



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA Y BIOMÉDICA

MÉDICO

TRABAJO DE TITULACIÓN

Realidad de los cuidados paliativos y las barreras para su
desarrollo

Autora: García Rivera, María Isabel

Directora: Bonilla Sierra, Patricia

LOJA, ECUADOR

2021



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2021

Aprobación de la directora del trabajo de titulación

Loja, 14 de septiembre de 2021

Doctor

Víctor Hugo Vaca Merino

Coordinador de la titulación de medicina

Ciudad. –

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación **Realidad de los cuidados paliativos y las barreras para su desarrollo** realizado por **García Rivera, María Isabel**, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo. Así mismo, doy fe que dicho trabajo de titulación ha sido revisado por la herramienta antiplagio institucional.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Patricia Bonilla Sierra

CI. 0962804084

Declaración de autoría y cesión de derechos

“Yo **García Rivera, María Isabel**, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

- Ser autor (a) del presente trabajo de titulación: **Realidad de los cuidados paliativos y las barreras para su desarrollo**, de la Titulación de medicina, siendo Dra. Patricia Bonilla Sierra director (a) del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.
- Que mi obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.
- Autorizo a la Universidad Técnica Particular de Loja para que pueda hacer uso de mi obra con fines netamente académicos, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, sirviendo el presente instrumento como la fe de mi completo consentimiento; y, para que sea ingresada al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.”

Firma:

Autora: García Rivera, María Isabel

Cédula: **1104518764**

Dedicatoria

Mi trabajo de fin de titulación se lo dedico a mis padres, Edison y Sandra, por poner mis sueños antes que los suyos, ustedes han sido el pilar fundamental para llegar a dar este paso tan importante en mi vida.

A mis abuelitos, por cuidarme, apoyarme y guiarme a lo largo de los años.

A Miguel Ángel, por ser el mejor hermano que Dios me pudo dar.

A mi ángel, mi viejito, por ser mi mas grande maestro de vida, Te amaré y extrañaré toda la vida.

Y a mis angelitos de cuatro patitas, por haberme acompañado en mis largas noches de estudio y alegrarme la vida

Agradecimiento

Gracias a Dios, por permitirme cumplir esta meta en mi vida y ser mi guía en los momentos que no veía la salida. Gracias a mis padres, por su apoyo incondicional, por todo el esfuerzo realizado para que yo siga mis sueños y por no permitirme que me detenga cuando el camino se tornaba difícil. Gracias a mis abuelitos, por su cariño y apoyo en todo momento. Gracias Miguel Ángel, por enseñarme a ser valiente y no rendirme a pesar de las pruebas que nos ponga la vida.

Agradezco a María Isabel, Carol y Denisse, por los momentos de alegría y también de tristeza que vivimos a lo largo de estos años...amigas, lo logramos.

A Johanna, por sus palabras de aliento cuando más lo necesité, a pesar de los kilómetros de distancia.

Así mismo quiero agradecer a la Universidad Técnica Particular de Loja, por ser la institución que me abrió sus puertas para que yo pudiera cumplir mi más anhelado sueño. A todos los maestros a lo largo de mi formación de pregrado, por inculcarme sus conocimientos y valores y de manera especial a la Dra. Patricia Bonilla Sierra, por su apoyo, dedicación y entrega durante la realización de este trabajo de titulación, pero sobre todo por convertirse en el referente de como quiero llegar a ser algún día, tanto en el ámbito profesional como personal. A usted le expreso toda mi admiración y gratitud.

Índice de contenido

Aprobación de la directora del trabajo de titulación	ii
Declaración de autoría y cesión de derechos	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento.....	v
Índice de contenido.....	vi
Índice de tablas	vii
Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Material y métodos.....	5
a. Estrategia de búsqueda	5
b. Criterios de Selección	5
c. Extracción de datos	5
Tabla 1:.....	6
Artículos de la revisión bibliográfica	6
Resultados	7
Tabla 2:.....	7
Artículos incluidos con resultados obtenidos	7
Discusión.....	34
1. Asociación de los cuidados paliativos con el final de la vida	34
2. Educación en cuidados paliativos	35
2.1. Falta de conocimiento en los médicos	36
2.2. Falta de conocimiento en la población	39
3. Economía de los pacientes	40
4. Limitado acceso y conocimiento de opioides	41
5. Repercusión emocional de los cuidados paliativos	43
6. Falta de políticas de salud que impulsen a los cuidados paliativos	44
7. Falta de infraestructura	45

8. Inadecuada selección de pacientes y referencia tardía a programa de cuidados paliativos.....	46
9. Barreras de los cuidados paliativos en condiciones especiales	47
Conclusiones	50
Referencias.....	52

Índice de tablas

Tabla 1: Artículos de la revisión bibliográfica	6
Tabla 2: Artículos incluidos con resultados obtenidos	7

Resumen

El objetivo de esta revisión bibliográfica es identificar las barreras que limitan el desarrollo de los cuidados paliativos, a nivel mundial, incluyendo la atención paliativa en situaciones especiales (prisioneros y personas sin hogar). Se realizó una búsqueda en las bases de datos, Medline, Google Scholar, UptoDate, ClinicalKey y LILACS de bibliografía publicada entre 2010 y 2020. Se identificó las siguientes barreras: 1) La asociación de los cuidados paliativos con la muerte, 2) Falta de educación sobre CP, tanto en médicos como en la población, 3) Economía de los pacientes, 4) Limitado acceso y conocimiento de opioides, 5) Repercusión emocional de los CP, 6) Falta de políticas sanitarias que incluyan a los cuidados paliativos, 7) Falta de infraestructura, 8) Inadecuada selección de pacientes y referencia tardía a CP.

Palabras Clave: cuidados paliativos, barreras, hospicio, desarrollo, final de vida, medicina paliativa.

Abstract

The objective of this bibliographic review is identifying the barriers that limit the development of palliative care, worldwide. Including palliative care in special situations (prisoners and homeless people). The search was made in the databases, Medline, Google Scholar, UpToDate, ClinicalKey and LILACS of bibliography carried out between 2010 and 2020. The following barriers were identified: 1) The association of palliative care with death, 2) Lack of PC education, both in physicians and in the population, 3) Patient economics, 4) Limited access and knowledge of opioids, 5) Emotional impact of PCs, 6) Lack of health policies, 7) Lack of infrastructure , 8) Inadequate patients' selection and late reference to PC.

Keywords: palliative care, palliative medicine, palliative care development, palliative care barriers, end of life care, barriers of care.

Introducción

Los cuidados paliativos, según la definición dada por la IAHPC (International Association for Hospice & Palliative Care), luego del consenso realizado en el año 2018, son aquellos cuidados dirigidos a toda persona, de cualquier edad, que tenga un sufrimiento grave relacionado con la salud y especialmente aquellos que se encuentren en el final de la vida. Además, se aclara que la medicina paliativa no tiene la finalidad de acelerar o posponer la muerte, sino de aceptarla a esta como un proceso natural; de controlar la sintomatología presente en el individuo, que interfiera con su calidad de vida y que incluye dentro de su tratamiento, a la familia del paciente, respetando sus valores y creencias. (IAHPC, 2018; Radbruch et al., 2020)

Con el paso de los años, y debido al aumento en el envejecimiento de la población, es posible que las enfermedades crónicas lleguen a su “etapa terminal”. La Sociedad Española de Cuidados Paliativos define a los pacientes con enfermedad terminal como aquellos que cumplen los siguientes criterios: pacientes diagnosticados con una enfermedad progresiva e incurable, que no dan respuesta a tratamiento, que presentan una serie de síntomas y problemas multifactoriales, que provocan un gran impacto emocional en su familia, allegados y equipo terapéutico y cuyo pronóstico de vida es menor a 6 meses. (SECPAL, 2014)

Gracias a lo amplia que es la definición de cuidados paliativos, podemos decir que los pacientes beneficiados con su aplicación, no son solo los pacientes oncológicos, a diferencia de lo que se cree comúnmente, sino todos aquellos que cumplen con los criterios propuestos por la SECPAL, mencionados anteriormente, por ejemplo, los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), demencia, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal o hepática avanzadas o enfermedades neurológicas. (Ministerio de Salud Pública, 2014)

Los cuidados paliativos tienen la finalidad de aceptar la muerte como un proceso natural, y hacer de esta situación lo más llevadera posible, tanto para el paciente, como

para sus familiares y allegados. Dentro de los objetivos de la medicina paliativa se puede nombrar: control sintomático, especialmente del dolor que aqueja al paciente; dar ayuda psicológica y espiritual al paciente y a sus seres queridos, aceptar a la muerte como un proceso normal y enfrentar dicha situación de la manera menos traumática; mantener la autonomía del paciente, tratando de que este lleve su vida lo más normal posible hasta el final de sus días; ayudar a sus familias a enfrentar el proceso de duelo de mejor manera, evitando complicaciones psicológicas y sociales. (Babarro et al., 2010)

Por lo tanto, los cuidados paliativos son una necesidad dentro del ámbito de la salud, ya que, cuando no es posible curar, es importante implementar el control sintomático y el cuidado que permita a nuestro paciente vivir con dignidad, hasta el último día de su vida.

Los cuidados paliativos, tal como se los conoce actualmente, tuvieron su origen en el siglo XX, sin embargo, el desarrollo se ha visto limitado por una serie de barreras que no han permitido que la medicina paliativa ocupe el lugar que se merece, dentro del campo médico a nivel mundial. De esta realidad nace la necesidad de determinar, con una revisión bibliográfica, ¿Cuáles son las barreras que limitan el óptimo desarrollo de los cuidados paliativos a nivel mundial? Y ¿Cómo es la realidad de los cuidados paliativos en la actualidad?

