

## Cuidados paliativos: evolución y tendencias

Camilo Ernesto Pino Navarro\*

### RESUMEN

Los cuidados paliativos y hospicios han evolucionado rápidamente desde finales de los 60'. El trabajo pionero de Cicely Saunders fue fundamental para llamar la atención sobre las necesidades de cuidados de fin de vida en pacientes con enfermedad maligna avanzada, y ha llevado al reconocimiento reciente de los cuidados paliativos como un área de especialización médica influenciando las expectativas de las comunidades y gobiernos. Esta área ofrece una serie de contribuciones únicas al avance de los cuidados de fin de vida. Quizás su más valorable contribución está en proveer un modelo de atención que se dirige a las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales de todos los pacientes manejados por un equipo multidisciplinario. La asistencia médica a pacientes en fase terminal ha evolucionado en muchos aspectos y a menudo ha estado estrechamente relacionada a la oncología, no obstante, las necesidades mundiales por este tipo de cuidados son aún mucho más grandes que las provisiones disponibles. Por fortuna existen signos alentadores de reconocimiento por parte de los gobiernos y organismos influyentes, y el interés en los cuidados paliativos nunca ha sido mayor. Este artículo describe la historia moderna de estos cuidados en todo el mundo y concluye en algunos aspectos actuales y retos futuros. (MÉD. UIS. 2009;22(3):246-51).

**Palabras clave:** Cuidados paliativos. Cuidados de fin de vida. Muerte. Historia. Evolución.

### INTRODUCCIÓN

El cáncer se ha convertido en un tema de actualidad teniendo en cuenta que gracias al envejecimiento de la población su incidencia ha aumentado progresivamente y su mortalidad ha incluso superado la asociada a enfermedades cardiacas. Como consecuencia se estima que en el curso de los próximos 40 años, la demanda en materia de servicios en cuidados paliativos aumentará significativamente. Sumado a esto se encuentran los tratamientos cada vez más eficaces para prolongar la vida que han llevado a que la sociedad deba resolver espinosos problemas éticos y jurídicos, ligados al uso apropiado de los recursos de salud y a la calidad de los cuidados.

Los programas en cuidados paliativos permiten a los pacientes tener más control sobre sus vidas, manejar de manera más eficaz el dolor y los síntomas y de suministrar un sostén a las familias. Sin embargo,

su desarrollo a lo largo de su reciente historia ha tenido que afrontar diversos desafíos que aún se traducen en desigualdad de acceso a los servicios. Este tema es amplio y engloba varias perspectivas. Nosotros nos enfocaremos en repasar su historia y en descubrir los alcances actuales y futuros de esta nueva especialidad médica.

### EL HOMBRE ANTE EL DOLOR Y LA MUERTE

La muerte ha sido por definición: "el cese de la vida", "culminación", "fin", "extinción", "destrucción", "ruina del cuerpo". Sin embargo, las concepciones religiosas y las creencias en el más allá, al estar tan impregnadas en el hombre, "... han influenciado y contribuido para que la muerte no sea vista sólo como el cese de la vida física, sino también como el paso a otra vida..." (Vovelle. 1985:66). La preocupación humana por la muerte se remonta a los orígenes del Homo sapiens, lo que ha llevado a afirmar que lo que hoy nos distingue como humanos, la autoconciencia y conciencia de muerte, son producto de un extenso proceso desarrollado durante un largo período de nuestra historia filogenética. Desde que el hombre toma conciencia de la finitud de su existencia, el cadáver recibe una atención y tratamiento especial, valiéndose para ello de diferentes técnicas: embalsamamiento, cremación, necrofagia, momificación, abandono del cadáver en lugares lejanos, preparación de tumbas, etc;

\*MD. Estudiante de Maestría en Epidemiología. Universidad Laval. Maison Michel Sarrazin réseau de soins palliatifs. Québec. Canadá.

Correspondencia: Dr. Pino. 01-3410, Carré Roland-Couillard. Code postal: G1W2L6. Québec. Canada. e-mail: caerpino@gmail.com

Artículo recibido el 23 de agosto de 2009 y aceptado para publicación el 2 de noviembre de 2009.

cuya finalidad es lavar el trauma provocado por la idea de aniquilamiento. Las sepulturas, rituales, y técnicas mortuorias se modificaron según las épocas, lugares y rango social del difunto y testimonian la irrupción de la conciencia de la muerte en la comunidad humana<sup>1,2</sup>.

