

Cuidados paliativos, un modelo de sostenibilidad en salud

Palliative care, a model of sustainability in health

DOI: <https://doi.org/10.26852/28059107.697>

Juan Bernardo Hoyos ¹

“El cambio climático, la pandemia de COVID-19 y nuestro deseo de vencer a la muerte tienen su origen en la ilusión de que tenemos el control de la naturaleza, no somos parte de ella”. (Sallnow *et al*, 2022)

Resumen

Se plantea en el texto los cuidados paliativos como modelo de atención en salud sostenible dado su enfoque holístico e interdisciplinario, y especialmente centrado en la persona (paciente, enfermo) y su familia, y que permite desde la planificación anticipada de los cuidados (uno de los pilares fundamentales de la atención paliativa), buscar la eficiencia en el sistema de salud, desde un enfoque de adecuación terapéutica que evita el sobrecosto en salud derivado de intervenciones médicas fútiles o desproporcionadas al final de la vida.

Palabras clave: *Cuidados paliativos, sostenibilidad, planificación anticipada de cuidados*

¹ Juan Bernardo Hoyos
Universidad Militar Nueva Granada
Estudiante Doctorado en Bioética

Introducción

Para iniciar la argumentación de este ensayo voy a referirme al informe Lancet de 2018 sobre el valor de la muerte (Smith, 2018), y su tesis central presentada por la comisión “todo, y especialmente la muerte, debe pensarse en el contexto de la crisis climática”.

“Se entiende que morir es un proceso relacional y espiritual más que un evento fisiológico/médico, reequilibrar la muerte y el morir dependerá de los cambios en los sistemas de muerte: los muchos factores sociales, culturales, económicos, religiosos y políticos interrelacionados que determinan cómo se entienden, experimentan y manejan la muerte, el morir y el duelo”.

El tratamiento en los últimos meses de vida es costoso y causa que las familias caigan en la pobreza en países sin cobertura universal de salud. En los países de ingresos altos, entre el 8% y el 11,2% del gasto anual en salud de toda la población se gasta en menos del 1% que muere ese año. Parte de este alto gasto está justificado, pero hay evidencia de que los pacientes y los profesionales de la salud esperan mejores resultados de lo probable, lo que significa que el tratamiento que pretende ser curativo a menudo continúa durante demasiado tiempo.

La Comisión Lancet sobre el valor de la muerte ha establecido los cinco principios de una utopía realista: una nueva visión de cómo podrían ser la muerte y el morir. Los cinco principios son:

1. Se abordan los determinantes sociales de la muerte, el morir y el duelo.
2. Se entiende que morir es un proceso relacional y espiritual más que un simple evento fisiológico.
3. Las redes de atención lideran el apoyo a las personas que mueren, cuidan y están en duelo.
4. Las conversaciones e historias sobre la muerte cotidiana, el morir y el duelo se vuelven comunes.
5. Reconoce que la muerte tiene valor.

La forma como impactamos los sistemas de muerte o la forma de morir tiene que ver todo con la atención en cuidados paliativos al final de la vida y propongo este enfoque como una estrategia de atención en salud sostenible, por la capacidad que tiene la atención paliativa de centrar la atención en las necesidades de cada paciente atendido y su familia y desde un marco relacional, donde la bioética aplicada a la atención médica toma todo el sentido y protagonismo, entendiendo los cuidados paliativos como la estrategia más cercana y en relación con la planificación anticipada de los cuidados y con la construcción de voluntades anticipadas en las personas que padecen una enfermedad incurable, irreversible y muchas veces intratable.