Por esta razón, el objetivo de esta revisión bibliográfica es identificar, a través del análisis de estudios previamente realizado, cuáles son las barreras que limitan el desarrollo de los cuidados paliativos, a nivel mundial y de tal manera, describir la realidad de la medicina paliativa, en la actualidad.

Material y métodos

a. Estrategia de búsqueda

Para la siguiente revisión bibliográfica se realizó una búsqueda de la literatura médica, durante los meses de mayo y junio del 2020, en la cual se incluyó a todos los estudios de relevancia con fecha de publicación a partir del 2010 hasta 2020. Como motores de búsqueda se usaron los siguientes términos: (“palliative care” OR “palliative medicine”), (“palliative care” AND “barriers”), (“palliative care development”), (“end of life care”), (“barriers of care” OR “palliative care barriers”), (“cuidados paliativos”), (“barreras de cuidados paliativos”) (“barreras para cuidado al final de la vida”) (“cuidados al final de la vida”) ; además, se determinó que serían incluidos aquellos estudios que hayan sido realizados en pacientes mayores de 18 años, que sean de tipo prospectivo y retrospectivo, desarrollados en el idioma inglés y español, y que se encuentren en revistas relacionadas con el tema y en las bases de datos: Medline, Google Scholar, UptoDate, ClinicalKey, LILACS, además artículos de revistas especializadas en el tema. Así mismo, se ha excluido a aquellos estudios que no contengan a los términos propuestos, cuya publicación haya sido previa al año 2010.

b. Criterios de Selección

Esta revisión bibliográfica incluye a los artículos que respondan a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las barreras que limitan el desarrollo de los cuidados paliativos a nivel mundial y cómo es la realidad de la medicina paliativa en la actualidad?

Se seleccionaron a aquellos artículos que cumplieron con los criterios de calidad científica, con resultados confiables por adecuada intervención y que son aplicables al problema planteado.

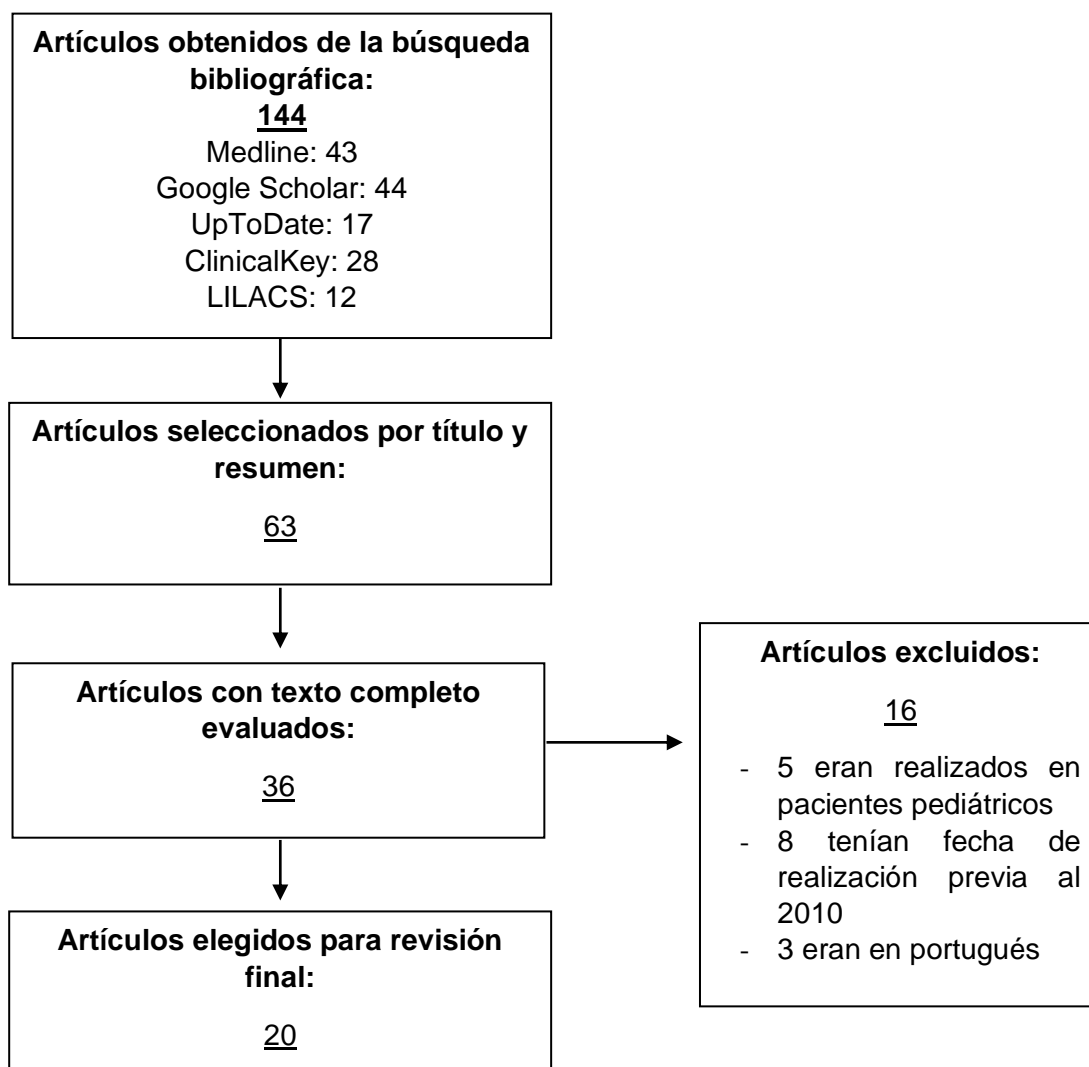
c. Extracción de datos

Luego de iniciar la búsqueda bibliográfica, con los términos MESH y descriptores de ciencias de la salud (DeCs), propuestos, se obtuvo inicialmente 144 artículos, de los cuales se filtró aquellos que no tenían texto completo, obteniendo así 63 artículos que guardaban

relación con el tema. Sin embargo, se realizó un mayor filtrado, centrando la temática de revisión en las barreras que limitan el desarrollo, quedando así un total de 36 estudios, de los cuales se excluyó 16 debido a que estos habían sido realizados en paciente pediátricos (menores de 18 años) o tenían una fecha de publicación previa al 2010. Por tal motivo, al finalizar la búsqueda de información, se ha determinado la inclusión de 20 fuentes bibliográficas que reflejan el objetivo de esta revisión. Dichos artículos seleccionados se dividen en 15 revisiones sistemáticas conformadas por 1070 artículos y revisión de 2 bases de datos de hospitales de EEUU y Ecuador y 5 estudios realizados por medio de entrevistas personalizadas.

Tabla 1

Artículos de la revisión bibliográfica



Resultados

Tabla 2

Artículos incluidos con resultados obtenidos

Autor	Estudio	Objetivo	Muestra	Método	Resultados
(Ditomas & Williams, 2020)	Palliative care for incarcerated adults	Describir los problemas de salud de los pacientes encarcelados de EEUU, además de identificar las barreras para la aplicación de Cuidados paliativos y las herramientas	98 estudios científicos - Pacientes incluidos: 2148	Revisión sistemática (metaanálisis, revisión bibliográfica, estudios experimentales)	<ul style="list-style-type: none"> - La diferencia de cultura entre la prisión y los cuidados paliativos, limitaban el desarrollo de los cuidados paliativos. - El limitado acceso a la atención en salud, en las prisiones, constituyó una barrera para la medicina paliativa, el control de los síntomas y una calidad de vida óptima. - La desconfianza en el sistema, y en los médicos, afectaba la relación médico-paciente, siendo un

		para superarlas.			<p>problema para la atención paliativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los problemas familiares constituyeron una barrera para el desarrollo de los cuidados paliativos. - El estrés, problemas familiares, consumo de drogas, entre otras, limitaban el control sintomático de los pacientes, al final de la vida.
(Kinderman & Brown, 2019)	Palliative care for homeless	Discutir los cuidados paliativos en personas sin hogar, revisando la literatura relevante para informar	47 estudios científicos	Revisión sistemática	<ul style="list-style-type: none"> - Las personas sin hogar, tenían un acceso limitado a la atención en salud. - Las personas que no tienen hogar, tenían mayores comorbilidades, que complicaban el control sintomático, al final de la vida. - La desconfianza en el sistema, y la discriminación, limitaban el acceso a

	persons	acercamientos prácticos a pacientes sin hogar con enfermedades graves.	-Pacientes incluidos: 28900	(metaanálisis, revisión bibliográfica, estudios experimentales)	<p>la medicina paliativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El abuso de sustancias, y los problemas psiquiátricos, eran una barrera para los cuidados paliativos. - La incapacidad de transporte, tanto por las limitaciones físicas, como económicas, eran una barrera de acceso a la medicina paliativa. - La falta de apoyo de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, hacia las personas sin hogar, impedían que estos tengan atención en salud, de calidad y mucho menos, acceso a los cuidados paliativos.
					<ul style="list-style-type: none"> - Creencia errónea, tanto en médicos, como en pacientes, de que los

(Isaac & Curtis, 2020)	Palliative care: Issues in the intensive care unit in adults	Discutir los problemas que se presentan en la aplicación de cuidados paliativos en los pacientes en UCI	106 estudios científicos - Pacientes incluidos: 1818	Revisión Sistemática (metaanálisis, estudios prospectivos, retrospectivos y mixtos, estudios experimentales)	<p>cuidados paliativos son aplicados solo a las personas que están muriendo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de profesionales especializados en cuidados paliativos. - Falta de conocimiento de los médicos de las UCI, de que las consultas con cuidados paliativos eran beneficiosas para los pacientes. - Las personas inmigrantes, tenían menor acceso a los cuidados paliativos, que aquellos que residían en su país natal.
					<ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes de edad avanzada, se rehusaban, con más frecuencia a los cuidados paliativos.