La actitud del hombre frente a la muerte ha cambiado a través de los siglos, una muestra de ello se puede apreciar en la edad media, específicamente entre los siglos VI y XII donde la muerte se consideraba como un proceso avisado por señales naturales o místicas que llevaban al moribundo a organizar el protocolo o ritual de su proceso de muerte “la muerte domesticada”. En este ritual, la habitación del moribundo se tornaba en un espacio público al que acudían y participaban una gran cantidad de personas; todo el mundo quedaba así convocado a la agonía, al proceso de la muerte. Cuando ésta llegaba, lo que correspondía era reconocerle el poder, rendirse a ella y morir en paz, “la resignación a lo inevitable”.



Figura 1. Sacerdotes de la edad media

En la baja edad media en el siglo XIV se impone un tipo de muerte conocida como la muerte de sí mismo, la ideología cristiana va a variar, así como la idea de inmortalidad, juicio final y resurrección de los muertos. Comienza a adquirir fuerza la creencia en la existencia del Purgatorio, que sustituye las viejas imágenes de reposo. El miedo al más allá se representaba como terribles tormentas para la vida eterna, por lo tanto era importante obtener una “buena muerte”; es la época en que aparecen los *Ars moriendi*, impresos que servían como manuales para ayudar a bien morir. El moribundo moría siempre en público y junto a él estaban los especialistas en ayudar a bien morir, generalmente miembros del clero. Con

esta ampliación de actividades funerarias se complicó más el ritual, mismo que se iniciaba con la confesión, luego la extremaunción, el viático, la vela del bien morir, el agua bendita, el crucifijo, las oraciones, las letanías y demás apoyos espirituales que buscaban que el agonizante tuviera una buena muerte.

A partir del siglo XIX la preocupación por la muerte propia es transferida a la preocupación por la muerte del ser querido, la llamada “muerte del otro”. El ritual funerario no solo se complica más, sino que se teatraliza, convirtiéndose en uno de los acontecimientos sociales de la época, en el que tomaba fuerza la expresión pública y exagerada del duelo, el inicio del culto a los cementerios, y la utilización del negro como color del duelo. Las misas de difuntos, las procesiones y las honras funerarias formaron uno de los ritos más importantes dentro del contexto general de las ceremonias religiosas, de donde la iglesia obtuvo grandes beneficios, “clericalismo de la muerte”.

Con el comienzo de la primera guerra mundial, inicia un proceso llamado “muerte prohibida”, se crea la imagen de glorificación del cuerpo, de la salud y de los jóvenes su centro de atención, detesta por eso mismo la muerte. Más que temerle le parece injusta, obscena y es apartada de la vida cotidiana. Ahora la muerte viene a interrumpir el único sentido fuerte que tiene la vida moderna: la duración. Según Freud aunque se es consciente de la irremediable finitud de la existencia, sólo se es capaces de representar la muerte del otro; ya que siempre se participa de ella como espectadores y que la única manera de hablar de la muerte es negándola. Por esta razón esta escuela psicoanalítica declara que nadie cree en su propia muerte y que cada uno a nivel inconsciente está convencido de su propia inmortalidad<sup>3,4</sup>.

Hasta el siglo XIX, el alivio del síntoma fue la tarea principal del tratamiento médico, ya que las enfermedades evolucionaban siguiendo su historia natural. Los médicos franceses Bérard y Gubler resumían el papel de la medicina hasta ese momento: curar pocas veces, aliviar a menudo, consolar siempre. La medicina del siglo XX impulsada por el avance científico y técnico, se fue consolidando como una disciplina más resolutiva, concentrando sus esfuerzos en descubrir las causas y curar enfermedades. Para el hombre posmoderno rige un estilo de muerte prohibida, oculta, escamoteada; se reprueban las manifestaciones de duelo y los lutos van desapareciendo a medida que se pone la esperanza en que el progreso de la ciencia “cure” a la especie de todo mal. Este modo de afrontar la muerte fue denominado por Philippe Ariès la “muerte invertida”. De esta manera, la medicina confinó el manejo sintomático a segundo plano y en la actualidad está orientada fundamentalmente a prolongar las expectativas de vida de la población más que a velar por la calidad de ésta como objetivo principal<sup>3,6</sup>.

