

TÍTULO: Equidad en cuidados al final de la vida, barreras y desafíos en Cuba

TIPO: Revisión.

AUTOR: Dra. Celita Mairely Celada Cifuentes*

*Especialista de I grado en Oncología Clínica y en Medicina General Integral. Labora en la clínica del dolor del Instituto Nacional de Oncología.

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9042-5517>

INSTITUCIÓN: Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología.

CORREO ELECTRÓNICO: cmcelada@infomed.sld.cu

PAÍS: Cuba

PROVINCIA: La Habana.

RESUMEN

Introducción: Los cuidados paliativos son un derecho de cada persona y la Organización Mundial de la Salud se pronuncia a favor de un servicio equitativo. En la redefinición por consenso, se advierte sobre la importancia de brindar los cuidados en esta etapa de la vida, debido al sufrimiento grave asociado a la salud. En Cuba constituyen un componente de la Estrategia Nacional del Programa Integral para el Control del Cáncer desde el 2012, y actualmente se fortalecen sus acciones a través del Grupo Especial de Trabajo de la Sección de Control del Cáncer del Ministerio de Salud Pública.

Objetivo: Identificar los principales requerimientos internacionales para la atención paliativa al final de la vida, las barreras y los desafíos en Cuba.

Método: Se realizó una investigación correlacional de las principales necesidades de cuidados paliativos, que promueve la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional de Hospicios y Cuidados Paliativos. Se describieron las barreras que enfrenta el país y los desafíos en término de equidad según las diferentes necesidades de las diferentes personas, para recibir los cuidados. Se analizaron los indicadores y los seis requerimientos planteados a los gobiernos, como parte del derecho a una vida digna.

Resultados: Al correlacionar las demandas internacionales de equidad, se encontró que el Derecho de Salud se incluye en la constitución de Cuba, como principal fortaleza. La atención sanitaria continuada en los diferentes niveles, el programa del adulto mayor y la atención materno infantil, protegen a los más vulnerables. El acceso de forma equitativa a los medicamentos para el alivio del dolor, tiene limitaciones impuestas por la pandemia de la Covid-19 y el bloqueo internacional, además de barreras como las insuficientes estrategias educativas en el pregrado y los mitos con el uso de opioides, entre otras. El desafío se proyecta

en fortalecer la calidad de los servicios, consolidar y divulgar el plan de cuidados con dos propuestas: mejorar la asistencia médica y el acceso equitativo a los medicamentos e insumos.

Conclusión: Cuba posee una estructura en salud capaz de sustentar cuidados paliativos equitativos, según los seis requerimientos internacionales. Las barreras existentes pueden ser modificadas con el esfuerzo colectivo. Se impone implementar el plan existente, con énfasis en la docencia. La equidad en cuidados al final de la vida, implica abrazar el concepto bioético y servir con lo que se tiene.

PALABRAS CLAVE: Equidad, cuidados paliativos, final de la vida.

INTRODUCCIÓN

Desde el siglo IV aparecen los primeros registros de cuidados paliativos, su enfoque inicial fue el cuidado de moribundos en hospicios. Con el pasar del tiempo, apareció una de las figuras más importantes en el desarrollo de los cuidados paliativos (CP) y de la medicina paliativa: Cecily Saunders, que con su trabajo evidenció la importancia de los cuidados y su impacto en la calidad de vida. El primer país en reconocer la medicina paliativa como una sub especialidad fue Gran Bretaña en 1987.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1986, reconoció los cuidados paliativos, y los promueve como parte de los Programas de Control de Cáncer, donde el alivio del dolor por enfermedades malignas, es una prioridad. Twyeross afirma que esta organización asumió un papel importante al impulsar estos cuidados y generar conciencia de esta necesidad.²

En el 2002, durante una revisión realizada en Latinoamérica sobre los cuidados paliativos, se describió la nueva definición:³ que es el cuidado activo e integral de pacientes, cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes, y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia.

