

2013

Indicadores de Cuidado Paliativo



Indicadores de Cuidado Paliativo

Primera edición, 2013

Copyright © 2013 IAHPC Press

International Association for Hospice and Palliative Care
5535 Memorial Drive, Suite F-PMB 509
Houston, TX 77007, USA

ISBN 978-0-9834597-4-3

Todos los Derechos Reservados

Ninguna parte de este libro puede ser copiada, reproducida o transmitida con fines comerciales.
La IAHPC y la ALCP permiten el uso de la información presentada con fines científicos,
educativos y la vigilancia en salud pública.

Este documento debe citarse de la siguiente manera:

De Lima L, Perez-Castells M, Berenguel M, Monti C, Aguilar A, Ahumada M, Ramirez L, Torres I, Vargas Y, Herrera E, (2013). Indicadores de Cuidado Paliativo ALCP. 1a edición. Houston: IAHPC Press.

Grupo de Trabajo

Alfredo Aguilar Cartagena, MD

Director Médico

Oncosalud

Lima, Perú

Marisol Ahumada, MD

Asesor Médico

Programa Nacional Alivio Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos

Santiago, Chile

Maria del Rosario Berenguel, MD

Presidente Asociación Latinoamericana de Cuidado Paliativo (ALCP)

Directora Programa de Cuidados Paliativos Oncosalud

Lima, Perú

Liliana De Lima, MHA

Directora Ejecutiva

International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC)

Miembro Comisión Directiva ALCP

Houston, EEUU

Emilio Herrera, MD

Director General

Enterprising solutions for Health (EH)

Sevilla, España

Lic. Carolina Monti

Gerente Administrativa

Asociación Latinoamericana de Cuidado Paliativo (ALCP)

Buenos Aires, Argentina

Macarena Pérez-Castells, MD

Asesora Prevención y Control de Enfermedades Crónicas

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Washington, EEUU

Luis Ramírez García, MD

Secretario General

Sociedad Peruana de Cuidado Paliativo

Lima, Perú

Isabel Torres-Vigil, DrPH

Profesor Asociado

University of Houston & The University of Texas MD Anderson Cancer Center

Houston, EEUU

Yisela Vargas Correa, QF

Medicamentos Controlados

Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID)

Lima, Perú

TABLA DE CONTENIDOS

	Título	Página
Sección 1 – Descripción del Proyecto		
Justificación	6	
Antecedentes	7	
Indicadores de Cuidado Paliativo	7	
Objetivos	8	
Metodología	8	
Resultados	9	
Sección 2 – Indicadores de Cuidado Paliativo		
Política Sanitaria	11	
Educación	12	
Prestación de Servicios: Infraestructura	14	
Medicamentos	15	
 Conclusiones	 16	
 Agradecimientos	 17	
 Referencias	 17	

SECCIÓN 1

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Justificación

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son en la actualidad la principal causa de mortalidad mundial. De los 57 millones de defunciones que se produjeron en 2008 en todo el mundo, 36 millones – casi las dos terceras partes - se debieron a ENT, principalmente enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas (1). Actualmente, las ENT son la principal causa de muerte y discapacidad prematuras en la gran mayoría de los países de América Latina y el Caribe. En 2002, representaron el 44% de las defunciones de hombres y mujeres menores de 70 años de edad y provocaron dos de cada tres defunciones en la población total (2). Las ENT contribuyeron casi el 50% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad perdidos en la Región.

En 2008, cerca del 80% de las muertes por ENT ocurrieron en países de niveles de ingreso bajo y medio-bajo. Una proporción mayor (48%) de las ENT en países de ingresos bajo y medio bajo es prematura (antes de los 70 años), comparado a países de ingresos altos (26%). La probabilidad de morir por una ENT entre los 30 y 70 años es más alta en los países del Sub Sahara, Europa del Este y partes del Asia. Según las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el número total de muertes por ENT aumentará a 55 millones en 2030 si la presente tendencia se mantiene (3).

Un gran porcentaje de ENT son prevenibles. Tienen en común factores de riesgo comportamentales modificables tales como el consumo de tabaco, una dieta malsana, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol. Existen intervenciones viables y costo efectivas, y la adopción de medidas sostenidas para prevenir los factores de riesgo y mejorar la atención de salud, puede evitar millones de muertes prematuras (4).

El cuidado paliativo busca conseguir la mejor calidad de vida posible para los pacientes con enfermedades y condiciones amenazantes para la vida y con enfermedades avanzadas, incurables y progresivas; el alivio del dolor y el sufrimiento y de otros síntomas; la provisión de apoyo psicosocial, espiritual y social y el apoyo a cuidadores y familiares durante el transcurso de la enfermedad y el duelo. El cuidado paliativo puede ser provisto en instituciones especializadas, en centros comunitarios y en casa.

El control de las ENT requiere una integración de los servicios mediante el fortalecimiento de los sistemas de derivación de casos y la integración del primer, segundo y tercer nivel de atención. Un control apropiado también debe abarcar la prevención, el tamizaje y la detección temprana, así como el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y el cuidado paliativo. La importancia del cuidado paliativo como componente esencial del cuidado está siendo reconocida por los prestadores de salud, los representantes de los gobiernos y los legisladores.