## LA MUERTE Y MORIR EN LA SOCIEDAD MODERNA

El “milagro” de la medicina moderna y la ciencia han logrado prolongar la vida y mejorar el estado de salud, por este mismo hecho han creado la ilusión de que la muerte puede ser diferida indefinidamente. Cuando la muerte se acerca o sobreviene es casi siempre percibida como un error médico dejando a los allegados de cara al duelo del bien amado y la cólera de la percepción del fracaso de la medicina. Los profesionales de la medicina, los pacientes y los familiares reaccionan de manera paradójica, ya sea por la negación, la impotencia y la evitación. La triste consecuencia es que a menudo las necesidades de las personas en fase terminal son relegadas llevándolas al aislamiento, el dolor y el sufrimiento. Esto se manifiesta en la escasez de apoyo de calidad para atender los requerimientos de estos pacientes, que simplemente se encuentran fuera del alcance terapéutico curativo y se ve reflejado en el gran vacío que existen en las mallas curriculares de medicina y enfermería, y en las políticas de salud de los gobiernos en relación a cómo cuidar adecuadamente a enfermos incurables y con expectativas de vida limitadas.

Cicely Saunders, pionera de la medicina paliativa contemporánea, observa que la tendencia actual de esconder al moribundo la verdad de su pronóstico y condición, de reemplazar la casa por el hospital como lugar de muerte y de no permitir un despliegue emocional en público después de una pérdida, son todos fenómenos que dan cuenta de cómo, como sociedad no se ha encontrado o perdido la manera de hacer frente y de asumir nuestra mortalidad y la del resto<sup>5</sup>.

En la década de los sesenta se originan en distintos países pero principalmente en Inglaterra, movimientos que nacieron de la reacción de pacientes graves incurables y de sus familias y que tenían como objetivo mejorar el apoyo dado a enfermos en fase terminal desafiando abiertamente la medicina moderna. Gracias a esto, en el curso de los últimos años, la medicina debió replantearse y reconocer los límites de las intervenciones con finalidades exclusivamente curativas, iniciándose la atención de los enfermos incurables y moribundos como una especialidad médica.

## HISTORIA

La palabra hospicio se comenzó a utilizar en la Edad Media para designar el lugar con finalidad caritativa donde se proporcionaba alojamiento y comida a los pobres, y cuidados a los que se encontraban enfermos. Curar a los que fuera posible era el primer objetivo, pero debido a la poca ciencia de la época muchos morían sin remedio, su función principal quedaba entonces confinada al bienestar espiritual de estas personas.

La historia de los cuidados paliativos inicia paralelamente en Irlanda y Francia en el siglo XIX, con

la creación en Francia en 1842, de la asociación de las Damas del Calvario en el barrio del calvario de Lyon, una obra confesional que reagrupa las viudas laicas presidida por una joven viuda, Jeanne Garnier. Ella va a utilizar por primera vez el término hospicio para designar exclusivamente las instituciones consagradas al servicio de los enfermos incurables. En 1874, aún bajo el auspicio de la obra de las Damas del Calvario, Aurélie Jousset crea un hospicio en París que posteriormente sería conocido como la fundación Maison Jeanne Garnier que con 80 camas, es hoy la más grande unidad de cuidados paliativos en Francia. En Irlanda, Mary Aikenhead funda la Orden de las Hermanas de la Caridad en 1815 cuya misión era de aliviar a los pobres y moribundos. En 1870, la Orden de las Hermanas de la Caridad abre en Dublín el hospicio Notre Dame y en 1905 el de St. Joseph en Londres para los enfermos incurables.

## LOS PIONEROS

A mediados del siglo XX, emergen los cuidados paliativos como especialidad médica gracias al trabajo de tres médicos, figuras marcantes que forjan la historia de los cuidados paliativos:

Dra. Cicely Saunders en Gran Bretaña  
Dra. Elisabeth Kubler Ross en los Estados Unidos  
Dr. Balfour Mount en Canadá



Figura 2. Cicely Saunders, pionera de los cuidados paliativos (foto: St. Christopher's Hospice).