2.1 La Planificación Anticipada de los Cuidados como Camino

La planificación anticipada de los cuidados permite un enfoque en medicina paliativa cercano al paciente, ajustado a su realidad, que tiene bases científicas (Martina et al., 2022) y que reconoce la enfermedad (organicidad) como la base que ha modificado el equilibrio en la salud de la persona, pero donde se facilita la interacción y la comunicación, donde se puede construir un vínculo terapéutico interdisciplinario (intervenciones en todas las dimensiones de la persona) que es la base para la acción futura cuando la enfermedad cambie el curso o avance hacia la etapa final y se pueda evitar que se hagan intervenciones médicas costosas, desproporcionadas y que están lejos de lo que el paciente ha deseado, esto incluyendo ambientes hospitalarios fríos, hostiles y en ocasiones sin políticas de humanización e incluso sin la atención del final de la vida requerida.

Es importante reconocer que la atención al final de la vida tiene una huella de carbono sustancial y que es muy probable que la huella se pueda reducir drásticamente con mejoras en la atención de la muerte y el morir. (Smith, 2018)

Se presentan a continuación algunas de las estrategias que propongo que pueden reducir la huella de carbono desde la atención en cuidados

paliativos, algunas de ellas ya existen en nuestro sistema de salud, otras deberían ser implementadas o propender por metas de calidad en salud (también estrechamente relacionada con sostenibilidad):

1. Programas de atención interdisciplinarios de cuidados paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas, para todos los grupos etareos, en todos los niveles de atención en salud y en todos los regímenes de atención.
2. Programas de atención domiciliaria en cuidados paliativos con garantía de la calidad y continuidad que eviten desplazamientos de los pacientes y hospitalizaciones prolongadas.
3. Programas de alta temprana de hospitalización y gestión hospitalaria eficiente que promuevan los egresos hospitalarios.
4. Gestión de autorizaciones facilitada por tecnologías de la información que evite filas y desplazamientos a oficinas.
5. Rutas de atención para la entrega de medicamentos e insumos que incluya atención priorizada y domiciliaria.
6. Un sistema de información unificado de formulación de medicamentos e insumos que evite formulaciones repetidas, entrega de medicamentos duplicados y facilitar la entrega de medicamentos de alto impacto en el control sintomático en cuidados paliativos como los medicamentos opioides, un sistema que permita crear sistemas de alertas y comunicación entre áreas médicas y áreas de farmacia y suministros.
7. Promover por una política de banco de medicamentos, donación de medicamentos, esto regulado bajo estándares de calidad y seguridad en almacenamiento de moléculas, bajo un principio de solidaridad y cooperación y con liderazgo desde el aseguramiento en salud.
8. Promover por una política de banco de insumos, ayudas técnicas, ayudas en rehabilitación, con participación intersectorial y de organizaciones no gubernamentales, que permita una utilización y uso circular de estos insumos, y se promueva por una comunidad de cuidado y cooperación de usuarios.
9. Promover por la creación y mejoramiento de espacios tipo hospicio para el cuidado de personas en cuidados paliativos que facilitan la ubicación de pacientes que requieren cuidados paliativos hospitalarios básicos o de complejidad media y permiten menores tiempos de hospitalización, menor consumo de recursos en salud, evita infecciones nosocomiales y facilita la cercanía con la familia y la organización de las familias para el cuidado en casa, en otros casos el hospicio atiende los últimos días u horas de vida.
10. Educación a los profesionales en cuidados paliativos en la cátedra de sostenibilidad y sensibilización sobre las prácticas clínicas en disminución de huella de carbono.
11. Educación en cátedra de sostenibilidad a todos los profesionales en formación posgradual en cuidados paliativos de medicina, enfermería, psicología y trabajo social, como una iniciativa de divulgación y promoción de la sostenibilidad en salud desde cuidados paliativos.
12. Programas de cuidados paliativos con garantía de la calidad den salud con modelo NEWPALEX ® Mejorar la calidad de vida de las personas y sus familiares y aumentar la efectividad económica de los Sistemas de Salud. El método está basado en 200 parámetros que conforman un Sistema de Gestión Integral de mejora continua mediante Certificación específica que trabaja sobre lo asistencial y todas las áreas transversales de una organización, como contratación, comunicación, recursos humanos, marketing, sensibilización social o voluntariado, logrando la Excelencia. Disponible para todos los niveles de atención: domiciliario, ambulatorio y hospitalario.
13. Promover en la comunidad médica general la divulgación de las políticas públicas sobre voluntades anticipadas resolución 2665 de 2018 del ministerio de salud, por medio de la cual se reglamenta parcialmente la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho de suscribir el documento de voluntad anticipada, en la medida que se conoce esta resolución por el personal de salud y sobre todo desde los