<p>(Parajuli et al., 2019)</p>	<p>Barriers to palliative and hospice care utilization in older adults with cancer: A systematic review</p>	<p>Sintetizar la evidencia de las barreras de los cuidados paliativos y los hospicios, en adultos mayores con cáncer</p>	<p>19 estudios científicos</p>	<p>Revisión Sistemática (metaanálisis, revisiones sistemáticas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Los hombres accedían, en menor cantidad, a los cuidados paliativos. - Las personas de estatus económico bajo, tenían menor acceso a los cuidados paliativos, en comparación con aquellos de mayor estatus; especialmente, a nivel de los hospicios. - Las personas que viven en las zonas rurales, tenían menor acceso a la medicina paliativa, debido a la dificultad para acudir a estas, las cuales se encontraban generalmente, en zonas urbanas. - La falta de conocimiento de los profesionales, en cuidados paliativos, limitaba que sus pacientes
--------------------------------	--	--	--------------------------------	---	--

					decidan acceder a la atención paliativa.
(Meier & McCormick, 2019)	Benefits, services, and models of subspecialty palliative care	Revisar la definición y los beneficios de los cuidados paliativos describir los tipos y los modelos de atención disponibles para adultos, presentar los criterios de derivación a cuidados paliativos	139 estudios científicos	Revisión Sistemática (metaanálisis, estudios prospectivos, retrospectivos y mixtos, estudios experimentales)	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de conocimientos en cuidados paliativos, entre pacientes y sus familias. - Tendencia errónea de los médicos de equiparar a los cuidados paliativos con el final de la vida. - Creencia de que introducir los cuidados paliativos, limitaba el manejo terapéutico, evitando así alargar la vida de los pacientes. - Falta de recursos en los pacientes - Escasez de profesionales e instituciones especializadas en cuidados paliativos.

<p>(Fadhil et al., 2017)</p>	<p>Barriers to, and opportunities for, palliative care development in the Eastern Mediterranean Region</p>	<p>Explorar los aspectos relevantes de los cuidados paliativos en la región del Mediterráneo Oriental, identificar posibles barreras para el desarrollo y hacer recomendaciones para acciones futuras.</p>	<p>57 estudios científicos) de 22 países del este de Europa</p>	<p>Revisión Sistemática (metaanálisis, estudios descriptivos, estudios experimentales, informe de la OMS y entrevistas online a representantes de 22 países de Europa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de políticas de salud que incluyeran a los cuidados paliativos. - Falta de integración de la medicina paliativa, dentro del campo médico. - Falta de educación en cuidados paliativos, en los médicos, enfermeras y voluntarios. - Deficiente conocimiento en cuidados paliativos, por parte de la ciudadanía. - Limitaciones en el acceso a medicamentos especializados para el control sintomatológico, especialmente del dolor (opioides).
------------------------------	---	--	---	---	--

(Aldridge et al., 2015)	<p>Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: A literature review</p>	<p>Proporcionar una visión general de las barreras para una integración de cuidados paliativos más generalizada en los Estados Unidos</p>	<p>18 artículos científicos. Datos recolectados en 405 hospitales de EEUU durante 2012-2013</p>	<p>Revisión Sistemática y revisión de bases de datos de hospitales de EEUU</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de conocimiento y preparación en los profesionales de la salud, sobre cuidados paliativos. - Asociación errónea, por parte de los médicos, de los cuidados paliativos con el final de la vida. - Inadecuada selección de pacientes que necesitan ingresar a un programa de cuidados paliativos. - Necesidad de cambio cultural, en la sociedad, sobre el concepto de los cuidados paliativos. - Falta de implementación de políticas de salud que apoyen el desarrollo de los cuidados paliativos. - Asociación de los términos “cuidados paliativos” y “Hospice”, con la
-------------------------	---	---	---	--	--

					muerte.
(Quimet Perrin & Kazanowski, 2015)	Overcoming Barriers to Palliative Care Consultation	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar las barreras para obtener consultas de cuidados paliativos dentro de un entorno de cuidados críticos. - Describir las estrategias para superar las barreras de los cuidados paliativos - Reconocer los beneficios del inicio temprano de los 	31 estudios científicos	Revisión Sistemática (metaanálisis, revisiones sistemáticas, estudios prospectivos, retrospectivos y mixtos)	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de conocimientos en cuidados paliativos, por parte del paciente y su familia, asociando a la medicina paliativa, como aquella necesaria solo para pacientes en agonía. - Creencia de los médicos, de que la aplicación de los cuidados paliativos, es igual a “rendirse” y que su paciente morirá pronto. - Falta de conocimientos y preparación, por parte de los médicos. - Elevados niveles de ansiedad en los profesionales de la salud, al enfrentarse a la muerte de sus pacientes.

		cuidados paliativos			<ul style="list-style-type: none"> - Deficiente inclusión de las enfermeras y enfermeros, dentro de los cuidados paliativos; siendo ellos capaces de reconocer signos y síntomas que indiquen la necesidad de aplicación de medicina paliativa.
(Kain & Eisenhauer, 2016)	Early integration of palliative care into standard oncology care: evidence and overcoming barriers to implementation	Determinar la calidad de aplicación de los cuidados paliativos a personas con cáncer que se encuentran al final de su vida	6 estudios a pacientes con cáncer	Revisión Sistemática (Estudios aleatorizados aplicados a pacientes con cáncer)	<ul style="list-style-type: none"> - Para los pacientes, y sus familias, los términos “paliación” y “paliativos”, eran equiparables al final de la vida. - Los estigmas sociales que rodeaban a los cuidados paliativos, y la asociación de estos con la muerte, por parte de los médicos, impedían que los pacientes accedan a ellos de forma oportuna. - La falta de integración temprana en cuidados paliativos, y el bajo

					<p>conocimiento por parte de los médicos, limitaban el desarrollo de la medicina paliativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las instituciones especializadas en cáncer, no eran las mismas que prestan cuidados paliativos, siendo esta falta de integración, una barrera para el desarrollo paliativista.
(Lynch et al., 2010)	Barriers to the development of palliative care in Western Europe	Identificar las barreras para el desarrollo de los cuidados paliativos en Europa	Referencias obtenidas de 22 países del Oeste de Europa	Prospectivo Entrevistas online, y personales a delegados de 22 países del	<ul style="list-style-type: none"> - Una de las barreras para el desarrollo de cuidados paliativos, era la falta de capacitación de los profesionales. - La falta de conocimientos y conciencia sobre la importancia de la medicina paliativa, limitaba su avance. - Falta de conocimiento en el manejo

		occidental.		oeste de Europa.	<p>de opioides y la limitada disponibilidad de estos, limitaba el desarrollo de los cuidados paliativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de apoyo, por parte de los gobiernos, limitó que la población tenga acceso a una medicina paliativa, de calidad. - La cobertura desigual, de los cuidados paliativos, limitaba su desarrollo y era una de las barreras menos identificadas a nivel mundial.
(Hawley,	Barriers to	Explorar las razones de la falta			<ul style="list-style-type: none"> - La falta de conocimiento en la población, sobre que son y para qué sirven los cuidados paliativos, limitaban una correcta aplicación. - Los recursos insuficientes no permitían la aplicación de cuidados

2017)	Access to Palliative Care	de servicios de cuidados paliativos y recomendar estrategias para superar estas barreras, enfatizando la importancia de describir los cuidados paliativos con precisión.	5 estudios científicos	Revisión sistemática	<p>paliativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El conocimiento limitado en esta especialidad, por parte de los profesionales de la salud, evitaba que un paciente sea integrado dentro de un programa de cuidados paliativos, de manera oportuna. - La formación ineficiente en alumnos de pregrado y postgrado, de medicina, constituyó una de las principales barreras. - La desinformación en la población ha provocado que los cuidados paliativos y los hospicios sean catalogados como un “lugar donde morir, impidiendo que las personas accedieran a ellos cuando lo
-------	----------------------------------	--	------------------------	----------------------	--

					necesiten.
(Sarmiento Medina et al., 2018)	El rol del médico de familia en el cuidado paliativo de pacientes crónicos y terminales	Identificar el papel del médico de familia en la atención de pacientes y familias en el final de la vida, teniendo en cuenta el aumento en la demanda del cuidado de pacientes con enfermedades terminales y su	Revisión en 5 bases de datos desde 2015-2018 (71 artículos)	Revisión sistemática	<ul style="list-style-type: none"> - Algunos médicos de familia, determinaban a los cuidados paliativos como una supra especialidad, negándose así a brindar este servicio, como parte de su rol de médico familiar. - El agotamiento y estrés provocado en los médicos, el enfrentarse a pacientes que se encontraban en etapa avanzada de su enfermedad, limitaban la correcta implementación de cuidados paliativos. - La creencia de los médicos de que solo se debido integrar a los pacientes oncológicos, dentro de los

		déficit de cobertura			cuidados paliativos, provocó que los pacientes con otras enfermedades en estado avanzado, no tuvieran acceso a la medicina paliativa y al control de sus síntomas.
(Yin et al., 2017)	Development of Palliative Care in China: A Tale of Three Cities	Describir el desarrollo del programa y la infraestructura de los programas de cuidados paliativos en tres instituciones chinas, utilizando estos ejemplos para discutir estrategias	3 programas de Cuidados paliativos de Chengdu	Analítico Prospectivo -Entrevistas personales a familiares y profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - La falta de preparación por parte de los médicos y la limitada educación en cuidados paliativos, durante los estudios de pregrado, evitaban un correcto desarrollo de la medicina paliativa. Así mismo, al no ser reconocida una especialidad, en China, los médicos generales no optaban por ser paliativistas. - Los tabúes que rodeaban a la muerte, evitaban que la población accediera a los cuidados paliativos.