Para 1948 se instalan casas protestantes en Londres especializadas en la acogida de pacientes con cáncer y tuberculosis, el St. Luke's Home for the Dying Poor es una de ellas. Es aquí donde la doctora Cicely Saunders (1918–2005) laborando inicialmente como trabajadora social voluntaria se interesa por el fin de la vida y el sufrimiento de los moribundos. Posteriormente, haciendo sucesivos estudios en enfermería y en medicina, se convierte en la primer profesional médico

empleada en un hospicio. Entre 1958 y 1965 en el St. Joseph hospice se desarrollan cuidados muy innovadores para las prácticas de la época adaptándolos a las personas que la medicina no puede curar. Sus investigaciones sobre la morfina y el alivio del dolor la enfrentan a los prejuicios de la época sobre la dependencia que podría causar la administración regular de analgésicos opioides. Sus experiencias clínicas le permiten desarrollar así, el concepto de “dolor global” (*total pain*) describiendo el dolor bajo la coexistencia e interrelación de múltiples aspectos tanto moral, físico, social, psicológico y espiritual.

En 1967, funda en un suburbio de Londres, el St. Christopher's Hospice, considerado pionero del “Movimiento de los Hospicios” el primer hospicio que dispone de un equipo médico profesional. Así, el movimiento caritativo de los hospicios, desprovisto inicialmente de reales medios médicos, se profesionaliza.

DRA. ELISABETH KUBLER ROSS (ZURICH 1926 – SCOTTSDALE, ARIZONA 2004)

La Dra. Kubler, psiquiatra y profesora, abrió la vía del acompañamiento de los pacientes terminales. Ella introdujo en sus cursos de medicina la noción de la muerte como una de las etapas a parte entera del ciclo de vida y ha iniciado a sus estudiantes en la escucha y la empatía como forma de tratamiento médico. Autora muy prolífica, ha publicado una treintena de obras de las cuales varias son *best-sellers*. Una teoría controvertida “Los últimos instantes de la vida”, presentaba la sucesión de las etapas atravesadas por el paciente en fin de vida (negación, cólera, negociación, depresión, aceptación), etapas propias del duelo<sup>5,7</sup>.

DR. BALFOUR MOUNT (1939, OTTAWA-CANADÁ)

El Dr. Mount, cirujano de formación, al inicio de los años setenta se orientó hacia el estudio del fin de la vida después de haber descubierto los escritos de E. Kubler Ross. Sus estudios y conclusiones han revelado que los pacientes terminales eran muy a menudo abandonados y sujetos al dolor y el sufrimiento debido al manejo inadecuado. El Dr. Mount impresionado de su visita al St Christopher Hospice en Londres, vuelve a Canadá con la iniciativa de adaptar el concepto de los hospicios ingleses a la realidad de su país. Introduciendo el concepto de Unidad de Cuidados Paliativos dentro de los hospitales para enfermos agudos, inaugura la Unidad del Royal Victoria Hospital en Montreal. Este proyecto piloto comprendía de un equipo pluridisciplinario, una unidad de acompañamiento al duelo, y sostén a los seguimientos en el domicilio. En 1985, el instituto “La Maison Michel Sarrazin” en Québec continuaría esta misma filosofía. A Canadá se debe el término “cuidados paliativos” que parece describir mejor la filosofía del

cuidado que se otorga a los pacientes terminales que el concepto de hospicio, que parece más ligado a la estructura física de una institución<sup>8,9</sup>.

En 1980 la OMS incorpora oficialmente el concepto de Cuidados paliativos y promueve el Programa de Cuidados Paliativos como parte del Programa de Control del Cáncer. La última definición de los cuidados paliativos data del año 2002: “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 psi-cológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos”<sup>10, 11</sup>.



Figura 3. Centro de cuidados paliativos Maison Michel Sarrazin. Québec-Canada.

## EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN AMÉRICA LATINA Y COLOMBIA

El perfil epidemiológico en salud se encuentra en proceso de transición debido a la incorporación de estilos de vida diferentes, el aumento en la expectativa de vida, los avances en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas, entre otros, que han hecho que las enfermedades crónicas y degenerativas, como el cáncer, ocupen en el mundo los primeros lugares de morbilidad y mortalidad. En 2005, de 58 millones de defunciones registradas en todo el mundo, 7,6 millones se debieron al cáncer. Más del 70% de todas las muertes por cáncer se producen en los países de ingresos bajos y medios, donde los recursos disponibles para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad son limitados o inexistentes. En los países desarrollados, la curación por cáncer se logra en cerca del 50% de los pacientes; sin embargo, en aquellos en

desarrollo, solo entre un 20 a 30% la alcanzan, puesto que los diagnósticos se realizan en estados avanzados de la enfermedad. Es decir el 80% de los pacientes con cáncer no tienen posibilidades de curación en estos países. Se prevé un aumento de las muertes por cáncer, hasta aproximadamente 9 millones en 2015 y en 11,4 millones en 2030<sup>13,14</sup>.