- médicos tratantes, es posible promover y garantizar la firma de este documento y se podría prevenir incurrir en algunos tratamientos fútiles al final de la vida.
14. Promover en el público general, pero sobre todo a los enfermos en atención paliativa, el derecho que tiene a suscribir sus voluntades anticipadas, facilitando desde los equipos de salud la comunicación con los pacientes con un lenguaje adaptado a la realidad de los pacientes y sus familias y garantizando incluso el consentimiento sustituto o subrogado si es el caso.
 15. Alinear los objetivos de atención paliativa a las estrategias de gobierno corporativo o institucional que tengan dispuestas las IPS para disminuir la huella de carbono a nivel de instalaciones físicas (hospitales, clínicas y centros asistenciales), como extramural y domiciliario.
 16. Aprovechar los espacios de educación a los pacientes y sus cuidadores (talleres para cuidadores) para promover una cultura sostenible del cuidado, optimizando la forma de uso medicamentos, minimizando traslados, haciendo uso eficiente de medicamentos e insumos, con un enfoque de optimizar los recursos necesarios disponibles.
 17. Realizar con los pacientes, listas de chequeo sobre los medicamentos e insumos que usan y cuales medicamentos ya no son requeridos, o aún tienen disponibles para no realizar formulaciones no duplicadas o innecesarias.
 18. Promover la correcta disposición de residuos hospitalarios que los pacientes usan en sus domicilios y dejar clara la ruta sanitaria para su disposición y desecho.
 19. Trabajar de forma interdisciplinaria con las especialidades médicas relacionadas con la atención del paciente para considerar de acuerdo con los criterios científicos, el momento en que se deba dar paso a la adecuación terapéutica, en un enfoque gradual y en comunicación con la familia del paciente.
 20. No olvidar la mirada bioética en todo el ciclo de atención clínica paliativa; la bioética como disciplina que nos da el enfoque de cuidado en la relación del hombre como ser vivo en el cuidado y permanencia del planeta, resaltando

que la atención en salud sostenible implica calidad en la atención y protección a la persona vulnerable, pero que precisa de un equilibrio con el gasto en salud, para propiciar la eficiencia en la atención paliativa al final de la vida, en el marco de un sistema de salud sostenible.

21. Las intervenciones terapéuticas grupales o individuales en para pacientes en atención paliativa, que puedan hacerse al aire libre o sin consumo energético o de plásticos se deberían promover, caminatas, paseos en bicicleta, terapias al aire libre y con uso de aditamentos o insumos reutilizables.
22. Las intervenciones sobre el autocuidado de los profesionales de la salud de cuidados paliativos, tales como conferencias, capacitaciones, jornadas de ejercicio físico, retiros espirituales o de descarga emocional, y demás estrategias de autocuidado, se debería procurar, por realizarlas en espacios abiertos, y con mínimo impacto ambiental

3. La Necesidad de Crecimiento de los Cuidados Paliativos en Colombia (contraargumentación).

3.1 Cuidados Paliativos en la Agenda de Salud Pública

Morir en el siglo XXI es una historia de paradojas, aunque muchas personas son tratadas en exceso en los hospitales, aún son más las que siguen sin recibir el tratamiento adecuado y mueren por afecciones prevenibles y sin acceso a analgésicos básicos.