Durante los años posteriores surgieron diversas definiciones en otros idiomas y de forma sorprendente, los cuidados paliativos adquirieron valor, no solo en el final de la vida, sino por el impacto positivo al considerarse desde el diagnóstico en cáncer. Esto generó un cambio de paradigma y en el 2003 se estableció el concepto de cuidados continuos en Oncología, (vigente en la actualidad), que denomina la continuidad de los cuidados hasta el domicilio⁴. Se generaron contradicciones entre los cuidados paliativos y los cuidados continuos, contando este último con mayor evidencia por los resultados en la sobrevivencia de pacientes con cáncer de pulmón;⁵ sin embargo, se mantiene la atención al final de la vida en ambas definiciones. Los cuidados paliativos se enfocan en el alivio del dolor y otros síntomas y los cuidados continuos, en el tratamiento de soporte desde el diagnóstico.

Lancet en el 2007 describió la carga global del sufrimiento grave, asociado a la carencia de cuidados paliativos en veinte condiciones de salud o grupos de enfermedades. Estos resultados

ampliaron los horizontes de los cuidados paliativos, e impulsaron la necesidad de redefinirlos. Con la participación de más de 400 miembros de 88 países, inició el Proyecto de la Asociación Internacional de Hospicios y Cuidados Paliativos (IAHPC).

Con el proyecto se llegó a una redefinición de cuidados paliativos que incluye la visión de continuidad en el cuidado: *Los cuidados paliativos son la asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con sufrimiento grave, relacionado con la salud debido a una enfermedad severa, y especialmente de quienes están cerca del final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores. (Rabruch et al. 2018)*⁶

Actualmente se mantiene especial atención de los cuidados paliativos al final de la vida, reiterando la importancia de su incorporación en todos los niveles, la OMS en su reporte anual 2019-2020 explica que alrededor de 57 millones de pacientes y familias, necesitan cuidados paliativos anualmente, 45% de ellos en el final de la vida y el 83%, no tiene o posee un bajo acceso a los opioides para el control del dolor.⁷

Las carencias de cuidados paliativos, afectando a los más vulnerables inspiró para que en el día mundial de cuidados paliativos celebrado el 9 de octubre 2021, el lema central fue: *no dejar a nadie atrás, equidad en el acceso a cuidados paliativos*,⁸

Un acercamiento de equidad en salud aparece dentro de la Bioética de Intervención, Garrafa⁹, propone rescatar el verdadero concepto de equidad:

Ya es hora de rescatar el verdadero sentido de equidad, que no representa lo mismo que igualdad. La igualdad es la consecuencia deseada de la equidad, siendo esa solamente el punto de partida para que se llegue hasta aquella. Es solamente por medio de las diferencias y de las necesidades diversas de los sujetos sociales que se puede alcanzar la igualdad. La igualdad no puede más ser tratada teóricamente como un punto de partida ideológico y abstracto, mirado exclusivamente de forma horizontal y que escondía las diferencias. (Garrafa, Oselka & Diniz, 1998).

En Cuba los cuidados al final de la vida forman parte de un plan, se reportan experiencias en cuidados paliativos desde la década del 90, primero en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR), luego en 1997 con la implementación oficial del Programa de Atención al Dolor y Cuidados Paliativos, como parte del Programa Nacional de Control del Cáncer.¹⁰

En el año 2006, se introdujo una novedad organizativa de los cuidados paliativos en la Atención Primaria de Salud (APS), con la creación de un proyecto de referencia en un municipio de La Habana, que facilitó que los enfermos y sus familiares pudieran acceder a una atención más especializada en el área, sin tener que desplazarse hacia los hospitales, aspecto que armonizó la interrelación entre las unidades de APS y los hospitales y/o equipos de soporte.¹¹

La demanda mundial de equidad en cuidados paliativos, impulsa este trabajo con el objetivo de identificar los principales requerimientos para la atención paliativa al final de la vida, la posibilidad de acceso equitativo, barreras y desafíos en Cuba durante el 2021.

MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos con términos de equidad, cuidados paliativos al final de la vida y Cuba, en un periodo de 10 años desde enero del 2011 a enero del 2021.

Dentro de los criterios de los estudios se incluyeron: artículos originales, consensos de organizaciones internacionales, guías de buenas prácticas clínicas y dos atlas de la Asociación Latinoamérica de Cuidados Paliativos.