		para acelerar el acceso a los cuidados paliativos para pacientes con cáncer en China		de salud.	<ul style="list-style-type: none"> - La mayoría de la población, en China, no había escuchado acerca de los cuidados paliativos, por lo tanto, no conocían el significado, cuando eran necesarios ni la razón por la cual se aplicaban. - No existían políticas de salud que impulsaran el desarrollo de los cuidados paliativos. - El limitado acceso a opioides, las restricciones impuestas por el gobierno y los mitos sobre adicción y efectos adversos de los mismos, eran una barrera en China.
(Tapera &	Limited knowledge and	Investigar el		Se utilizó el diseño	<ul style="list-style-type: none"> - El conocimiento de los profesionales de salud y la población, en Zimbabwe, era limitado acerca de los

<p>Nyakabau, 2020)</p>	<p>access to palliative care among women with cervical cancer: an opportunity for integrating oncology and palliative care in Zimbabwe</p>	<p>conocimiento y el acceso a los cuidados paliativos entre las mujeres con cáncer de cuello uterino en Harare, Zimbabwe.</p>	<p>134 mujeres diagnosticadas con cáncer cervical</p>	<p>secuencial de métodos mixtos, que consta de dos encuestas y una investigación cualitativa.</p>	<p>cuidados paliativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La creencia de que los cuidados paliativos debían ser aplicados solo a las personas en las cuales todo tratamiento médico había fallado, y se encontraban en el final de su vida, era una limitante para el desarrollo de la medicina paliativa. - La desinformación de que los cuidados paliativos eran aplicados solo en los hospicios, provocaban que la población no accediera a estos, de manera oportuna. - El alto costo de la medicación, tanto para el tratamiento del cáncer, como para el manejo del dolor, eran una barrera para el acceso a la medicina
------------------------	---	---	---	---	--

					<p>paliativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La falta de implementación de políticas de salud que apoyaban los cuidados paliativos, limitaba su desarrollo.
(Vallejo Martínez et al., 2017)	Estudio de Pertinencia de los Cuidados Paliativos en Ecuador	Proporcionar una guía de análisis de la pertinencia en los cuidados paliativos como una necesidad imperiosa	<p>Archivo estadístico del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” Solca-Guayaquil y el INEC.</p> <p>Incidencia de cáncer del período 2008–2012 de las ciudades de Guayaquil, Quito,</p>	Revisión sistemática	<ul style="list-style-type: none"> - No existían las opciones necesarias para acceder a un curso de postgrado que formaran especialistas en Cuidados Paliativos, en el país. - La falta de paliativistas en el país, evitaba que los pacientes accedieran a estos servicios, y, por ende, no tenían adecuada calidad de vida. - Las facultados de medicina del país, no incluían a los cuidados paliativos, dentro de su pensum académico, de

			Cuenca, Loja y provincia de Manabí		<p>forma oportuna y correcta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Era necesario incluir a los cuidados paliativos dentro de la formación de médicos y enfermeras, tanto el pregrado como en el postgrado.
(Soto-Perez-de-Celis et al., 2019)	End-of-Life Care in Latin America	Revisar el estado actual de la atención al final de la vida en América Latina, enfocándose	56 estudios científicos que reflejan la realidad de los cuidados paliativos en LA.	Revisión sistemática (metaanálisis, revisiones sistemáticas,	<ul style="list-style-type: none"> - La falta de legislaciones en los países de Latinoamérica, que avalaran a los cuidados paliativos, limitaron su desarrollo. - El acceso limitado a opioides, el elevado costo y las restricciones para su uso, limitaban que los profesionales de la salud los indiquen, provocando un mal control sintomático al final de la vida. - La falta de uso de directivas avanzadas (ADs), en LA, eran una

		<p>en identificar las deficiencias existentes y proporcionar un marco para mejorar.</p>		<p>estudios descriptivos)</p>	<p>barrera para una óptima atención paliativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La falta de infraestructura especial para la aplicación de cuidados paliativos, y el dirigir estos solo a pacientes oncológicos, provocaba que los pacientes con enfermedades no oncológicas en estado avanzado, no tengan una calidad de vida al final de esta. - En LA no existían los programas de formación en cuidados paliativos, óptimos, para la preparación de especialistas; además, tampoco se los incluía en los estudios de pregrado, en todos los países, limitando así su desarrollo.
--	--	---	--	-------------------------------	--

					<ul style="list-style-type: none"> - La cultura en LA, sobre el final de la vida, el cuidado del paciente y la inclusión de su familia en esta etapa, no era la adecuada. La falta de estudios realizados en la región limitó conocer la realidad de la implementación de medicina paliativa en Latinoamérica.
(Knaul et al., 2017)	<p>Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief— an imperative of universal health coverage: The</p>	<p>Informar el el abismo de acceso en los cuidados paliativos y el alivio del dolor, en la cobertura</p>	<p>348 artículos científicos incluidos por el Grupo de estudio de la Comisión</p>	<p>Reporte</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Las políticas de salud daban prioridad a los tratamientos que aumentaban la esperanza de vida de la población y su productividad, pero no integraban a las intervenciones que controlaban el dolor y el sufrimiento, sin alargar la vida. - La opiofobia, tanto en el médico como en el paciente y su familia,

	<p>Lancet Commission report</p>	<p>sanitaria universal.</p>	<p>Lancet sobre cuidados paliativos y alivio del dolor</p>		<p>provocaban que su uso no era en la medida correcta, debido a la desinformación acerca de los efectos adversos y la adicción inducida por opioides.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las excesivas restricciones que afectaban al uso de opioides, también afectaban su producción, siendo esta una limitante para su uso.
					<ul style="list-style-type: none"> - La falta de preparación en los médicos rurales y generales de Ecuador, en CP, obstaculizaba una atención de calidad en los pacientes. - No existían publicaciones científicas sobre CP en Ecuador, lo cual limitaba la preparación de los

(Dávalos-Batallas et al., 2020)	Knowledge, Attitudes and Expectations of Physicians with Respect to Palliative Care in Ecuador: A Qualitative Study	Explorar el conocimiento, actitudes y expectativas relacionadas con los cuidados paliativos de los médicos en Ecuador	28 entrevistas semiestructuradas desde marzo de 2014 a noviembre de 2016 a médicos de 4 ciudades del Ecuador, escogidos mediante técnica de muestreo en bola de nieve	Cualitativo -Entrevistas presenciales	médicos. <ul style="list-style-type: none"> - La falta de educación en CP, desde la educación de pregrado, era una limitante para la creación de un programa de posgrado para esta especialidad, debido a la falta de conocimiento y especialistas en el país. - La definición de cuidados paliativos, como especialidad, no estaba consolidada en el país, provocando que algunos médicos, que no eran especialistas, se definían como paliativistas, a pesar de centrar su trabajo solo en el control de un síntoma. - Debido a la falta de inclusión de los
---------------------------------	--	---	---	--	--

					<p>cuidados paliativos dentro de las leyes del país, existieron limitaciones para su financiamiento e implementación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A pesar de que existía una Guía de Práctica clínica, la mayoría de medicamentos que se recomendaban en ésta, no estaban disponibles en el país. Además, las restricciones para el uso de opioides limitaban el acceso a ellos.
(Leon et al., 2011)	<p>Integrating palliative care in public health: The Colombian experience</p>	<p>Describir la estrategia, los principales logros y sugerencias para</p>	<p>29 artículos científicos (estudios descriptivos,</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Los cuidados paliativos en Colombia, aun no eran reconocidos como un componente de la salud, y por lo tanto no se los incluía dentro de sus programas públicos de seguros de salud.

	<p>following an International Pain Policy Fellowship</p>	<p>implementar iniciativas similares en los países en desarrollo</p>	<p>experimentales, metaanálisis) realizados en Colombia.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Existían limitaciones al acceso de opioides, y en caso de que se accedía a ellos, no existía el uso correcto de los mismos. - A pesar de que existían programas de postgrado en cuidados paliativos, no existía formación de los mismos en el pregrado, siendo una limitante para su óptimo desarrollo. - Generalmente, los cuidados paliativos se ofrecían solo de manera privada.
	<p>Palliative Care from a Medical</p>	<p>Explorar cómo se utilizan las herramientas de</p>			<ul style="list-style-type: none"> - En Alemania, los cuidados paliativos eran brindados en lugares especializados para estos. En Chile, se ofrecían en hospitales generales públicos. En Perú existían limitados

(Capurro et al., 2013)	Informatics Perspective in Chile, Germany, and Peru	salud electrónica en los cuidados paliativos y describir las diferencias geográficas y culturales en los tres países diferentes.	18 artículos que respondían al objetivo previsto	Revisión Sistemática	<p>servicios formales de cuidados paliativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En Alemania, los cuidados paliativos eran prestados por especialistas en medicina paliativa, incluido, el cuidado en el domicilio. En Perú y Chile, cuidadores informales, se encargaban de los cuidados paliativos de los pacientes, especialmente su familia, provocando así una sobrecarga del cuidador. - En Alemania los cuidados paliativos eran ofrecidos por especialistas. En Chile, estos eran prestados por especialistas y médicos generales. En Perú, la medicina paliativa era
------------------------	--	--	--	----------------------	---

					aplicada solo por médicos generales.
--	--	--	--	--	--------------------------------------

Discusión

Los cuidados paliativos son aquella especialidad médica que trasciende más allá de los límites establecidos para la medicina; es decir, va más de allá del curar enfermedades y se centra en la persona como un ser íntegro que merece y necesita calidad de vida, hasta el último de sus días, cuando los tratamientos terapéuticos ya no pueden sanarlo.

Luego de esta revisión bibliográfica, se ha podido identificar una serie de factores que limitan el desarrollo de los cuidados paliativos, provocando la situación actual de los mismos, nada merecida.