En los últimos años, en Colombia se ha visto un importante desarrollo de los cuidados paliativos. Según el último mapa global de cuidados paliativos, el país cuenta con una provisión generalizada de estos servicios. No obstante, el observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos, ha identificado enormes brechas y disparidades entre las regiones, produciendo inequidades en el acceso a estos servicios en personas que residen en ciudades intermedias, zonas rurales y alejadas del territorio. (Sánchez-Cárdenas *et al.*, 2021).

Algunas de las estrategias de salud pública que propone el plan nacional de cuidados paliativos a 2026 (Antonio, 2021) se describen así: “se debe propender por aumentar los servicios especializados de cuidados paliativos para adultos y niños, incrementar la capacidad de los programas de atención domiciliaria para ofrecer cuidados paliativos de calidad, mejorar la colaboración y coordinación entre los servicios de cuidados paliativos incluso proponiendo alianzas con los sistemas de salud indígena o de otros grupos poblacionales en caso de ser necesario”.

Se mencionan algunas propuestas como: Implementar un programa de telemedicina en cuidados paliativos que permita orientar el manejo de pacientes en las regiones sin oferta de servicios de cuidados paliativos, establecer un programa de monitoreo del uso y distribución de medicamentos opioides en el territorio, e incluso incrementar un programa regional de acompañamiento y soporte social a la persona con necesidades paliativas y su familia.(Sánchez-Cárdenas *et al.*, 2022)

La calidad de atención en cuidados paliativos está afectada por problemas de la cobertura actual de cuidado paliativos en Colombia y la cobertura en salud está relacionada con la calidad en salud y así mismo con la sostenibilidad en salud, tal como la refiere el informe LANCET sobre calidad en salud (Kruk *et al.*, 2018): La cobertura sanitaria universal puede ser un punto de partida para mejorar la calidad de los sistemas de salud.

De los factores de calidad que menciona el informe más relacionado con cuidados paliativos a destacar son: “Los cimientos de los sistemas de salud de alta calidad incluyen la población y sus necesidades y expectativas de salud, la gobernanza del sector de la salud y las alianzas entre sectores, las plataformas para la prestación de atención, el número y las habilidades de la fuerza laboral, y las herramientas y los recursos, desde medicamentos hasta datos”.

En todos estos temas que menciona el informe Lancet 2018 en Colombia se han hecho avances y se

cuenta con una ley nacional de cuidados paliativos del año 2014: Consuelo Davis Saavedra(Saavedra) en la que falta implementación, y en la campaña del año 2021 sobre el día mundial de los cuidados paliativos el ministerio de salud y protección social de Colombia reconoce esta necesidad:

“En Colombia a pesar de los avances en proporcionar cuidados paliativos en los últimos años, aún queda un gran trabajo por realizar, según el observatorio colombiano de cuidados paliativos 3 de cada 10 colombianos falleció necesitando cuidados paliativos lo que implica un gran reto para todos los actores del sistema de salud y la sociedad en general para disminuir las barreras de acceso a cuidados paliativos a la población en general pero particularmente a los que son más excluidos”.

El Ministerio de Salud y Protección Social está trabajando en el desarrollo de estrategias y generación de espacios de articulación con diferentes actores para una construcción conjunta y articulada de planes encaminados a obtener resultados a corto, mediano y largo plazo para lograr disminuir barreras de acceso a cuidado paliativo.

3.2 Formación en Cuidados Paliativos

Desde la formación de profesionales en cuidados paliativos ha crecido en los últimos años la oferta de programas de posgrado en enfermería y medicina, en consulta de la página de SNIES del ministerio de educación para marzo de 2023 existen 10 programas con registro calificado de especialización médico quirúrgica para médicos en medicina del dolor y cuidados paliativos: 7 programas en Bogotá y Cundinamarca y 3 programas en Medellín, existen 2 programas de enfermería en cuidados paliativos en Bogotá, 1 programa de especialización en enfermería en cuidados paliativos en Bogotá, 1 programa de maestría en cuidados paliativos en Bogotá, con énfasis en investigación para profesionales de la salud y un posgrado de psicología de los cuidados paliativos en Medellín.