Se realizó una investigación correlacional desde dos documentos principales:

Indicadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS): para evaluar el desarrollo general de los cuidados paliativos, se plantean indicadores de política, de educación, de prestación de servicios y de investigación¹²

Los indicadores de política requieren

- Existencia de un plano o programa actual de cuidados paliativos. (si/no)
- Cuidados paliativos incluidos en la prestación básica de la cobertura universal de salud.
- Leyes y reglamentos implantados para la prescripción segura y eficaz de opioides de acuerdo con los tratados de fiscalización internacional de drogas.

Indicadores de educación

- Proporción de escuelas de medicina que incluyen los cuidados paliativos como programa de estudio de pregrado.
- Proporción de escuelas de enfermería que incluyen los cuidados paliativos como programa de estudio.
- Numero de programas educativos especializados en cuidados paliativos.

Indicadores de prestación de servicio

- Inclusión de los cuidados paliativos en la lista de prestación de atención primaria.
- Número de servicios de cuidados paliativos por millón de habitantes.
- Número de médicos acreditados de médicos acreditados o especializados por millón de habitantes.
- Número de comunidades que poseen y prestan servicios de atención paliativa.

Indicadores de medicamentos

- Consumo de opioides fuertes por muerte a causa de cáncer (mg por número de defunción)
- Porcentaje de fallecidos que tuvieron acceso a cuidados paliativos.
- Número de pacientes en cuidados paliativos por 100 000 habitantes.

2. Sugerencias a los gobiernos para la inclusión de cuidados paliativos de la Asociación Internacional de Hospicios y Cuidados Paliativos (IAHCP)⁶:

Esta asociación identifica que para lograr la integración de los cuidados paliativos los gobiernos deben:

- Adoptar políticas y normas adecuadas que incluyan los cuidados paliativos en las leyes sanitarias, en programas nacionales de salud y en presupuestos nacionales de salud.
- Asegurar que los planes de seguro integren los cuidados paliativos como un componente de sus programas.
- Asegurar el acceso a medicamentos y tecnologías esenciales para el alivio del dolor y los cuidados paliativos, incluidas las formulaciones pediátricas.
- Asegurar que los cuidados paliativos formen parte de todos los servicios de salud (desde programas de salud comunitarios hasta hospitales), que todos sean evaluados y que todo el personal de salud pueda proporcionar cuidados paliativos básicos y cuenten con equipos especializados disponibles para referencias y consultas.
- Asegurar el acceso a cuidados paliativos a los grupos vulnerables, incluidos niños y personas mayores.
- Colaborar con las universidades, la academia y hospitales universitarios para incluir investigación y entrenamiento en cuidados paliativos como un componente integral de educación permanente, incluida la capacitación básica, intermedia y especializada, así como educación continua.

El término de equidad utilizado fue el de Garrafa (2015): *La equidad, o sea, el reconocimiento de necesidades diferentes, de sujetos también diferentes, para obtener objetivos iguales, es uno de los caminos del derecho a una vida digna, representado en esta discusión particular por la posibilidad de acceso a los sistemas sanitarios y a los medicamentos esenciales a la supervivencia humana en el mundo contemporáneo.*

Después de obtener la información se realizó un análisis que incluye lo alcanzado en Cuba, las principales barreras y los desafíos que se imponen para la equidad deseada en cuidados paliativos al final de la vida.

DISCUSIÓN

1. Resultados de Cuba en cuidados paliativos al final de la vida.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), equidad en salud es un componente fundamental de la justicia social, que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas. Se enfatiza que la mayoría de las diferencias son el resultado de procesos sociales, que crean y recrean diferencias en el acceso a la salud.¹³

En el 2020 estimó que cada año alrededor de 40 millones de personas necesitan de cuidados paliativos de los cuales el 78%, viven en países de ingreso bajo y mediano. Se pronunció a favor de superar varios obstáculos para atender la necesidad insatisfecha de asistencia paliativa, por falta de políticas y sistemas de salud que contemplen la asistencia paliativa. Las dificultades para

el acceso de la población a analgésicos opiáceos, el desconocimiento general del concepto de asistencia paliativa y de sus beneficios por obstáculos culturales y sociales.¹⁴

Para valorar con exactitud lo alcanzado en materia de equidad se debe recordar desde el 16 de octubre de 1953, cuando el líder histórico de la Revolución cubana relacionó la repercusión negativa sobre la salud poblacional con la situación socioeconómica, proyectándose para mejorar las determinantes de salud en Cuba.¹⁵