América Latina no escapa a esta situación, se estima que en los próximos años cerca de un millón de personas necesitarán cuidados paliativos en la región. Cifra importante teniendo en cuenta que muchos de los pacientes oncológicos, en estos países, fallecen en condiciones deplorables: sin la analgesia adecuada ni los cuidados que la situación de una enfermedad terminal requiere. Sin embargo, los cuidados paliativos en Latinoamérica han tenido avances importantes durante los últimos veinte años, no como resultado de un plan concertado de políticas gubernamentales, sino de eventos fraccionados que responden más a las necesidades locales de un grupo específico que a las de un programa nacional o regional. Gracias al esfuerzo y dedicación de personas comprometidas con la disciplina surgieron a principios de los 80' las unidades de dolor a cargo de anestesiólogos que trabajaban principalmente en pacientes con cáncer. Con el paso del tiempo, otros trabajadores de la salud incluyendo los de las disciplinas de enfermería, medicina interna, psicología, psiquiatría y neurología se interesaron y se dedicaron a trabajar en el campo<sup>14-6</sup>.

Colombia también ha hecho importantes avances en la materia, sin embargo, queda mucho trayecto por recorrer. Se han creado grupos en diferentes instituciones de Bogotá, Cali, Medellín, Pereira, Pasto, Villavicencio, Cartagena, Barranquilla y Bucaramanga. Lo lógico, es que se planteen políticas en el sistema de salud para que todas las personas tengan acceso a este tipo de tratamiento y a los medicamentos que se requieren para el manejo de síntomas y complicaciones durante estas etapas<sup>17</sup>. Al respecto ya se ven algunas luces:



Figura 4. Sandra Ceballos, representante a la cámara (foto: El tiempo).

Sandra Ceballos (1964-2008), representante del Partido Social de Unidad Nacional, nacida en Santa Marta, además de buscar declarar este mal como un problema de salud pública lideró una enérgica lucha para lograr que las personas afectadas por esta enfermedad tuvieran, aparte de la tutela, otras herramientas para reclamar sus derechos. En 2004, Ceballos creó la fundación ONES, especializada en trabajar con las mujeres víctimas del cáncer de mama. La congresista Sandra Ceballos muere el 21 de septiembre de 2008 a causa de un cáncer de seno a los 44 años sin ver su obra concluida. Sus ideas ahora toman eco; actualmente, la comisión séptima del Senado estudia un proyecto de ley sobre el tema. También, de aprobarse, cubriría a los afectados por enfermedades crónicas e irreversibles que afectan su vida en forma severa. Esto incluye, además del manejo del dolor y otros síntomas, atención en aspectos psicosociales y espirituales del paciente y de su familia, indispensables para reducir el sufrimiento; estos cuidados deben ser brindados por un equipo interdisciplinario del que hacen parte médicos, terapeutas, psicólogos, enfermeros, cuidadores y trabajadores sociales, entre otros, siempre de acuerdo con las necesidades del paciente, en todos los niveles de atención<sup>18</sup>.

### TENDENCIA ACTUAL EN CUIDADOS PALIATIVOS

Siguiendo los modelos de atención y educación en cuidados paliativos inicialmente diseñados para pacientes con cáncer, hoy por hoy han surgido grupos de interés en la atención de pacientes terminales con otras condiciones distintas al cáncer como el VIH/SIDA, falla cardíaca avanzada, enfermedad pulmonar crónica, insuficiencia renal crónica, Alzheimer, Parkinson, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, entre otras. Asociado a esto existe la tendencia de evitar el uso excesivo de medicamentos en el paciente en estado terminal y de darle la posibilidad de disfrutar al máximo este último momento de la vida en el seno de su familia junto a sus seres queridos. Esto se logra mediante el uso de mejores combinaciones de fármacos para aliviar el dolor y los síntomas asociados a la enfermedad.