Como se puede entender el desarrollo de los programas de educación en posgrado en cuidados paliativos está muy centrado en las regiones de Bogotá y

Antioquia, con menor desarrollo en otras regiones del país lo que sugiere que aunque ha habido en los últimos años un desarrollo importante y creciente de los programas de posgrado, es necesaria la creación de nuevos programas de posgrado en otras regiones del país y que se garantice la sostenibilidad y expansión de los programas existentes con garantías del orden gubernamental.

De la misma forma según el informe del observatorio colombiano de cuidados paliativos para el año 2021 en la formación de pregrado medicina en Colombia sólo el 11% de programas de medicina incluyen formación en cuidados paliativos y el 27% programas de enfermería incluyen formación en cuidados paliativos, lo que también es una invitación a los jefes de currículo de los programas de pregrado de ciencias de la salud e incluso de todos los pregrados o ciencias afines, en la inclusión de la cátedra de cuidados paliativos como derecho humano en salud y bienestar, acorde con los objetivos de desarrollo sostenible.

3.3 Calidad en la Atención Paliativa

Algunas iniciativas en la garantía de la calidad en cuidados paliativos como la de la fundación New Health foundation España, con su método New Pallex®: El método está basado en 200 parámetros que conforman un Sistema de Gestión Integral de mejora continua mediante la certificación específica que trabaja sobre lo asistencial y todas las áreas transversales de una organización, como contratación, comunicación, recursos humanos, marketing, sensibilización social o voluntariado, buscando la excelencia. Este método está disponible para todos los niveles de atención: domiciliario, ambulatorio y hospitalario, esta metodología se está implantando en organizaciones de salud y prestadores de servicios de salud en varios países del mundo, presentes en Colombia, Brasil, República Dominicana, Perú, USA, El Salvador y España. En Colombia existen 88 programas de cuidados paliativos en proceso de certificación en la metodología o ya en proceso de recertificación, lo que hace que existan unos indicadores y metas del cuidado definidas con asesoría de expertos en calidad y gestión en salud.

3.4 Disponibilidad de Medicamentos

Las políticas restrictivas sobre la disponibilidad de opioides afectan el desarrollo de cuidados paliativos en los países. En el caso de Colombia, los medicamentos tipo opioide utilizados para el manejo del dolor y otros síntomas, son vigilados y controlados por el Ministerio de Salud y Protección Social a través del Fondo Nacional de Estupefacientes – FNE. Como marco regulatorio del uso de este tipo de sustancias se cuenta con la Resolución 1478 de 2006, que describe los requisitos para las actividades relacionadas con las sustancias controladas entre las que se incluyen las de tipo opioide.

Existen barreras de disponibilidad y acceso a los opioides en Colombia, las cuales están relacionadas con la estructura disponible para garantizar un suministro equitativo. Desde el punto de vista de los prescriptores, los problemas relacionados con la disponibilidad de las farmacias, la prescripción y el costo de los medicamentos, obstaculizan el tratamiento adecuado del dolor.(López Velasco, 2022). En un estudio encuesta publicado en el año 2022 se entrevistó a 1208 prescriptores invitados, 806 (66.7%) respondieron la encuesta con respecto a disponibilidad de opioides: el 76,43% reportó barreras. La barrera más citada fue la relacionada con las "farmacias autorizadas por las aseguradoras de salud", donde los opioides con frecuencia no están disponibles. Sobre el acceso a estos medicamentos: el 74,6% reportó barreras. se menciona con mayor frecuencia la "Dificultad para obtener la autorización de pago de medicamentos por parte de las aseguradoras". Se observaron diferencias significativas entre regiones y "costos" ($p=0,02$). La falta de coordinación entre las entidades de adquisición y distribución afecta la disponibilidad. La limitada conciencia y los procedimientos burocráticos afectan la accesibilidad.(López Velasco, 2022).

