234 países estudiados. Adicionalmente, la Junta de Fiscalización de Estupefacientes, en el año 2010 reportó que en más de 121 países el uso de analgésicos opiáceos era insuficientes o muy insuficientes para atender necesidades médicas(30).

A la fecha, en El Salvador no existe una ley que regule la prestación de atención paliativa, ni un proceso para legislarla. Solamente en la Política Nacional para la prevención y control del cáncer y en la Ley de Deberes y Derechos de los pacientes y prestadores de salud, en el artículo diez, se hace mención de los cuidados paliativos como como una intervención complementaria a las normas existentes(34,35).

La opinión de los expertos internacionales enfatiza que la implementación de la atención paliativa es factible en todos los entornos de ingresos. Establecen que algunos sistemas de salud requerirán nuevas fuentes de financiamiento, mientras que otros, el gasto en salud está mal dirigido. Es así, que se debe centrarse en una reasignación de recursos. Y entornos de bajo y medios ingresos asegurarse que las nuevas fuentes de financiación sean dirigidas a la educación médica y el desarrollo de los servicios(36).

### **El camino para la integración de la Atención Paliativa**

Actualmente, los países de América Latina se encuentran experimentando transiciones demográficas como epidemiológicas. Por lo cual, lo gobiernos deben organizarse y priorizar este tema para brindar la asistencia y apoyo para los pacientes y familiares que lo requiera.

Así fue el caso del Primer Encuentro de Alto Nivel “Cuidados Paliativos: Fortaleciendo el Sistema Sociosanitaria”, celebrada en octubre de 2018. Tuvo la participación de expertos internacionales y autoridades de salud de la región para adquirir el compromiso de mejorar el acceso de la atención paliativa e impulsar su inclusión dentro de las políticas públicas de cada país y sea reconocido como indispensable en la cobertura sanitaria universal (29).

En dicha reunión se establecen las recomendaciones para la ejecución de un Plan de Acción de las medidas que deben llevarse a cabo para que puedan ser adoptadas por los sistemas de salud(37):

1. La inclusión en las políticas públicas nacionales y su reconocimiento como prestación en la cobertura de salud universal.

2. Asignación de recursos públicos que permitan el desarrollo de los servicios paliativos en todos los niveles de atención (primario a terciario), en todos los entornos (domiciliario e institucional).
3. Asignación de recursos públicos para garantizar el acceso a los servicios paliativos compuesto por medicamentos, insumos médicos y personal calificado.
4. El acceso oportuno a medicamentos esenciales, a través de una adecuada cadena de adquisición, distribución y almacenamiento de las dosis requeridas.
5. La integración de formación de los profesionales de la salud en los planes de estudio de pregrado en área de la salud y estudios especializados para la atención en casos complejos.
6. La sensibilización, formación y participación de la comunidad como parte esencial de la atención integral a la persona en su entorno.

Para llevarlo a la práctica y lograr resultados óptimos demanda un abordaje coordinado entre autoridades sanitarias, actores políticos, universidades, farmacéuticos, sociedades profesionales de salud, expertos nacionales e internacionales y la sociedad civil para poner ejecutar dichas medidas(38).

Para dar respuesta a las necesidades de desarrollo de atención paliativa, la OMS posterior a la Iniciativa Internacional de Cuidados Paliativos (IPCI) de la Open Society Foundations (OSF) en participación de 25 representantes de Europa Central y Oriental presentó la Hoja de Ruta de Cuidados Paliativos para el desarrollo y la expansión de los servicios paliativos en países con recursos limitados(39).

Este instrumento se convirtió en la estrategia de IPCI para el desarrollo de la atención paliativa en todo el mundo(39). Resalta los elementos y las actividades exitosas para anticipar y planificar la introducción de un nuevo campo de atención sanitaria en una estrategia nacional de salud. Muestra el camino, sin importar el nivel de desarrollo del país, identificando tareas y obstáculos a superar para la integración a los sistemas de salud(38,40).