Tal como se destacó anteriormente, la salud fue constituida un derecho, que se materializó cuando se establecieron los principales programas de atención sanitaria. En 1984, con el inicio del Programa del Médico y la Enfermera de Familia, fue la principal respuesta. En 1988 se integraron acciones intersectoriales desde los tres niveles de salud y a este modelo, se le realizó un perfeccionamiento en el 2011 con el nacimiento de la Medicina General Integral.¹⁶

La primera estrategia de equidad que se identificó, fue el carácter social de la medicina en Cuba y el reconocimiento constitucional del derecho a la Salud:

La salud pública es un derecho de todas las personas y es responsabilidad del Estado garantizar el acceso, la gratuidad y la calidad de los servicios de atención, protección y recuperación. El Estado, para hacer efectivo este derecho, instituye un sistema de salud a todos los niveles, accesible a la población y desarrolla programas de prevención y educación, en los que contribuyen la sociedad y las familias. (Artículo 72 de la Constitución de la Republica 2019)

El derecho constitucional que puede estar presente en cualquier país, no es suficiente cuando el acceso a la salud está limitado, no a la condición de seres humanos como individuos, sino a la situación financiera necesaria, para que ese acceso se llevara a cabo.¹⁷

En la evaluación de los seis requerimientos que la IAHCPC hace a los gobiernos para integrar los cuidados paliativos; el primero y segundo se alcanzan a través del Sistema Nacional de Salud Pública, dentro de los programas priorizados. Cuba reconoce las poblaciones vulnerables a través de los programas de atención materna infantil y el programa del adulto mayor. Asegurar que los cuidados paliativos formen parte de todos los servicios de salud, inicia con tener la posibilidad de una asistencia médica sin importar la localización geográfica nacional, profesión, género o nivel económico.

El primer reporte nacional de cuidados paliativos en Cuba, fue expuesto en el Atlas de Cuidados Paliativos de la Sociedad Latinoamericana por un equipo de expertos formado por Jorge Grau Abalo, Margarita Chacón, María Cristina Reyes y Teresa Romero, donde se reconoce como fortaleza, la posibilidad de los cuidados paliativos domiciliarios, por medio del equipo básico de atención primaria.

La iniciativa liderada por la Sección Independiente para el Control del Cáncer del MINSAP, a través del Equipo Especial de Trabajo en Cuidados Paliativos permitió desde el 2012¹⁸, incorporar estos cuidados a la estrategia nacional de control del cáncer, que se implementa a partir del Programa del médico y la enfermera de la familia. Dentro de sus objetivos incluye:

- Favorecer el entrenamiento y capacitación de médicos, enfermeras, psicólogos, técnicos y otros profesionales.
- Educar al personal médico y a otros profesionales, técnicos y trabajadores de servicios en aspectos alrededor de la muerte, y su manejo con pacientes, familiares y cuidadores.

Bajo esta iniciativa se formaron diferentes cátedras para el desarrollo y capacitación de los profesionales, con interés en la atención paliativa.

Actualmente existen diferentes actividades educativas, se registran cursos en la capital del país y en otras provincias. El trabajo realizado por el policlínico universitario "XX Aniversario" es un ejemplo¹⁹. Los autores describen las necesidades latentes en cuanto a la formación de habilidades para la atención paliativa en el país. El 1er simposio Virtual de Enfermería Oncología celebrado del 4 al 9 de octubre del 2021, también aportó trabajos interesantes en materia de cuidados paliativos. Se reconocieron los diferentes esfuerzos y la importancia de replantear las barreras existentes para mejorar las estrategias.

Los tres indicadores de política se cumplen de forma positiva, al existir un programa actual de cuidados paliativos, prestación básica de la cobertura universal de salud y la existencia de leyes y reglamentos implantados para la prescripción segura y eficaz de opioides.

2. Barreras principales para un acceso equitativo.

Para exponer las principales barreras que impiden un acceso equitativo a los cuidados al final de la vida, es necesario recordar el concepto de barreras de acceso a los servicios de salud, donde se explica que son el conjunto de estrategias que se interponen para negar, dilatar o no prestar un servicio deseado.