Por lo que el estudio concluye que es necesario analizar la estructura de distribución de los medicamentos opioides en Colombia, su disponibilidad y control de dichos medicamentos y la capacidad de las entidades del orden nacional de garantizar un suministro equitativo, en particular en las regiones menos pobladas, rurales o remotas.

3.5 Cultura de la Muerte En Casa

El entorno social y cultural de la muerte, esencial para proporcionar significado, conexión y apoyo de por vida a quienes están de duelo, corre el riesgo de desaparecer. Los profesionales de la salud no pueden sustituir el sentido de coherencia, los rituales y las tradiciones, ni el apoyo mutuo a largo plazo que las familias y las comunidades brindan a las personas que están muriendo o en duelo. Medicalizar intensivamente la muerte y prolongar la vida con tecnologías médicas no puede ser el camino que defina el fallecimiento asistido de los pacientes en todos los casos, es necesario educar en el retorno de la cultura del cuidado y asistencia de los pacientes en sus casas, en el seno de su hogar, en seguimiento desde los servicios de salud en programas de atención domiciliaria.

Para el retorno a la cultura de morir en casa y a reforzar la ayuda y cooperación entre los ciudadanos se ha desarrollado la iniciativa de ciudades o comunidades compasivas, “las comunidades compasivas proviene de la propuesta de ciudades saludables adoptada por la Organización Mundial de la Salud, que ha permeado la salud pública y los cuidados paliativos; esta busca complementar la atención sanitaria promoviendo la responsabilidad ciudadana por el cuidado de sus enfermos y la generación de redes de apoyo”(Prada *et al.*, 2017).

El principal objetivo de las comunidades compasivas en el mundo es mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades avanzadas, mediante el empoderamiento de su grupo social, ayuda en las tareas y satisfacción de las necesidades de cuidado. Las comunidades han surgido en diversas localizaciones y logran estos objetivos desde diferentes miradas y acciones. Esta estrategia es útil para empoderar a las comunidades del cuidado de sus enfermos y servir como un complemento eficaz en cuidados paliativos, particularmente en contextos donde estos están en fase de desarrollo.(Prada *et al.*, 2017).

Empoderar a las comunidades, facilitar en las personas los conocimientos, la cultura del cuidado, la

cooperación y ayuda, la solidaridad, el civismo y el respeto por la persona que sufre, es una tarea en salud pública del orden nacional, regional y local que debe ir de la mano de la participación de todos los sectores y con el compromiso gubernamental, no se trata de una tarea fácil, pero haría parte de las iniciativas que permiten la participación ciudadana en el cuidado de la salud colectiva en la comunidad y con impacto social de gran valor.

3.6 Cuidados Paliativos en la Comunidad

Promover los cuidados paliativos como un derecho humano es una prioridad en salud pública, pero dar cumplimiento a este derecho implica también la ayuda de la comunidad, cambiar progresivamente la cultura de medicalización de la muerte por una cultura de “medicalización regulada” en la siempre existirá la necesidad de dar cuidados en hospitales, clínicas y hospicios (como modelos de cuidados transicional y de final de la vida) pero en la mayoría de los casos el cuidado ser supervisado y guiado en el hogar con la ayuda de voluntarios de la comunidad, con apoyo de organizaciones sociales o fundaciones y con un modelo de comunidades compasivas en un trabajo en red con hospitales, centros de atención y servicios domiciliarios.

Para muchas comunidades, la enfermedad, la muerte y el duelo son momentos en los que las conexiones son más fuertes. Las perspectivas religiosas, filosóficas y espirituales sobre la muerte y el morir son fundamentales para comprender los diferentes sistemas de muerte, informando muchos de los supuestos, valores y comportamientos implícitos que los definen.(Sallnow *et al.*, 2022). Permitir los rituales, dar espacio para las palabras, los gestos, las miradas, silencios y ceremonias, la comprensión de la muerte desde cómo quiere ser vivida por el paciente y su familia debería ser adecuadamente garantizado desde los servicios de cuidados paliativos, y donde se vuelve de vital importancia el acompañamiento emocional y espiritual.