La hoja de ruta tiene como punto de partida la creación de múltiples grupos de trabajo con representantes de estatales de asuntos de justicia, sociales, salud, finanzas, educación, expertos nacionales e internacionales de atención paliativa, especialistas médicos, derechos humanos, autoridades de control de droga y farmacéuticos. Cada grupo de trabajo tiene la tarea de abordar<sup>(39)</sup>:

- Política y legislación: revisar las políticas nacionales para establecer si incorporan el concepto de alivio del dolor y paliativo. Además de incluirse en todas las políticas y documentación de salud y evaluar los componentes legales en la política nacional de salud, el financiamiento y disponibilidad de medicamentos.
- Finanza nacional de salud: revisar los modelos existentes de financiación y prestación de servicios determinando el costo de la prestación de la atención paliativa en el entorno domiciliar e institucional.
- Educación y formación de profesionales de la salud: revisar los planes de estudio de atención paliativa existentes para estudiantes de pregrado y posgrado particularmente en medicina, enfermería, trabajo social, psicología y farmacia. Debe existir disposición para cambiar los planes de estudio existentes.
- Disponibilidad de medicamentos esenciales: revisar las leyes y regulaciones del control de narcóticos que rigen la importación, registro y fabricación, almacenamiento, distribución, dispensación, rendición de cuentas, las prácticas estimación de necesidad anual y de prescripción que garantice la disponibilidad y accesibilidad.
- Integración e implementación de la atención paliativa: incorporar los servicios paliativos para niños y adultos en el sistema de salud pública existente, en el entorno domiciliar como institucional bajo el trabajo coordinado de todos los niveles de atención.

Estas recomendaciones resaltan la responsabilidad de los gobiernos a través de sus sistemas de salud el reconocer la atención paliativa como un derecho básico de la persona. Por lo tanto, se debe integrar en los

planes de salud y en la cobertura de salud universal en un marco de implementación capaz de prevenir el sufrimiento injustificado.

### **Conclusiones**

El acceso y la expansión de la atención paliativa requiere establecer una política gubernamental que destaque la necesidad del alivio del sufrimiento, legislación y control con reglamentos de salud para mejorar la disponibilidad de medicamentos esenciales, diseñar un plan de educación y formación para los proveedores de salud y contar con la participación de la sociedad civil para garantizar la comprensión y la ejecución de dicha atención.

Para lograr la integración de la atención a los sistemas sanitarios, gracias a las experiencias de diferentes países con recursos limitados, la OMS desarrolla la Hoja de ruta de cuidados paliativos como un instrumento técnico para implementar una estrategia para la provisión de dicho servicio. Los resultados de su aplicación son la captura de brechas existentes, anticipa obstáculos y planifica los componentes necesarios para su desarrollo.

El objetivo de la hoja de ruta es reorientar la atención en salud de un enfoque tradicional de tratar enfermedades para incluir la atención integral de la persona y su familia. Con los resultados proporcionados en contextos similares a El Salvador, es alcanzable este objetivo siempre y cuando se adopte como prioridad de país.

### **Declaración de conflicto de interés y financiamiento**

Los autores declaran no tener conflicto de interés ni se recibió patrocinio para llevar a cabo este trabajo.

## Referencias

1. Gutiérrez Samperio C, Gutiérrez Samperio C. Medicina paliativa. *Cir Gen.* diciembre de 2017;39(4):251-6. Consultado el 19 de mayo de 2020. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx>
2. Centeno C, Arias-Casais N. Global palliative care: from need to action. *Lancet Glob Health.* julio de 2019;7(7): e815-6. Consultado el 19 de mayo de 2020. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com>
3. Campello Vicente C, Chocarro González L. Necesidades de cuidados paliativos en enfermos no oncológicos con enfermedad crónica avanzada: una revisión sistemática. *Med Paliativa.* abril de 2018;25(2):66-82. Consultado el 19 de mayo de 2020. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com>
4. Castañeda de la Lanza C, O'Shea Cuevas GJ, Lozano Herrera J, Castañeda Peña G, Castañeda Martínez C. Programa de medicina y cuidados paliativos. *Gac Mex Oncol.* 2015;14(3):171-5. Consultado el 19 de mayo de 2020. Disponible: <http://www.sciencedirect.com>
5. Cruz-Oliver DM. Palliative Care: An Update. *Mo Med.* 2017;114(2):110-5. Consultado el 19 de mayo de 2020. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
6. Azevedo C, et al. Interface between social support, quality of life and depression in users eligible for palliative care. *Rev Esc Enferm USP.* 2017;51. Consultado el 19 de mayo de 2020. Disponible en: <http://www.scielo.br>
7. Martínez Caballero C, Collado Collado F, Rodríguez Quintosa J, Moya Riera J. El alivio del dolor: un derecho humano universal. *Rev Soc Esp Dolor.* octubre de 2015;22(5):224-30. Consultado el 24 de mayo de 2020. Disponible en: <http://scielo.isciii.es>
8. Morales R, Estela L. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Rev Cuba Angiol Cir Vasc.* diciembre de 2015;16(2):175-89. Consultado el 24 de mayo de 2020. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
9. Heydari H, Hojjat-Assari S, Almasian M, Pirjani P. Exploring health care providers' perceptions about home-based palliative care in terminally ill cancer patients. *BMC Palliat Care.* 2019;66-66. Consultado el 22 de mayo de 2020. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-019-0452-3>
10. Horey D, Street AF, O'Connor M, Peters L, Lee SF. Training and supportive programs for palliative care volunteers in community settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(7). Consultado el 22 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.readcube.com>
11. Azevedo C, Rates CMP, Pessalacia JDR, Mata LRF da. Prospects for palliative care in primary healthcare: a descriptive study. *Online Braz J*