1. Asociación de los cuidados paliativos con el final de la vida

Según Aldridge et al.(2015),la percepción de que los cuidados paliativos son exclusivamente para las personas que se encuentran al final de la vida, es una de las mayores barreras que limitan el desarrollo de los cuidados paliativos. Así mismo, el autor nos refiere que los términos “palliative care” (cuidados paliativos) y “Hospice care” (cuidado de hospicio), son una limitante para que los pacientes accedan oportunamente a los mismos; razón por la cual, se plantea la necesidad de cambiar estos términos por uno por el cual la población tenga mayor afinidad, como lo es “supportive care” o “cuidados de apoyo”. Esta hipótesis también ha sido avalada por Kain & Eisenhauer (2016), quien nos refiere que el término “paliativo”, estigmatiza a esta especialidad, encasillando a los cuidados paliativos como una opción netamente de final de la vida. Además, nos refiere que los primeros en relacionar los cuidados paliativos con el final de la muerte, son los proveedores de salud, seguidos por los familiares de los pacientes con enfermedades avanzadas; por ende, esto provocan que un acceso oportuno a un programa especializado, sea una realidad muy lejana.

Aunque este problema sea algo común en los médicos, como refieren I Isaac & Curtis (2020) y Meier & McCormick (2019), quienes indican que el desconocimiento de la especialidad ha llevado a que los profesionales de la salud tengan la certeza equivocada de que la medicina paliativa está centrada para pacientes solo al final de sus días; esta

realidad también es común en las familias de los pacientes con enfermedad avanzada. Según Ouimet Perrin & Kazanowski (2015), una de las principales barreras que día a día tienen que enfrentar los paliativistas, es la creencia de los familiares, de que ingresar a un programa de cuidados paliativos, significa que sus seres queridos están muy cerca del final de su vida.

La autora concuerda con estas afirmaciones, ya que el relacionar a los cuidados paliativos con el final de la vida del paciente, es algo muy común, lo cual limita que se acceda a ellos de forma oportuna, principalmente por la creencia de la familia de que, al aplicar atención paliativa, se están enfrentando a la muerte de su ser querido, en muy poco tiempo. Sin embargo, es de gran importancia centrar el origen de estas creencias erróneas, a los médicos, ya que son ellos quienes informan al paciente y su familia, y si ellos piensan que los cuidados paliativos son igual a la muerte del paciente, este y su familia, pensará de la igual manera.

Así mismo, Tapera & Nyakabau (2020), en su estudio "*Limited knowledge and access to palliative care among women with cervical cancer: An opportunity for integrating oncology and palliative care in Zimbabwe*", nos indica que la población en general tiene la perspectiva de que iniciar con un programa de cuidados paliativos significa que ya todos los tratamientos e intervenciones realizadas en el paciente han fallado, y que este se encuentra a punto de morir.

Si observamos las aportaciones de los autores, identificamos la asociación de los cuidados paliativos con la muerte del paciente, la estigmatización de los mismos, y los tabúes que los rodean. Lo anterior tiene un punto de inicio, el cual es el desconocimiento de los profesionales de salud sobre la definición del cuidado paliativo, ya que son ellos quienes transmiten esta idea errónea a la población, provocando así que los pacientes no accedan a programas de cuidados paliativos, de forma oportuna y correcta.

2. Educación en cuidados paliativos

Todos los autores, coinciden en que la falta de educación en cuidados paliativos, tanto en los profesionales de la salud, como en la población, es una de las principales barreras para el desarrollo adecuado de los CP; lo cual provoca una deficiente atención paliativa, escasez de especialistas y como consecuencia, mala calidad de vida en los pacientes.

2.1. Falta de conocimiento en los médicos

La formación en cuidados paliativos, no debería ser un objetivo solo de especialidad o postgrado, sino que esta debería ser incluida desde los estudios de pregrado. Tal como refieren Meier & McCormick (2019), según un estudio realizado en el año 2011 por la Sociedad Americana de Cáncer (CAS) y el Centro de Cuidados Paliativos Avanzados (CAPC), el conocimiento de los médicos en cuidados paliativos, se relaciona con su edad; es decir, aquellos profesionales más jóvenes, que se formaron como médicos en los últimos años, tuvieron acceso a una educación en medicina paliativa a lo largo de sus estudios de pregrado; sin embargo, aquellos médicos mayores de 40 años, muy pocos conocieron sobre los cuidados paliativos durante su formación inicial. Además, al cuestionar a profesionales de entre 50 a 60 años, la mayoría de estos refieren nunca haber escuchado de la medicina paliativa, durante el pregrado.

Aldridge et al. (2015), concluye en su estudio realizado en EEUU que la formación en cuidados paliativos no es una prioridad en médicos residentes, ya que determinan a esta rama solo para especialistas, limitando la comunicación entre médico-familia-paciente, tomando decisiones fútiles en muchas ocasiones en el servicio de la Unidad de terapia intensiva (UTI), eliminando la posibilidad de alivio del sufrimiento de paciente-familia, a través de un cuidado paliativo oportuno y de calidad. Hawley (2017), en su estudio "*Barriers to Access to Palliative care*", reporta la falta de preparación de médicos residentes, en cuidados paliativos, como resultado de la ausencia de programas de estudio que incluyan esta especialidad en el pregrado; provocando que los médicos generales y estudiantes, no entiendan por completo la función de un paliativista. Sarmiento Medina et al. (2018) afirma:

“Esta barrera se puede superar si durante el entrenamiento de los residentes se cuenta con docentes en medicina de familia que eduquen en habilidades sobre cómo incorporar los CP en práctica diaria”.

El incluir a los cuidados paliativos dentro de la formación de pregrado de un médico es una de las principales herramientas que impulsarían el desarrollo de la medicina paliativa, a nivel mundial. Para que un médico general, decida especializarse en cuidados paliativos, primero, debe conocer de que se tratan los CP, a que se dedica un paliativista, cuales son los objetivos de los cuidados paliativos, cuando un paciente necesita de una atención paliativa; sin embargo, esto no es posible si a lo largo de su educación, no ha podido acceder a esta información.

Según Isaac & Curtis (2020), una de las limitantes para el correcto desarrollo de los cuidados paliativos, es la falta de especialistas en área; Fadhil et al. (2017) concuerda con Isaac y además incluye la necesidad de la educación del voluntariado esencial para la consolidación de los programas de cuidados paliativos.

Esta realidad no es exclusiva de EEUU, tal como lo expresa Lynch et al. (2010), en Europa, los cuidados paliativos no forman parte de la formación de pregrado de la mayoría de universidades. Además, nos habla que una de las limitantes para la educación es la falta de bibliografía referente a cuidados paliativos y manejo del dolor, que pueda ser empleada por las instituciones de educación superior. Así mismo, en China, los cuidados paliativos, aún no han sido reconocidos como una especialidad, lo cual provoca que los médicos generales no incluyan a esta rama dentro de sus opciones de postgrado. (Yin et al., 2017).

En Latinoamérica, la situación no es muy alentadora en relación con el resto del mundo. Según Soto-Perez-de-Celis et al. (2019) y Leon et al. (2011), la formación en cuidados paliativos en la región es exclusiva para médicos, y menos del 14% de las facultades de América Latina, ofrecen programas de cuidados paliativos, dentro de su currículum de pregrado, ya que se les da mayor relevancia a los estudios de trauma y enfermedades, y se deja de lado la medicina paliativa. A esto se le añade la falta de

educadores en cuidados paliativos y que en tan solo 10 de los 19 países de la región, se ofrecen programas de postgrado en la especialidad. Así mismo, tal como lo añade Capurro et al. (2013), la realidad de los cuidados paliativos en Chile y Perú, no es óptima. La medicina paliativa en estas regiones, no son aplicados por especialistas, especialmente en Perú, lugar en donde los cuidados paliativos son aplicados por médicos generales, en instituciones informales.

En Ecuador existe la obligación de implementar programas de pregrado y postgrado en todas las ciudades del país. Ecuador tiene elevados índices de enfermedad oncológica y no oncológica que llegan a estado avanzando, provocando así la necesidad de programas de cuidados paliativos que permitan a la población tener calidad de vida, objetivo que solo se podrá cumplir si existen médicos con la preparación necesaria para ofrecer un servicio de salud óptimo a la población (Vallejo Martínez et al., 2017).

(Dávalos-Batallas et al., 2020) concuerda con esta afirmación y añade que la falta de inclusión de los cuidados paliativos, desde la educación de pregrado, limita que, en el futuro, los médicos aspiren a una especialidad en medicina paliativa. Añade que la falta de investigaciones y publicaciones que existen sobre CP en Ecuador, constituyen una barrera para el desarrollo de los mismos; además, incluye que los médicos rurales y médicos generales que se encuentran a cargo de centros de salud o atención primaria del paciente, no tiene formación en cuidados paliativos, lo cual provoca que los pacientes que necesiten de atención especializada, no accedan a ella.

A todas estas limitaciones, tales como la falta de estudios de pregrado y postgrado, el bajo índice de especialistas y el bajo desarrollo de los cuidados paliativos a nivel mundial, se le añaden la falta de confianza en los médicos. Según Parajuli et al. (2019), luego de la entrevistar a 14 pacientes adultos con cáncer, se llegó a la conclusión de que estos no confiaban completamente en sus proveedores de salud, ya que sentían que no eran tomados en serio, que no recibían la orientación necesaria, por parte de sus médicos, en la

toma de decisiones acerca de recibir o no cuidados paliativos y que además, estos no tenían la preparación necesaria en el tema.

La autora concuerda con estas aseveraciones puesto que la relación médico-paciente está basada en la confianza, y si un médico no tiene el conocimiento suficiente de algún tema, no le será capaz transmitir estos sentimientos necesarios para que el paciente pueda sentirse tranquilo y acceda a buscar y recibir una atención paliativa, cuando lo necesite.

2.2. Falta de conocimiento en la población

La muerte o el final de la vida, es un tema poco aceptado en la sociedad, y al hablar de cuidados paliativos, la población en general, los asocia directamente con la muerte. Según el autor Yin et al. (2017), la población en China no habla sobre la muerte, y lo tiene catalogado como un tema tabú, provocando así que el acceso a cuidados paliativos no sea bien aceptado y sobre todo, no se dé de manera oportuna.