3.7 Educación a los Cuidadores de Personas Enfermas

Pero para poder dar cuidados en casa las familias o cuidadores requieren de capacitación para esos cuidados, la Comisión Lancet sobre Mujeres y Salud descubrió que las mujeres contribuyen con casi el 5% del producto interno bruto mundial a través del cuidado de la salud y que aproximadamente la mitad de esto es trabajo no remunerado (Mackinnon, 2009), por lo que el cuidado parece ser un asunto relacionado con las mujeres por estigmatización y tradición, este trabajo es en muchas ocasiones invisible, no remunerado y poco valorado.

Los cuidadores familiares y las familias de pacientes al final de la vida requieren de intervenciones integrales, seguimiento y control por parte de los profesionales en salud. (Sierra Leguía *et al.*, 2019). La atención de los profesionales a las necesidades de los cuidadores puede tener efectos poderosos en para el alivio de la ansiedad, reducir el aislamiento y permitir que los familiares se sientan importantes en el proceso de atención (Totman *et al.*, 2015).

De esta manera, como se ha expresado es necesario que exista desde los equipos de cuidados paliativos un programa de atención y seguimiento al cuidado del cuidador con y que tenga colaboración de todos los integrantes de los equipos de cuidados paliativos ya que deben existir espacios de capacitación y educación a los cuidadores, donde se permita aclarar dudas, comunicar cambios, alertas o signos de alarma e incluso detectar el fenómeno sobrecarga del cuidador, o en algunos casos el riesgo de abandono del cuidado o también el riesgo en la salud de cuidador.

3.8 Interseccionalidad, Integralidad e Interdisciplinariedad

Pero para poder dar cuidados en casa la aplicación del concepto de interseccionalidad es fundamental para una comprensión sistémica de la muerte, el morir y el duelo contemporáneo. Diferentes aspectos de la vida de las personas se cruzan para determinar cómo mueren o se afligen, y reconocer las diferencias puede ayudar a mover los sistemas más allá de un modelo tradicional basado en el cuidado de la salud occidental. (Sallnow *et al.*, 2022)

El enfoque de cuidados paliativos que significa presencia, acompañamiento, apoyo a las personas, las familias y las comunidades potenciando el desarrollo de sus propias capacidades y conexiones entre sí: "Las relaciones, los simples lazos humanos entre nosotros, son la base de una buena vida... Sin lazos fuertes con los demás, o con relaciones poco saludables, muy pocos de nosotros podemos sentirnos realizados, o incluso funcionar" (Cottam, 2018)

Si queremos sobrevivir a la crisis climática, casi todo tendrá que cambiar, incluida la atención médica, la atención al final de la vida e incluso la forma en que realizamos el funeral de nuestros muertos.

Un enfoque reduccionista y lineal que no reconozca la complejidad del sistema de muerte no logrará el reequilibrio necesario. (Sallnow *et al.*, 2022) Los hospitales están cambiando su cultura para reconocer abiertamente la muerte y el morir; los sistemas de atención de la salud están comenzando a trabajar en asociación con los pacientes, las familias y el público en estos temas y a integrar la atención holística de los pacientes en final de la vida en todos los servicios de salud.

Conclusiones

“La atención médica tiene un papel en el cuidado de los moribundos, pero las intervenciones al final de la vida suelen ser excesivas, excluyen las contribuciones de familiares y amigos, aumentan el sufrimiento y consumen recursos que de otro modo podrían usarse para satisfacer otras necesidades”.(Smith, 2018)

En muchos países, existe evidencia del uso excesivo de cuidados agresivos para pacientes moribundos y la infrautilización simultánea de cuidados paliativos apropiados.

A pesar de la evidencia de que la mayoría de las personas en todo el mundo preferirían morir en casa, aproximadamente la mitad muere en el hospital.