- Nurs. 2016;15(4):683-93. Consultado el 22 de mayo de 2020. Disponible en: <http://www.objnursing.uff.br>
12. Matos TD de S, Meneguín S, Ferreira M de L da S, Miot HA, Matos TD de S, Meneguín S, et al. Calidad de vida y coping religioso-espiritual en pacientes bajo cuidados paliativos oncológicos. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017. Consultado el 22 de mayo de 2020. Disponible en: <http://www.scielo.br>
  13. David Line. The 2015 Quality of Death Index: Ranking palliative care across the world. *The Economist Intelligence Unit*. 2015;71. Consultado el 19 de mayo de 2020. Disponible en: <https://eiuperspectives.economist.com>
  14. Tripodoro VA, Rynkiewicz MC, Llanos V, Padova S, De Lellis S, De Simone G. Atención paliativa en personas con enfermedades crónicas avanzadas. *Med B Aires*. 2016;76(3):139-47. Consultado el 19 de mayo de 2020. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar>
  15. MINSAL, editor. Diagnóstico situacional de cáncer en El Salvador 2015. Ministerio de Salud; 2015. Consultado el 20 de mayo de 2020. Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv>
  16. Ripari NV, Elorza ME, Moscoso NS. Costos de enfermedades: clasificación y perspectivas de análisis. *Cienc Salud*. 31 de enero de 2017;15(1):49. Consultado el 20 de mayo de 2020. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar>
  17. Amandua J, et al. The financing of stand-alone palliative Care Services in Uganda: analysis of the implications for sustainability. *BMC Palliat Care*. 2019;48-48. Consultado el 20 de mayo de 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0434-5>
  18. Prada SI, Contreras JF. Gasto en el último año de vida para pacientes que mueren con cáncer. *Rev Colomb Cancerol*. enero de 2018;22(1):3-7. Consultado el 20 de mayo de 2020. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com>
  19. May P, et al. Palliative Care Teams' Cost-Saving Effect Is Larger for Cancer Patients With Higher Numbers Of Comorbidities. *Health Aff (Millwood)*. enero de 2016;35(1):44-53. Consultado el 20 de mayo de 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0752>
  20. de Miguel C, et al. Comparación directa de los costes sanitarios en los 2 últimos meses de vida en pacientes oncológicos a partir de certificados de defunción en un área periurbana según reciban o no atención en su domicilio por un equipo de cuidados paliativos. *Med Paliativa*. octubre de 2018;25(4):260-7. Consultado el 20 de mayo de 2020. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com>
  21. León MX. Costos directos del cuidado paliativo domiciliario para pacientes con cáncer gástrico estadio IV en Colombia. *Univ Médica*.