El alivio del dolor es uno de los componentes básicos del cuidado paliativo y para ello es necesario que estén disponibles los analgésicos opioides. La morfina y la codeína están reconocidos como analgésicos esenciales en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS (5) y la Convención Única de Narcóticos (6) establece que las drogas narcóticas son indispensables para el alivio del dolor y del sufrimiento y dio instrucciones a los estados miembros para que hagan las provisiones necesarias para asegurar su disponibilidad. Con el adecuado tratamiento del dolor y cuidado paliativo, es posible aliviar el sufrimiento de la mayoría de los pacientes y sus familias.

El acceso al tratamiento del dolor y a los servicios de cuidado paliativo es limitado, aun en países desarrollados, como resultado de falta de interés político, información y educación insuficiente, y una regulación excesiva de medicamentos opioides. Muchos programas sanitarios nacionales y estrategias de cuidado para condiciones amenazantes para la vida como cáncer y VIH/SIDA no tienen provisiones para asegurar el acceso a cuidado paliativo y tratamiento del dolor. Los países en desarrollo, que constituyen alrededor de un 80 por ciento de la población global, representan solamente el 6% del consumo mundial de morfina (7), resultando en decenas de millones de personas sufriendo con dolor moderado a severo, incluyendo 5.5 millones de pacientes con cáncer avanzado y 1 millón de pacientes con VIH/SIDA (8).

Antecedentes

En la Reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de 2011, se subrayó la importancia de vigilar los progresos realizados en materia de prevención y control de las ENT. La Resolución adoptada por la Asamblea General (9), le solicitó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) que antes de 2012:

- elaborara un marco mundial amplio de seguimiento, que comprendiera un conjunto de indicadores y fuera aplicable a diversas situaciones regionales y nacionales, incluso empleando enfoques multisectoriales, para realizar el seguimiento de las tendencias y evaluar los progresos que se lograran en la aplicación de las estrategias y los planes nacionales relacionados con las enfermedades no transmisibles;
- preparara recomendaciones para establecer un conjunto de objetivos mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles

La Declaración Política instaba además a los Estados Miembros a considerar la posibilidad de establecer objetivos e indicadores nacionales basados en la situación de cada país, con arreglo a la orientación que proporcione la OMS. La OMS, en consulta con los Estados Miembros, ha preparado un borrador del Plan de Acción para la Estrategia Global en la Prevención y Control de las ENT para el periodo 2013-2020 (10).

En septiembre de 2012, la 28 Conferencia Panamericana aprobó la nueva Estrategia Regional para la prevención y el control de las ENT (2012-2025). Se mantiene vigente el Plan de Acción 2006-2013 hasta que se elabore un nuevo plan regional que esté en consonancia con las prioridades de los países así como con el plan de acción mundial y marco mundial de vigilancia de la OMS (11).

El plan de acción de la OMS para aplicar la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (12) aborda los siguientes componentes fundamentales: vigilancia, prevención y atención de salud. En la Estrategia Regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se fijaron cuatro líneas de acción, que consisten en: dar prioridad a las enfermedades crónicas en los programas políticos y de salud pública; considerar la vigilancia como un componente clave; aceptar la necesidad de reorientar los sistemas de salud a fin de que respondan a las necesidades de las personas que sufren afecciones crónicas; y tomar nota de la función esencial de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Indicadores de Cuidado Paliativo

Por las razones descritas anteriormente, las organizaciones globales, regionales y nacionales de los países de las Américas han abogado por varios años por la vigilancia sistemática del cuidado paliativo a nivel nacional y regional. Aunque algunas organizaciones de cuidado paliativo han estado reportando sobre el desarrollo de los mismos en sus países y regiones (13,14,15) y recientemente la Asociación Latinoamericana de Cuidado Paliativo (ALCP) publicó el Atlas de Cuidado Paliativo para Latinoamérica (16), estos reportes no representan ningún compromiso ni obligación para los estados miembros y tienen poco impacto en la provisión del cuidado.

En la Estrategia Regional para las Enfermedades Crónicas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), varios de los Objetivos descritos incluyen el cuidado paliativo y el acceso a los medicamentos:

1. Proporcionar por parte de la Secretaría de OPS, asistencia a los países en desarrollo en el fortalecimiento, la ejecución, y en la evaluación de sus programas contra enfermedades crónicas, incluidos los cuidados paliativos (pág. 29).
2. Facilitar el fortalecimiento y la reorientación de los sistemas de salud para controlar en condiciones óptimas las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo. Las actividades descritas incluyen determinar la calidad asistencial de los servicios de enfermedades crónicas, incluyendo en cuidado paliativo (pág. 30).
3. Garantizar un mejor acceso a las tecnologías y los medicamentos esenciales para la

atención de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, y velar por su uso racional. Entre las actividades descritas, se encuentra garantizar un mejor acceso a las tecnologías y los medicamentos esenciales para la atención de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, y velar por su uso racional (pág. 34)