### CONCLUSIÓN

Los cuidados paliativos actualmente son reconocidos como una especialidad inter-disciplinaria que tiene como objetivo aliviar el dolor físico así como los otros síntomas asociados a la enfermedad terminal sin olvidarse del sufrimiento psicológico, espiritual y social. Considera al enfermo como un ser vivo y a la muerte como un proceso natural. A pesar de que los cuidados paliativos comenzaron como un movimiento médico-social no alineado con la medicina académica, a la cual reprochaba su excesivo interés en la enfermedad y su falta de interés en el paciente que la padece, éstos

han crecido hasta ser finalmente aceptados por los centros académicos mundiales. El desafío hoy se centra en el desarrollo en todos los países y el acceso global.

### SUMMARY

#### Palliative care: evolution and tendencies

Palliative care and hospices have developed rapidly since the late 60'. The pioneering work of Cicely Saunders was instrumental in drawing attention to the end-of-life care needs of patients with advanced malignant disease. Recognizing palliative care as a specialist area of health care practice is a recent development which has influenced the expectations of community and government. This area offers a number of unique contributions to the advancement of care at the end of life. Perhaps its most valuable contribution is in providing a model of care that addresses the physical, psychological, spiritual and social needs of all patients delivered by a multidisciplinary team. Palliative care services have developed in many settings and have often been closely related to oncology. The worldwide need for this type of care remains much greater than the available provision, but there are encouraging signs of recognition by policymakers and influential bodies, and interest in palliative care has never been greater. This paper charts the modern history of such care around the world and concludes on some current issues and future challenges. (MÉD. UIS. 2009;22(3):246-51).

Key words: Palliative care. End-of-life care. Death. History. Evolution.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Michel V. *La Mort et l'Occident du 1300 à nos jours*. Paris, Gallimard, 1983:66.
2. Baudry P. *La place des morts. Enjeux et rites*. Paris: Armand Colin; 1999. 21p.
3. Ariès P. *Essais sur l'histoire de la mort en Occident: du Moyen Âge à nos jours*. Paris: Edition Seuil, Collection Points Histoire; 1975. p. 48-117.
4. Ariès P. *L'homme devant la morte*. Paris: Edition Seuil, Collection Points Histoire; 1975. 187p.
5. Doyle, D. "Palliative medicine: the first 18 years of a new speciality of General Medicine" en *J R Coll Physucuabs Edinb* 2005;35:199-205.
6. Jacquemin D. *Le tabou de la mort, l'interdit du deuil*. Les cahiers francophones de soins palliatifs. Les publications du Québec;7(1):5-25.
7. Dupas C. *Perception et langage*. Éditions Peteers Louvain. Paris: 1997. p. 172-83.
8. Centeno, C. *Historia de los Cuidados Paliativos y Movimiento Hospice*. SECPAL. Consulta de la World Wide Web: <http://www.secpal.com/presentacion/index.phpacc=historia%20CP>
9. Mount BM, Cohen. *Canada: Status of cáncer pain and palliative care*;8(6):395-8.
10. Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K. *Oxford Textbook of Palliative Medecine*. 3° edición. New York, USA: Oxford University Press; 2004.
11. World Health Organisation. Consulta en la Web: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
12. World Health Organization. Consulta en la Web: <http://www.who.int/cancer/publicat/WHOCancerBrochure2007.FINALweb.pdf>
13. De lima L. *Los Cuidados Paliativos en América Latina*. SECPAL. Consulta de la World Wide Web: [http://www.secpal.com/medicina\\_paliativa/index.php?acc=verart&idart=317](http://www.secpal.com/medicina_paliativa/index.php?acc=verart&idart=317)
14. Ward C. "The Need for Palliative care in the Management of Heart Failure". 2002. Vol 87. p. 294-298.
15. Bruera E, Neumann CM. "Respective limits in a palliative care and oncology in the supportive care of cancer patients". *Support Care Cancer* 1999;7:321.
16. Rhymes J. "Barriers to Palliative Medecine" en *Cancer Control*. USA: 1996. Col. 3. No. 3. p. 230-235
17. Paz S, Clark D. "Palliative Care in Colombia" *View from the observatory*. 2005;13(2).
18. *Buscan que sistema de salud garantice cuidados paliativos integrales a pacientes en fases terminales*. El Tiempo. Bogotá. Colombia. Consulta en la Web: [http://www.eltiempo.com/vidadehoy/salud/buscan-que-sistema-de-salud-garantice-cuidados-paliativos-integrales-a-pacientes-en-fases-terminales\\_5011707-1](http://www.eltiempo.com/vidadehoy/salud/buscan-que-sistema-de-salud-garantice-cuidados-paliativos-integrales-a-pacientes-en-fases-terminales_5011707-1).