Las principales barreras en cuidados paliativos fueron identificadas y descritas por representantes de Cuba, en el 2013²⁰ a partir del análisis de la matriz DAFO, con la que se identificaron como amenazas:

- Dificultades económicas del país que limitan la adquisición de productos y recursos deseables de mayor eficacia para el control de síntomas.
- Poca disponibilidad de servicios o unidades hospitalarias de cuidados paliativos, lo que dificulta el vínculo, entre los cuidados domiciliarios y los hospitalarios, así como el déficit de instituciones de larga estadía para los casos con condiciones inapropiadas en el hogar.
- El carácter biologicista de la especialidad de oncología, especialidad con las que surgieron los cuidados paliativos.
- Estigmatización del cáncer.

El Estado cubano en el presupuesto anual realiza una inversión cuantitativa para la atención sanitaria por constituir una prioridad, su gratuidad es una conquista a la que se da continuidad.

El sistema de salud en la atención primaria orientado a la comunidad, contribuye a la disminución de desigualdades e inequidades por la provisión de servicios médicos²¹. El obstáculo persiste en cuanto al acceso equitativo de recursos como medicamentos y enceres para la etapa final, que afecta el control sintomático. Dentro de los medicamentos que la OMS describe como esenciales se encuentran: analgésicos opioides, antidepresivos, ansiolíticos, anticonvulsivantes, neurolépticos²².

En la mayoría de los países pobres o periféricos como les llama la Bioética de intervención, las limitaciones para asegurar el acceso equitativo a medicamentos y tecnologías esenciales para el alivio del dolor tienen dos raíces: la carencia de un sistema de salud pública y el alto costo de los recursos. En Cuba existen limitaciones actuales que son el reflejo de una economía afectada por el bloqueo e impactada de forma desfavorable por las afectaciones de la Covid-19. El estado se proyecta con una estructura de distribución lo más equitativo posible, pero existen otras barreras internas que empañan este esfuerzo y es la venta ilegal de medicamentos. El 7 de agosto del 2021, la presidencia de Cuba se pronunció al respecto, abordando de manera crítica la situación que afecta a los más vulnerables²³.

Otra barrera importante es la docencia del pregrado y posgrado; aunque se crearon diferentes cátedras en cuidados paliativos, son escasos los cursos que se reportan en el pregrado. La facultad Manuel Fajardo está a la vanguardia y mantiene un curso desde 2019. En los últimos cinco años no se han emitido ediciones de diplomados y esta falta de continuidad en la formación, repercute negativamente en la asistencia médica. No formar a otras generaciones refleja un deterioro en la visión de país; los cuidados al final de la vida necesitan muchos corazones capaces de sentir la necesidad de los pacientes y familia, con conocimientos precisos para ser recíprocos a ese sufrimiento.

Las dos barreras anteriores repercuten de forma negativa en los indicadores de educación, servicio y medicamentos.

3. El desafío actual y propuestas para mejorar la atención paliativa al final de la vida.

Las barreras anteriores denotan un gran desafío para la equidad. Retomando el concepto de reconocer las diferentes necesidades de sujetos también diferentes, con el objetivo específico de los cuidados paliativos, se aprecian dos líneas de desarrollo: la posibilidad de acceso a los sistemas sanitarios y a los medicamentos esenciales.

Para mejorar la posibilidad de acceso al sistema sanitario, es fundamental fortalecer la calidad de los servicios, y consolidar los conceptos básicos, a través del plan elaborado desde el 2012 de cuidados del paciente al final de la vida, con la implementación de las tareas correspondientes.

La primera propuesta para la equidad, se fundamenta en mejorar la asistencia médica paliativa en todo el país:

- Actualmente por la distribución del médico de familia, se alcanza la atención domiciliar. El equipo: médico, licenciado en enfermería, licenciado en psicología y trabajador social, aportan desde su conocimiento la experiencia para detectar los principales problemas a enfrentar. Sin embargo, la atención al final de la vida enfrenta dilemas, por lo que es necesario un análisis holístico, interdisciplinario y el apoyo de profesionales con conocimientos en Bioética.
- Los síntomas más frecuentes que se enfrentan son: dolor, estreñimiento, ansiedad, depresión, delirio, náuseas, vómitos, astenia anorexia²⁴. Un colectivo de profesores junto a la SICC proporciono el libro *Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado 120 preguntas y respuestas*²⁵, que se distribuyó en todo el país. Esta es una herramienta que contribuye para el control de síntomas.
- Los indicadores de prestación de servicio incluyen los servicios básicos y los especializados. Para los servicios básicos, existe la necesidad de incorporar en el pregrado los conocimientos sobre los cuidados paliativos al final de la vida. El estudiante tiene contacto con estos pacientes durante toda la carrera, generando escenarios propicios para mejorar la formación ética en la relación médico-paciente-cuidador, el proceso del consentimiento informado, las consecuencias de la conspiración del silencio, las voluntades anticipadas, la adecuación del esfuerzo terapéutico.
- Reconocer las situaciones complejas, necesita profesionales especializados en cuidados paliativos y un manejo intrahospitalario para garantizar el respeto a la dignidad del paciente. En respuesta a esta necesidad, la SICC se proyectó de forma similar en conjunto con el aula virtual, con dos cursos para profesionales de la salud vinculados a estos cuidados.

La segunda propuesta se enfoca en el acceso equitativo a los medicamentos e insumos.

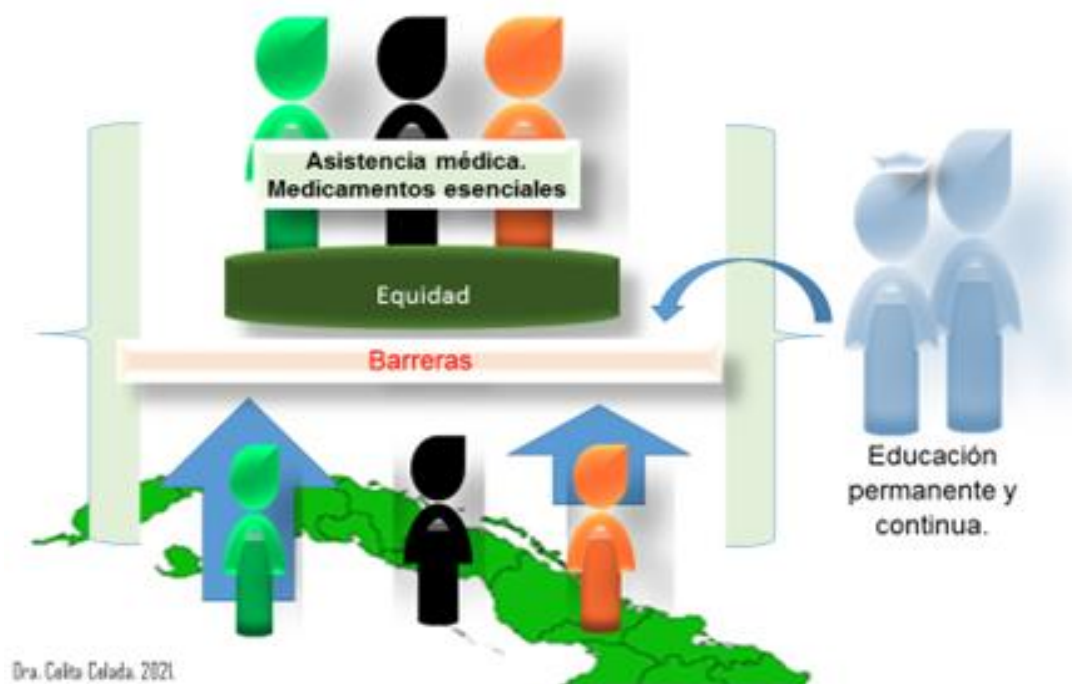
- El Sistema Nacional de Salud, posee un programa nacional de medicamentos. La adquisición de estos tiene dos fuentes: la producción nacional y la adquisición por importación. Dentro de la red farmacéutica hay cuatro tipos: La farmacia municipal principal posee un papel muy importante para el control de síntomas, su nivel de distribución incluye estupefacientes y sustancias psicotrópicas y brinda servicio las 24 horas del día. La farmacia comunitaria especial de área de salud, está directamente vinculada a los servicios del policlínico. La farmacia de atención hospitalaria y la farmacia comunitaria normal que responde a la atención primaria de salud, brinda servicio esencialmente a los consultorios de familia. Esta red de farmacias estatales mantiene los mismos precios y las mismas regulaciones en todo el país²⁶. La disponibilidad de los fármacos responde a las necesidades que tiene la población específica, por lo que es imprescindible identificar los pacientes paliativos para ajustar los recursos en determinadas localidades. En esta tarea todo el personal debe estar capacitado y sensibilizado, para disminuir las dificultades en el acceso y adherencia al tratamiento.
- El 87 % de la cantidad de morfina disponible en todo el mundo para fines médicos, se consumió en los países de ingresos altos, en los que vive el 12 % de la población mundial²⁷.