El uso excesivo de cuidados intensivos al final de la vida en el Reino Unido, por ejemplo, incluye la inserción inútil de sondas de gastrostomía endoscópica percutánea y la administración de quimioterapia que acelera la muerte.

Reequilibrar la muerte y el morir con atención del final de la vida por las familias y la comunidad y con los profesionales de la salud como sostenedores no líderes del proceso de atención.

Empoderar a las personas y a las comunidades en el trabajo en cuidados paliativos en la comunidad y propiciar ambientes de atención domiciliaria para “des medicalizar” la muerte.

Referencias bibliográficas

Antonio, S. C. M. (2021). Plan de Acción 2021-2026. 45. <https://asocupac.org/wp-content/uploads/2022/03/Consultando-Entorno-Positivo-para-los-Cuidados-Paliativos-en-Colombia.pdf>

Cottam, H. (2018). *Radical help: How we can remake the relationships between us and revolutionise the welfare state*. Hachette UK.

Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development.

Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*, 6(11), e1196-e1252. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30386-3)

López Velasco, A. (2022). Disponibilidad y accesibilidad de los opioides para manejo del dolor y cuidado paliativo en Colombia: estudio tipo encuesta.

Mackinnon, C. J. (2009). Applying feminist, multicultural, and social justice theory to diverse women who function as caregivers in end-of-life and palliative home care. *Palliat Support Care*, 7(4), 501-512. <https://doi.org/10.1017/s1478951509990514>

Martina, D., Kustanti, C. Y., Dewantari, R., Sutandyo, N., Putranto, R., Shatri, H., . . . Rietjens, J. A. C. (2022). Advance care planning for patients with cancer and family caregivers in Indonesia: a qualitative study. *BMC Palliat Care*, 21(1), 204. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01086-0>

Prada, A. R., Gómez, J. C., Daveloza, A. K., & Benjumea, A. Z. (2017). Comunidades compasivas en cuidados paliativos: revisión de experiencias internacionales y descripción de una iniciativa en Medellín, Colombia. *Psicooncología*, 14, 325.

Saavedra, L. C. D. Ley 1733 DE 2014. *Diario Oficial*(49.268).

Sallnow, L., Smith, R., Ahmedzai, S. H., Bhadelia, A., Chamberlain, C., Cong, Y., . . . Wyatt, K. (2022). Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. *Lancet*, 399 (10327), 837-884. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)02314-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)02314-x)

Sierra Leguía, L., Montoya Juárez, R., García Caro, M. P., López Morales, M., & Montalvo Prieto, A. (2019). Experiencia del Cuidador familiar con los cuidados paliativos y al final de la vida. *Index de Enfermería*, 28(1-2), 51-55.

Smith, R. (2018). Lancet Commission on the Value of Death. *Lancet*, 392(10155), 1291-1293. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)32388-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)32388-2)

Sánchez-Cárdenas, M. A., León Delgado, M. X., Rodríguez-Campos, L. F., Parra, S. L., Antolinez, A. M., Gama González, A. C., . . . Wiesner Ceballos, C. (2022). Estado actual de los cuidados paliativos en Colombia: reporte técnico 2021.

Sánchez-Cárdenas, M. A., León, M. X., Rodríguez-Campos, L. F., Morales, J. E. C., Reyes, L. A. B., Villanueva, M. A. V., . . . Centeno, C. (2021). The development of palliative care in Colombia: an analysis of geographical inequalities through the application of international indicators. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(2), 293-302.

Totman, J., Pistrang, N., Smith, S., Hennessey, S., & Martin, J. (2015). 'You only have one chance to get it right': A qualitative study of relatives' experiences of caring at home for a family member with terminal cancer. *Palliat Med*, 29(6), 496-507. <https://doi.org/10.1177/0269216314566840>

<https://hecaa.mineducacion.gov.co/consultaspublicas/programas>