- 2016;57(3):294-306. Consultado el 20 de mayo de 2020. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co>
22. Gomes B, Calanzani N, Koffman J, Higginson IJ. Is dying in hospital better than home in incurable cancer and what factors influence this? A population-based study. *BMC Med.* 2015; 13:235. Consultado el 20 de mayo de 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0466-5>
  23. Nuño-Solinís R, et al. Actividad asistencial y costes en los últimos 3 meses de vida de pacientes fallecidos con cáncer en Euskadi. *Gac Sanit.* 2017;31(6):524-30. Consultado el 21 de mayo de 2020. Disponible en: <http://scielo.isciii.es>
  24. Verdú-Masiá R, et al. Control de los síntomas en pacientes terminales: efectividad del tratamiento de la disnea irruptiva con opioides. *Rev Soc Esp Dolor.* 2017;24(4):161-8. Consultado el 20 de mayo de 2020. Disponible en: <http://scielo.isciii.es>
  25. León-Delgado M, et al. Opioids for the management of dyspnea in patients with heart failure: a systematic review of the literature. *Rev Colomb Anestesiol.* 2019;47(1):49-56. Consultado el 20 de mayo de 2020. Disponible en: <http://www.scielo.org.co>
  26. Greater Manchester Medicine Management Group, Strategic Clinical Networks. Palliative care pain & symptom control guidelines for adults for staff providing generalist palliative care. Fifth edition. England; 2019. 124 p. Consultado el 21 de mayo de 2020. Disponible en: <http://www.england.nhs.uk>
  27. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain. Drug Overdose. CDC Injury Center [Internet]. 2019. Consultado el 22 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.cdc.gov>
  28. Consejo de Salubridad General, Early Institute e Instituto Nacional de Cancerología. Guía de manejo integral de cuidados paliativos. 2018. Consultado el 22 de mayo de 2020. Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx>
  29. Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. Cuidados Paliativos-Fortaleciendo el sistema sociosanitario. CP-FeSS; 2018. Consultado el 24 de mayo de 2020. Disponible en: <http://cp-fess.org/>
  30. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos, datos y cifras. 2018. Consultado el 20 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.who.int>
  31. Kunirova G, Shakenova A. Palliative Care in Kazakhstan. *J Pain Symptom Manage.* 2018;55(2): S36-40. Consultado el 24 de mayo de 2020. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com>

32. León M, Sánchez M. Consumo de opioides. Análisis de su disponibilidad y acceso en Colombia. 1.<sup>a</sup> ed. Universidad de La Sabana, Universidad El Bosque; 2019. Consultado el 24 de mayo de 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.5294/978-958-12-0511-0>
33. Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. Documento final del período extraordinario de sesiones de la asamblea general de las naciones unidas sobre el problema mundial de las drogas celebrado en 2016. UNGASS. 2016; V.16-03304:35. Consultado el 24 de mayo de 2020. Disponible en: <http://www.unodc.org>
34. Órgano Ejecutivo en el ramo de la salud. Acuerdo N° 1319. 10 septiembre 2015. 408(168):11. Consultado el 20 de mayo de 2020. Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv>
35. Asamblea Legislativa de El Salvador. Decreto N° 307. 8 abril 2016. 5 de abril de 2016;25. Consultado el 20 de mayo de 2020. Disponible en: <https://rrhh.salud.gob.sv>
36. Clark J, Barnes A, Gardiner C. Reframing Global Palliative Care Advocacy for the Sustainable Development Goal Era: A Qualitative Study of the Views of International Palliative Care Experts. *J Pain Symptom Manage.* 2018;56(3):363-70. Consultado el 22 de mayo de 2020. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com>
37. Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. Latinoamérica cierra brecha en el acceso a los Cuidados Paliativos: Propuesta de acción. Lima, Perú; 2018. Consultado el 25 de mayo de 2020. Disponible en: <http://cp-fess.org/>
38. Centeno C, et al. Documento de Posición Oficial sobre la Promoción Global de Cuidados Paliativos: Recomendaciones del Grupo Internacional Asesor PAL-LIFE de la Academia Pontificia de la Vida, Ciudad del Vaticano. *J Palliat Med.* octubre de 2018;21(10):1398-407. Consultado el 25 de mayo de 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0387>
39. Callaway MV, Connor SR, Foley KM. World Health Organization Public Health Model: A Roadmap for Palliative Care Development. *J Pain Symptom Manage.* febrero de 2018;55(2): S6-13. Consultado el 25 de mayo de 2020. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com>
40. Morrison RS. A National Palliative Care Strategy for Canada. *J Palliat Med.* enero de 2018;21(S1) :S-63-S-75. Consultado el 25 de mayo de 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0431>