Aun con el aumento del consumo de opioides en Latinoamérica, aumentó de 4,8 mg/habitantes equivalentes de morfina en comparación con el promedio mundial de 58,11 mg/habitante, persisten dificultades para su uso médico. Dos estudios realizados en Cuba se relacionan con esto, el primero se realizó con especialistas en Medicina General Integral²⁸ y el segundo con profesionales de enfermería y Oncología²⁹, ambos revelaron mitos frecuentes que pueden impedir la prescripción aun cuando exista el medicamento. Con estos resultados es necesaria la capacitación en cascada de médicos y enfermeros, sobre los criterios en la prescripción de opioides.

- La posibilidad de acceso a los medicamentos puede verse empañado por una prescripción irresponsable que puede desviar el recurso³⁰. La concientización de valorar los recursos que se tiene y administrar según las necesidades reales, demanda el seguimiento médico y la continuidad de los servicios en los tres niveles de atención. Dar vigencia al programa existente para el control de la calidad en la prescripción médica.
- Una estructura sólida en referencia y contra referencia permite que todos los pacientes tanto en el hospital como en el domicilio, puedan recibir los tratamientos necesarios. Este proceso debe estar acompañado de un plan de cuidados domiciliarios y de una evaluación consciente de las necesidades individuales de cada familia. Se plantea un modelo único de contra-referencia.

El informe de la Alianza Mundial de Cuidados Paliativos y Hospicios junto a la Red Internacional de Cuidados Paliativos para niños, analiza la inequidad a nivel mundial en cuidados paliativos con cifras impactantes. En Cuba, el esfuerzo no es mínimo ante una tarea de gran magnitud, se pueden fomentar mejoras en estos cuidados, al introducir una cultura en cuidados paliativos con la participación de todos los ciudadanos. Se identificó la educación permanente y continua es el eslabón clave para alcanzar la equidad deseada como se ve en la gráfica a continuación.

Equidad en cuidados al final de la vida



CONCLUSIÓN

Cuba posee una estructura en salud capaz de defender los cuidados paliativos equitativos, según los seis requerimientos internacionales. Las barreras identificadas que afectan dos requerimientos pueden ser modificadas con el esfuerzo colectivo. Los desafíos actuales imponen no dejar a nadie atrás, por lo que es primordial enfatizar el tema en la docencia del pregrado con la participación de expertos. Equidad en cuidados al final de la vida, implica abrazar el concepto y servir con lo que se tiene.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Del Rio, I. Palma, A. Cuidados paliativos: historia y desarrollo. Boletín Escuela De Medicina U.C., Pontificia Universidad Católica De Chile Vol. 32 N°1 2007. Pp. 16-22

² Twycross, R. (2000) Medicina Paliativa: Filosofía y consideraciones éticas. Acta bioethica, 6(1), 27-46.

³ Bonilla P. Cuidados paliativos en Latinoamérica. Rev. Nutr. Clin. Metab. 2021;4(2):4-13.

⁴ Cabrera M. E. Arevalo, S. & Irigoyeb A. Cuidados paliativos una disciplina que humaniza la practica medica al final de la vida. Apuntes de Bioética, 4(1), 122-143.

⁵ Rodriguez Abreu, D. Resultados en el manejo del cáncer de pulmón avanzado en el hospital insular de las palomas de Gran Canaria entre los años 2009-2015. Las palmas de Gran Canaria, Escuela de Doctorado. noviembre 2020.

⁶ Radbruch Et Al. Redefining Palliative Cared A New Consensus-Based Definition Journal of Pain and Symptom Management Vol. 60 No. 4 Octubre 2020

⁷ Organización Mundial de la Salud. Reporte anual 2019-2020.

www.globalpalliativecare.org

⁸ Día mundial de los cuidados paliativos Asociación Latinoamérica de Cuidados Paliativos.