Algo similar ocurre en Latinoamérica, tal como lo refiere Soto-Perez-de-Celis et al. (2019), en donde la cultura familiar en la que se vive, provoca que el paciente de prioridad a los deseos de su familia, tomando decisiones pasivas, rehusándose a aceptar que puede estarse acercando al final de su vida. Además, en la sociedad latina, las creencias religiosas son muy fuertes y la creencia de que Dios tiene el control del nacimiento y muerte de cada persona, provoca limitaciones al acceso de una atención paliativa oportuna y de calidad.

La muerte siempre ha sido catalogada como un tema sombrío, del cual, mientras menos se hable, más a salvo se está. Sin embargo, la autora piensa que una de las metas de los cuidados paliativos es ayudar a que el paciente y su familia vean a la muerte como un “amigo”; objetivo que puede ser cumplido solo si se accede a una atención paliativa de calidad y sobre todo, a tiempo, lo cual puede obtenerse si se promociona a los cuidados paliativos de tal forma que se modifique el pensamiento de la población en torno a ellos.

Así mismo, se ha determinado que la falta de comunicación entre el paciente, su familia, y el personal de salud, provoca un limitado acceso a programas de cuidados

paliativos cuando este lo necesita. El avance de la tecnología y los deseos de las familias a su aplicación hasta los últimos días, aumenta el sufrimiento del paciente y deteriora la calidad de vida del paciente, minimizando el esfuerzo del profesional que desea iniciar con la atención, cada vez que se presenta un nuevo deterioro en la salud de su ser querido, sin tomar en cuenta si este es invasivo o no; provocando que el esfuerzo del médico sea minimizado, tal como lo refiere Ouimet Perrin & Kazanowski (2015) en su publicación “*Overcoming Barriers to Palliative Care Consultation*”.

3. Economía de los pacientes

El alto costo de los medicamentos y la privatización de los cuidados paliativos es otra barrera de reporte en la revisión bibliográfica. Tapera & Nyakabau (2020) refiere que el elevado costo del tratamiento oncológico, afecta la economía de la unidad paciente-familia, limitando la accesibilidad de los medicamentos para el control sintomático como es el dolor. Además, los opioides manufacturados son muy costosos y no todos los países tienen la posibilidad de ofrecer los medicamentos esenciales gratuitos, en ocasiones hay fundaciones encargadas del apoyo de estos pacientes, siendo restrictivos y no permitiendo la universalidad del acceso.

Hawley (2017) reporta que el acceso a los cuidados paliativos, en EEUU, es desigual, existiendo la posibilidad de acceder al servicio en los centros urbanos, sin embargo, esto no es posible en el área rural, y menos el servicio de atención domiciliaria, razón por la cual, si desean acceder a estos, necesitan viajar largas distancias, aumentando el gasto económico, imposible en muchas ocasiones; mientras que, Parajuli et al. (2019), refiere que en 10 estudios relacionan el acceso a cuidados paliativos, con el estatus económico del paciente, es decir, las personas con estatus económico medio y alto, tienen mayor acceso a los cuidados paliativos y al cuidado de hospicio, en relación con aquellos pacientes de estatus económico bajo. Además, añade que, al relacionar el estatus económico con el nivel de educación, las personas de bajo estatus económico, tienen un

acceso más limitado a esta, por ende, un conocimiento más reducido en cuidados paliativos provocando que no accedan a ellos, a pesar de su necesidad.

Algo importante de nombrar, es el problema con los seguros de salud, los cuales no incluyen a los cuidados paliativos dentro de su cobertura; Meier & McCormick (2019) reportan que los pacientes que accedan a los cuidados paliativos, en algunas aseguradoras privadas, deben renunciar a su tratamiento curativo de enfermedad y este requisito debe ser avalado por 2 médicos y éstos deben testificar de que la persona morirá dentro de los próximos seis meses, si su enfermedad sigue su curso normal.

4. Limitado acceso y conocimiento de opioides

Esta barrera, descrita en varios estudios incluidos en esta revisión bibliográfica, no es una realidad que incluya a los EEUU, sino más bien se centra en Latinoamérica, China y Europa.

Tal como lo refieren Leon et al. (2011) y Soto-Perez-de-Celis et al. (2019), el acceso a opioides en Latinoamérica es muy limitado, por ende, es una de las principales barreras para el óptimo desarrollo de los cuidados paliativos en la región. Por ejemplo, en Colombia, un pequeño número de hospitales tiene opioides disponibles y un número reducido de farmacias, tiene la aprobación para distribuirlos; esto provoca que la mayoría de la población no acceda a ellos. Así mismo el consumo de morfina en los países de LA como Ecuador, Venezuela, Bolivia, Guayana, etc.; es muy bajo en comparación con el consumo registrado en EEUU, siendo así un indicativo de que el control del dolor y demás síntomas tratados con opioides, no es el correcto, mostrando que los cuidados paliativos tampoco son aplicados de forma correcta. Aparte del limitado acceso a opioides, la falta de preparación de los médicos, los tabúes que los rodean como los efectos adversos, adicción y miedo a su aplicación, provocan que en caso de estos medicamentos estén disponibles, no se los prescriba. (Dávalos-Batallas et al., 2020) añade que, en Ecuador, a pesar de que existe una Guía de práctica clínica, esta no puede ser aplicada debido a que incluye medicamentos que no se encuentran disponibles en el país. A esto le suma el gran número de restricciones

para el uso de opioides y la falta de morfina en presentación oral, que constituyen una gran barrera para su prescripción.

En concordancia con lo detallado anteriormente, la autora afirma que es necesario que se de prioridad al manejo de opioides, a la educación de los médicos y se de revisión a las restricciones en torno a su uso, ya que, el control sintomático en la atención paliativa, esta netamente ligada a estos medicamentos, y si no puede accederse a ellos o no se los puede utilizar, la aplicación de medicina paliativa se vería completamente obstaculizada.

(Knaul et al., 2017) concuerda y refiere que el limitado acceso al consumo de opioides, data en el desconocimiento por parte de la población, tanto médicos, como pacientes y su familia. Añade que la opiofobia es una de las mayores barreras, y que el miedo a que los opioides produzcan adicción o algún efecto adverso en los pacientes, limita su prescripción, provocando que su producción, también sea limitada, al haber una baja demanda.

Esta realidad es muy similar en Europa; Lynch et al. (2010) y Fadhil et al. (2017) acotan en sus estudios que el acceso a opioides se ve truncado por situaciones como el desconocimiento de los médicos, las restricciones legales que existen para su uso y su costo elevado debido a que las farmacéuticas no se encuentran interesadas en su producción, debido a la baja demanda existente. Otra limitante para el acceso de opioides en Europa, al igual que en LA, es el miedo por parte de los médicos a prescribir este tipo de medicamentos, provocando así que este sea transmitido a sus pacientes, y, por lo tanto, se rehúsen a su consumo.

Yin et al. (2017), concuerda con lo expresado anteriormente, y añade que, al realizar nuevamente una comparación con Estados Unidos, la demanda de opioides en China es muy inferior, a pesar del gran número de población existente en el país. Principalmente, las razones de este problema datan en el acceso restringido, las políticas de salud que determinan que una receta de opioides tenga una validez de solamente 7 días y sobre todo

los estigmas que rodean a estos medicamentos, como el riesgo de adicción y efectos adversos, principalmente fundados por la falta de entrenamiento de los médicos en el tema.

La autora añade que además de educar a los profesionales de la salud, se debe informar a la población; de tal manera que el miedo a los opioides se desvanezca, que se entienda que los beneficios de su uso son mayores que sus perjuicios y así lograr que su aplicación sea mucho más sencilla al momento de ser necesario.

5. Repercusión emocional de los cuidados paliativos

Tal como nos refiere Sarmiento Medina et al. (2018), una de las limitantes para la correcta aplicación de la medicina paliativa, es el elevado nivel de estrés y angustia que conlleva el tratar con pacientes con enfermedad avanzada, que necesitan ingresar a un programa de cuidados paliativos. A esto se le suma principalmente la falta de experiencia en el campo, además de la reducida información que se puede obtener acerca de investigaciones que muestren los cuidados paliativos, desde el punto de vista de los médicos. Ouimet Perrin & Kazanowski (2015) añaden que estos problemas no son netamente de los médicos, sino también afectan a las enfermeras y enfermeros que se enfrentan a esta realidad. El autor nos relata que muchas veces son ellos quienes afrontan más de cerca el sufrimiento del paciente, lo cual provoca un elevado nivel de estrés, el cual podría ser prevenible si se los incluyera de manera más activa en los programas de educación en cuidados paliativos. Así mismo, al hablar de la familia de los pacientes con enfermedad avanzada, Capurro et al. (2013), indica que en Chile y Perú, los cuidados paliativos en el domicilio, no son implementados por especialistas, sino más bien son sus cuidadores quienes deben aprender a administrar medicamentos por vía subcutánea, para poder cuidar de los pacientes, lo cual provoca también en ellos un elevado nivel de estrés y angustia.

Por tal razón, la autora admite lo importante de capacitar en cuidados paliativos a todos los profesionales del área de la salud, con la finalidad de prepararlos para enfrentarse a la muerte de sus pacientes o las diferentes situaciones que se puedan presentar al final

de la vida de una persona, de tal manera que esto no se convierta en una barrera para la adecuada aplicación de la medicina paliativa.