⁹ Garrafa, V; Oselka, G. & Diniz, D. Saúde pública, bioética e equidade. Bioética, 5(1):27-33, 1998.

¹⁰ Figueredo K, Cuidados paliativos: evolución y desarrollo en Cuba. Enfermería Global. 2011;10 (1).

¹¹ Romero T, Abreu G, Bermejo W, Monzón A. Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba. Pautas para la gestión de implementación. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017.

¹² Organización Panamericana de la Salud. Planificación e implementación de servicios de cuidados paliativos: Guía para directores de programa.

<https://irirs.paho.org/handle/10665.2/52784>

¹³ OPS/OMS Equidad en salud.

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5586:health-equity-egc&Itemid=0&lang=es

¹⁴ Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos, Datos y Cifras. 20 de agosto 2020

<https://www.who.int/es/news.room/fact-sheets/detail/palliative-care>

-
- ¹⁵ González, H. Papel de Fidel Castro en los determinantes sociales de la salud en Cuba. *Revista Cubana de medicina Militar*. 2018;47(4)
- ¹⁶ Placeres, J., Martínez J. El programa del Médico y enfermera de la familia a treinta años de su inicio. *Revista Médica Electrónica* 2014;36(2): 124-126.
- ¹⁷ Manchola C., Garrafa V., Cunha t., Hellmann F. El acceso a la salud como derecho humano en políticas internacionales: reflexiones críticas y desafíos contemporáneos *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7):2151-2160.
- ¹⁸ Colectivo de autores. Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba. Cuidados al final de la vida. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012.
- ¹⁹ Morales, RA, Adán, L., Sierra, L. Solas E., Medina V. Updating course on palliative care for cancer patients, for general Practitioners. *EDUMECENTRO*. 12(39, 289-308. 2021.
- ²⁰ Pastrana T., De Lima L., Pons Izquierdo J., Centeno C. Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica Edición Cartográfica 2013 <https://www.researchgate.net/publication/263768447>
- ²¹ Di Fabio, JL. Cofín R., Cofín J. Análisis del sistema de salud cubano y del modelo de atención primaria orientado a la comunidad. *Revista Cubana de Salud Pública* 2020;46(2): e2193 pp1-18.
- ²² Celada C. Valor de la prudencia al prescribir sustancias psicotrópicas, opioides o estupefacientes en pacientes paliativos. I Jornada Científica de Farmacología y Salud, Fármaco Salud Artemisa 2021.
- ²³ Martínez L., Puig Y. Grupo Temporal de Trabajo del Gobierno para el enfrentamiento de la COVID-19. No puede haber contemplación con la venta ilegal de medicamentos. 7 de agosto de 2021. <https://www.presidencia.gob.cu/es/noticias/no-puede-haber-contemplacion-con-la-venta-ilegal-de-medicamentos/>
- ²⁴ Cortijo-Palacios R, Contreras-Bello. Descripción y análisis de la sintomatología asociada al dolor en pacientes oncológicos en cuidados paliativos. *Revista Biomédica*. 2020;31(3). DOI: <http://10.32776/revbiomed.v31i3.781>
- ²⁵ Reyes Méndez, MC. Grau Abalo, J. A., Chacon Roger, M. Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas, Editorial Ciencias Médicas, Anexo 7. Pág. 272.
- ²⁶ Programa Nacional de Medicamentos, Ministerio de salud pública. Editorial Ciencias Médicas. Ecimed la habana 2014.
- ²⁷ WORLD DRUG REPORT 2020 United Nations publication, Sales No. E.20.XI.6).

²⁸ Garcia Capote M. E, Rabi Martínez M. C, Díaz Mayo C. Mitos en el uso de la Morfina entre profesionales de la salud. Revista Archivo del Hospital Universitario "General Calixto García" <http://www.revcaxltxto.sld.cu/index.php/ahcgelectronica> Vol 5, No. 1 2017

²⁹ Carrillo Y., Celada C., Hernández D., Navarrete C. Mitos de la morfina en el personal de enfermería que atiende a pacientes con cáncer. Enfermería 2019 XVIII Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería.

³⁰ Celada C. Intervención educativa en la prescripción de opioides a pacientes al final de la vida in I Jornada Científica de Farmacología y Salud. Fármaco Salud Artemisa 2021.