6. Falta de políticas de salud que impulsen a los cuidados paliativos

Una de las barreras más importantes de romper, es la falta de apoyo gubernamental, a nivel mundial. Yin et al. (2017) nos relata la realidad de China, acotando que no existe una ley que incluya a los cuidados paliativos dentro de su sistema de salud, de forma oportuna, lo cual limita el acceso a ellos. Así mismo, tal como fue referido anteriormente, el gobierno no incluye a los cuidados paliativos dentro de sus políticas de seguro de salud, lo cual vuelve casi imposible, que la mayoría de la población puedan aspirar a estos al final de su vida. Tapera & Nyakabau (2020), concuerda con esta afirmación y refiere que la falta de apoyo por parte del gobierno, evita que se pueda disponer de fondos públicos que permitan un óptimo desarrollo y aplicación de la medicina paliativa.

En Europa, la realidad es muy similar. Lynch et al. (2010) refiere como 14 países de Europa del Oeste, reconocen tener problemas al momento de aplicar los cuidados paliativos, debido a la falta de políticas de salud que avalen su trabajo, además, nos habla de la situación de Dinamarca, en donde la mayoría de los políticos aún piensan que los cuidados paliativos son más un “loving tender care” (cuidado tierno y amoroso) y no un trabajo profesional. Europa del Este también se encuentra marcada por esta tendencia; Fadhil et al. (2017) refiere que en la región, tan solo el 5% de los pacientes que necesitan cuidados paliativos, tienen acceso a ellos, esto debido a la falta de políticas públicas y planes de trabajo que permitan su aplicación.

Tal como refiere Aldridge et al. (2015), en EEUU existen varios problemas relacionados con la falta de políticas públicas, entre esos nombra una estructura fragmentada en el sistema de salud que no incluye a los cuidados paliativos, la falta de fondos para paliativistas investigadores, la falta de incentivos para los cuidadores de pacientes complejos y la necesidad de incluir a los cuidados paliativos en los hogares de ancianos. Así mismo, al hablar de Latinoamérica Soto-Perez-de-Celis et al. (2019) y Leon et

al.(2011) indican que a pesar de que la Organización Mundial de la Salud (OMS), haya insistido desde 1990, en la inclusión de los cuidados paliativos dentro de las políticas de cada país, además de la creación de planes de trabajo, esto no ha sido posible, aún dos décadas después. En la región solo 4 países tienen una legislación especial de medicina paliativa, 7 países tienen un plan nacional de cuidados paliativos y 13 incluyen a los mismos dentro de sus programas de tratamiento para el cáncer. (Dávalos-Batallas et al., 2020) añade que la falta de legislaciones que incluyan y resguarden a los cuidados paliativos, no es posible acceder al financiamiento e implementación necesaria para el desarrollo de programas de cuidados paliativos.

La autora acepta la importancia de que los gobiernos reconozcan la necesidad de incluir a los cuidados paliativos dentro de sus programas de salud, ya que, de otra forma, estos no podrán llegar a todas las personas que lo necesiten y tampoco tendrán un óptimo desarrollo, sin la financiación y apoyo correspondiente. Por tal motivo, es imprescindible que se de realce a esta especialidad, a nivel mundial, siendo conscientes de que no solo la medicina curativa es importante e imprescindible, sino también la paliativa.

7. Falta de infraestructura

Según Soto-Perez-de-Celis et al.(2019) una de las barreras de los cuidados paliativos, es que estos se prestan generalmente en hospitales generales, por parte de un equipo de multiservicios, es decir, no especializado. Así mismo, indica que los equipos especializados se encuentran ligados a instituciones de tratamiento del cáncer, lo cual limita su acceso a pacientes con enfermedades oncológicas. Sin embargo, Kain & Eisenhauer (2016) discrepan en cierta medida en esta afirmación, aseveran que la mayoría de estos servicios de cuidados paliativos se ofrecen en áreas distintas a las de tratamiento oncológico e incluso, algunas veces, estos se encuentran en instituciones apartadas, lo cual limita el acceso a ellos. Claro que esta realidad no es igual en todos los países; Capurro et al. (2013) al comparar entre Alemania, Chile y Perú, encuentra que en Alemania, los cuidados paliativos se brindan en instituciones especializadas de la rama, en Chile, estos se

ofrecen en hospitales generales, mientras que en Perú, solo ciertos pacientes reciben cuidados paliativos, es decir, en Perú no existen centros especializados, ni se ofrecen cuidados paliativos en hospitales generales.

8. Inadecuada selección de pacientes y referencia tardía a programa de cuidados paliativos

Sarmiento Medina et al. (2018) identifica como una barrera para el desarrollo de los cuidados paliativos, la creencia errónea de que estos van dirigidos exclusivamente a pacientes oncológicos, evitando que los pacientes con patologías no oncológicas que necesitan atención paliativa, sean identificados a tiempo. El identificar correctamente a los pacientes que necesitan ingresar a un programa de cuidados paliativos, según Aldridge et al. (2015) es un problema que limita la aplicación correcta de estos, y generalmente es causada por una falta de entrenamiento de los médicos, además de la falta de comunicación entre médico-familia-paciente y a esto se le añade el equiparar a los cuidados paliativos con el final de la vida, provocando un mayor rechazo.

Los cuidados paliativos, desde su inicio, han sido aplicados en su gran mayoría, a pacientes con enfermedades oncológicas, provocando que se excluya de estos a aquellos individuos con enfermedades no oncológicas pero que también necesitan de una atención paliativa, por lo cual, la autora recalca la necesidad de entrenar a los médicos para la correcta selección de pacientes que necesitan de CP, sin enfocarse en un solo tipo de enfermedad.

Tal como lo refiere Kain & Eisenhauer (2016) y Meier & McCormick (2019) los beneficios y las barreras de una referencia oportuna a un programa de cuidados paliativos son varios. Dentro de los beneficios se encuentra: los pacientes con referencia oportuna, son sometidos a tratamientos menos lesivos y agresivos al final de sus días; así mismo, desde el punto de vista económico, una referencia a tiempo disminuye los gastos tanto para el paciente, como para el servicio de salud. Sin embargo, estas referencias generalmente no se pueden realizar de forma oportuna debido a la falta de preparación de los

profesionales de la salud, los cuales intentan alargar la vida del paciente el mayor tiempo posible, y creen que darle atención paliativa limitaría sus esfuerzos y por ende, se estarían enfrentando a una muerte prematura de su paciente.

Desafortunadamente, a pesar de los beneficios que puedan significar el identificar y referir oportunamente a un paciente a cuidados paliativos, esta realidad no es generalizada. Isaac & Curtis (2020) indica que una de las barreras de la aplicación de los CP en UCI, es el creer que estos van dirigidos para pacientes en agonía. Además, añade que el rechazo por parte de la familia de un posible mal pronóstico del paciente y la falta de especialista, agrava aún más esta situación. Así mismo, Soto-Perez-de-Celis et al. (2019) refiere la necesidad de implementación de las directrices avanzadas (ADs), es decir, el documento legal realizado por el paciente, cuando aún se encuentra en buenas condiciones, expresando sus decisiones para el final de su vida. Este documento, permite mantener la autonomía del paciente, y evita posibles problemas legales después de su muerte.

9. Barreras de los cuidados paliativos en condiciones especiales

A lo largo de esta revisión bibliográfica se ha tratado acerca de los cuidados paliativos en una sala de hospital, en el domicilio, cuando el paciente tiene a su familia o cuidadores. Sin embargo, es importante cuestionarnos ¿Qué ocurre cuando estas condiciones no se cumplen?

Ditomas & Williams (2020) en su estudio "*Palliative care for incarcerated adults*" hablan de las barreras de los cuidados paliativos de las personas en prisión. Cualquier persona en la cárcel, tiene el riesgo de presentar enfermedades en estado avanzado incapacitantes, de 10 a 15 años más temprano que el resto de la población, aumentando su vulnerabilidad a no gozar de calidad de vida. La diferencia de cultura entre los cuidados paliativos y la prisión, limitan el desarrollo de los mismos, es decir, mientras los primeros se encargan de velar por la calidad de vida de los pacientes, en la prisión, este no es un tema de relevancia. Así mismo, hace referencia al limitado acceso a la atención en salud, en las prisiones, lo cual evita que el control de síntomas de los pacientes que tienen enfermedades

en estado avanzado, no sea óptimo, y, por ende, no tengan calidad de vida. Constituye una barrera para la medicina paliativa, el control de los síntomas y una calidad de vida óptima.

Así mismo, se conoce que la base de la medicina, independientemente de la especialidad, es la relación médico-paciente, algo que no se puede lograr en las prisiones ya que aquí, los pacientes creen que los médicos están de lado del sistema, y más no de su lado, provocando que la atención paliativa no se realice a cabalidad. El apoyo familiar es uno de los cimientos de los cuidados paliativos, sin embargo, en los prisioneros, esto generalmente no sucede, ya que, en su mayoría, han perdido todas sus conexiones debido a los actos cometidos, abuso de sustancias o demás situaciones que han provocado que en general, terminen su vida solos. Finalmente, el autor nos habla de la limitación al control de síntomas debido al elevado nivel de estrés en los pacientes que se encuentran en prisión, acompañado de un historial de abuso de sustancias que provoca que la administración de opioides sea mucho más limitada, provocando así que la atención paliativa que reciben sea muy pobre.

De la misma manera Kinderman & Brown (2019) nos muestra la realidad de los cuidados paliativos en las personas sin hogar, identificando algunas barreras para su aplicación. Por ejemplo, estas personas, tienen un acceso limitado a la atención en salud, no cuentan con un seguro médico y eso limita que reciban atención tanto al inicio de su enfermedad como en su etapa avanzada. Otra barrera que limita el control sintomático de los pacientes, es el gran número de comorbilidades que presentan generalmente, añadiendo el abuso de sustancias, lo cual limita el uso de opioides en estos casos. Al igual que en el estudio citado anteriormente, la falta de confianza en el sistema y la discriminación que reciben a diario, evita que las personas sin hogar puedan si quiera pensar en acceder a un programa de cuidados paliativos; situación que se agrava por la falta de apoyo gubernamental y no gubernamental que evita que estas personas puedan tener una atención en salud de calidad.

Es importante señalar que estos hechos discriminatorios, que dificultan la aplicación de los cuidados paliativos, no se centran solo en personas encarceladas o que no tienen hogar. Isaac & Curtis (2020) señala que los emigrantes, tienen menor posibilidad de ser ingresados en una UCI, en comparación con los pacientes locales; y muchas menos oportunidades de acceder a una atención paliativa.

Para la autora, reafirmar los objetivos de los cuidados paliativos, aliviando el sufrimiento de los pacientes, no debe cambiar, independiente de la condición del individuo que los necesita. Las personas sin hogar, personas que se encuentran en prisión y aquellos que deben emigrar de su país, merecen y necesitan ser tomados en cuenta dentro de la atención paliativa, por tal motivo, es indispensable la aplicación de programas de cuidados paliativos en estas situaciones, para poder brindar la oportunidad de que estos pacientes también lleguen al final de su vida sin dolor ni sufrimiento, gozando de calidad de vida, dentro de lo posible.

Conclusiones

A pesar del desarrollo que se ha tenido a nivel mundial en medicina paliativa, persisten muchas barreras para la adecuada implementación, accesibilidad y universalidad de los cuidados paliativos.

Las barreras para el desarrollo de los cuidados paliativos incluyen la falta de preparación de los médicos y demás profesionales del área de salud; la estigmatización de los CP y su relación con la muerte; la falta de apoyo gubernamental, el limitado acceso a opioides y la falta de conocimiento sobre su manejo y el elevado costo de los medicamentos.

El principal impulsor de la atención paliativa, es el médico, por tal motivo, éste debe estar capacitado y tener la preparación necesaria sobre la especialidad, con la finalidad de transmitir el conocimiento a los pacientes y familiares, y así evitar promover conceptos erróneos sobre los cuidados paliativos.

Las poblaciones en riesgo, como personas encarceladas, personas sin hogar y emigrantes, tienen menor acceso a los cuidados paliativos, en comparación con el resto de la población. Es importante incluir a los cuidados paliativos dentro de la formación en pregrado, con la finalidad de que, a futuro, todos los médicos, independientemente de su especialidad, conozcan las bases de la medicina paliativa y así mismo, lograr que un mayor número de profesionales incursionen en esta especialidad.

Es importante mantener la autonomía del paciente en todo momento, poniendo su bienestar y su sufrimiento, sobre el de su familia, ya que esto limita una atención paliativa óptima.

Existe un limitado número de publicación e investigaciones sobre cuidados paliativos, especialmente en Latinoamérica, lo cual constituye también una barrera para su óptimo desarrollo.

La atención paliativa no es un tema que corresponda solo a los médicos, sino también de los profesionales en enfermería, psicología, trabajo social, fisioterapia, entre otros; por lo cual es importante incluirlos dentro de los programas de educación, para así brindar una atención integral al paciente.

Se debe promocionar a los cuidados paliativos, informando a la población acerca del tema, para así romper esquemas y tabúes propuestos por la sociedad que limitan que las personas tengan el deseo de acceder a ellos, de forma oportuna.

Los gobiernos deben incluir los cuidados paliativos dentro de sus políticas y hacerlas cumplir, para asegurar la inclusión de los profesionales al sistema de salud y el beneficio a los pacientes y familias de tener una atención oportuna por un equipo de calidad.

Los cuidados paliativos han tenido un gran avance a lo largo de los años, sin embargo, existe aún un largo camino que recorrer; lo cual debe lograrse de manera conjunta, en una alianza entre médicos, sociedad y gobierno; con el objetivo de erradicar el sufrimiento de los pacientes que se encuentran en etapa avanzada de su enfermedad.

Referencias

- Aldridge, M. D., Hasselaar, J., Garralda, E., Van Der Eerden, M., Stevenson, D., McKendrick, K., Centeno, C., & Meier, D. E. (2015). Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: A literature review. *Palliative Medicine*, 30(3), 1–16. <https://doi.org/10.1177/0269216315606645>
- Babarro, A., Bermejo, J., Bertolino, M., Bonati, P., Borghero, Y., Bruera, E., Bunge, S., Calderón, J., Carrasco, M., Cortés, P., Cullen, C., De Lima, L., Del Río, I., Fierro, C., Frascino, N., Fuentealba, P., González, M., González, M., Guerrero, M., ... Wormald, F. (2010). *Medicina Paliativa y Cuidados Continuos* (A. Palma, P. Taboada, & F. Nervi (eds.)). https://cuidadospaliativos.org/uploads/2011/11/MEDICINA_PALIATIVA_baja.pdf
- Capurro, D., Ganzinger, M., & Pérez-Lu, J. E. (2013). Palliative care from a medical informatics perspective in Chile, Germany, and Peru. *Studies in Health Technology and Informatics*, 192(1–2), 1013. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-289-9-1013>
- Dávalos-Batallas, V., Mahtani-Chugani, V., López-Núñez, C., Duque, V., Leon-Larios, F., Lomas-Campos, M. D. L. M., & Sanz, E. (2020). Knowledge, attitudes and expectations of physicians with respect to palliative care in Ecuador: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113906>
- Ditomas, A. M., & Williams, B. (2020). Palliative care for incarcerated adults. *UpToDate*.
- Fadhil, I., Lyons, G., & Payne, S. (2017). Barriers to, and opportunities for, palliative care development in the Eastern Mediterranean Region. *The Lancet Oncology*, 18(3), e176–e184. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30101-8](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30101-8)
- Hawley, P. (2017). Barriers to Access to Palliative Care. *Palliative Care: Research and Treatment*, 10, 1–6. <https://doi.org/10.1177/1178224216688887>
- IAHPC. (2018). *Palliative Care Definition - International Association for Hospice & Palliative Care*. Houston, TX. <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>

- Isaac, M., & Curtis, J. R. (2020). Palliative care: Issues in the intensive care unit in adults. *UpToDate*. https://doi.org/10.1007/978-1-4471-2230-2_12
- Kain, D. A., & Eisenhauer, E. A. (2016). Early integration of palliative care into standard oncology care: Evidence and overcoming barriers to implementation. *Current Oncology*, 23(6), 374–377. <https://doi.org/10.3747/co.23.3404>
- Kinderman, A., & Brown, R. (2019). Palliative care for homeless persons. *Uptodate*. [https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-for-homeless-persons?search=advance care plan homeless&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H6806090](https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-for-homeless-persons?search=advance%20care%20plan%20homeless&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H6806090)
- Knaul, F. M., Farmer, P. E., Krakauer, E. L., De Lima, L., Bhadelia, A., Jiang Kwete, X., Arreola-Ornelas, H., Gómez-Dantés, O., Rodríguez, N. M., Alleyne, G. A. O., Connor, S. R., Hunter, D. J., Lohman, D., Radbruch, L., del Rocío Sáenz Madrigal, M., Atun, R., Foley, K. M., Frenk, J., Jamison, D. T., ... Zimmerman, C. (2017). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *The Lancet*, 391(10128), 1391–1454. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8)
- Leon, M., Florez, S., De Lima, L., & Ryan, K. (2011). Integrating palliative care in public health: The Colombian experience following an International Pain Policy Fellowship. *Palliative Medicine*, 25(4), 365–369. <https://doi.org/10.1177/0269216310385369>
- Lynch, T., Clark, D., Centeno, C., Rocafort, J., De Lima, L., Filbet, M., Hegedus, K., Belle, O., Giordano, A., Guillén, F., & Wright, M. (2010). Barriers to the development of palliative care in Western Europe. *Palliative Medicine*, 24(8), 812–819. <https://doi.org/10.1177/0269216310368578>
- Meier, D. E., & McCormick, E. (2019). Benefits, services, and models of subspecialty palliative care. *Uptodate*.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Cuidados Paliativos-Guía de Práctica Clínica*.

www.salud.gob.ec

- Ouimet Perrin, K., & Kazanowski, M. (2015). Overcoming Barriers to Palliative Care Consultation. *CriticalCareNurse*, 35(5), 44–51. <https://doi.org/10.1093/med/9780199739110.003.0005>
- Parajuli, J., Tark, A., Jao, Y. L., & Hupcey, J. (2019). Barriers to palliative and hospice care utilization in older adults with cancer: A systematic review. *Journal of Geriatric Oncology*, 11(1), 8–16. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2019.09.017>
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E. C., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., ... Pastrana, T. (2020). Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Sarmiento Medina, P. J., Díaz Prada, V. A., & Rodríguez, N. C. (2018). El rol del médico de familia en el cuidado paliativo de pacientes crónicos y terminales. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 45(5), 349–355. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.09.011>
- SECPAL. (2014). *Guía de Cuidados Paliativos*. www.secpal.com
- Soto-Perez-de-Celis, E., Chavarri-Guerra, Y., Pastrana, T., Ruiz-Mendoza, R., Bukowski, A., & Goss, P. E. (2019). End of Life Care in Latin America. *Journal of Global Oncology*, 3(3), 261–270.
- Tapera, O., & Nyakabau, A. M. (2020). Limited knowledge and access to palliative care among women with cervical cancer: An opportunity for integrating oncology and palliative care in Zimbabwe. *BMC Palliative Care*, 19(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-0523-5>
- Vallejo Martínez, M., Lino, N., & Quinto, R. (2017). Estudio de Pertinencia de los Cuidados Paliativos en Ecuador. *Oncología (Ecuador)*, 27(3), 238–252. <https://doi.org/10.33821/241>
- Yin, Z., Li, J., Ma, K., Ning, X., Chen, H., Fu, H., Zhang, H., Wang, C., Bruera, E., & Hui, D.

(2017). Development of Palliative Care in China: A Tale of Three Cities. *The Oncologist*, 22(11), 1–6. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2017-0128>