El documento de OPS no describe indicadores específicos en cuidado paliativo que puedan servir de guía a los estados miembros en la vigilancia de esta disciplina. Por otra parte, el documento para las ENT de la OMS establece un marco mundial de vigilancia integral para la prevención y control de las ENT que comprende un conjunto de indicadores y ejemplos de objetivos mundiales de aplicación voluntaria, teniendo en cuenta la viabilidad, las posibilidades de consecución y las estrategias de la OMS existentes, incluyendo el siguiente indicador de Cuidado Paliativo:

“Acceso a cuidado paliativo, medido por el nivel de consumo (en equivalentes de morfina) de analgésicos opioides fuertes (excluida la metadona) por cada muerte por cáncer.”

La comunidad internacional apoya la inclusión de un indicador de Cuidado Paliativo en cuanto contribuirá significativamente al desarrollo de la disciplina en la Región. Puesto que el cuidado paliativo abarca otros aspectos además del alivio del dolor en pacientes con cáncer avanzado, las asociaciones de cuidado paliativo consideran necesario desarrollar indicadores adicionales que puedan utilizarse para el monitoreo y la vigilancia del progreso de la disciplina (17). Con base en lo anterior, la ALCP en colaboración con el *International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC) pusieron en marcha un proyecto para desarrollar los indicadores de cuidado paliativo.

Objetivos

El objetivo de este proyecto es contribuir a la metodología y a la valoración de la provisión y el desarrollo del cuidado paliativo.

Los objetivos específicos de este proyecto son:

1. Desarrollar un marco y una herramienta para la vigilancia y control del cuidado paliativo dentro del marco regional de las enfermedades no transmisibles.
2. Identificar los indicadores específicos en cuidado paliativo que pueden ser utilizados a nivel regional.
3. Evaluar la utilidad, aplicabilidad de la herramienta y los indicadores identificados.

Metodología

La ALCP convocó una reunión en Lima, Perú en Noviembre 11 y 12 de 2012 para desarrollar los indicadores básicos en cuidado paliativo aplicables a los países de la región.

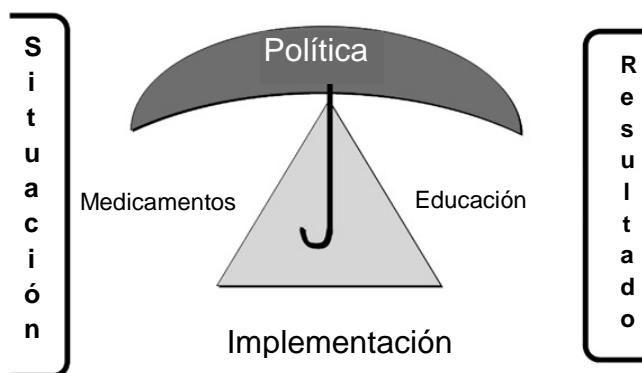
Para la reunión se identificaron e invitaron expertos en investigación epidemiológica, cuidado paliativo, gestión y desarrollo de proyectos sanitarios y miembros de la comisión directiva de la ALCP.

Las discusiones durante la reunión se basaron en la definición de la OMS de la asistencia paliativa (18):

“La asistencia paliativa es un enfoque que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias al afrontar los problemas asociados con una enfermedad en potencia mortal, gracias a la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento impecables del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.”

Como marco para la discusión, se utilizó la estrategia de cuidado paliativo en salud pública descrita por la OMS de cuatro componentes: 1) políticas sanitarias adecuadas, 2) educación de legisladores, prestadores de salud y público en general; 3) disponibilidad de medicamentos; y 4) implementación de servicios de cuidado paliativo en todos los niveles de atención sanitaria.(Fig 1) (19)

Figura 1



Las discusiones se centraron en indicadores para evaluar cuidado paliativo dentro del contexto del cuidado de la salud a nivel socio sanitario nacional, y no a nivel local ni organizacional.

Resultados

Se desarrollaron diez (10) indicadores de cuidado paliativo: uno en política sanitaria, tres en educación, tres en infraestructura y tres en medicamentos:

La Sección 2 de este documento define cada uno de los indicadores, fuentes de información, unidades de medida y fórmulas correspondientes.

SECCIÓN 2

INDICADORES DE CUIDADO PALIATIVO

Indicadores - Política Sanitaria

Objetivo: Medir la atención en cuidados paliativos a través de una estrategia pública.

PO.1 - Existencia de plan/programa nacional de cuidado paliativo vigente

Definición: Existencia de plan o programa nacional de cuidado paliativo vigente como resultado de políticas/acciones definidas con el objetivo de implementar y/o mejorar la atención a los pacientes de cuidado paliativo.

El plan/programa nacional debe:

- Tener alcance nacional
- Estar diseñado para integrar los cuidado paliativo en los servicios de salud
- Tener presupuesto asignado
- Tener responsable asignado

Se entiende como plan o programa, un plan o programa específico de cuidado paliativo, o un componente de cuidado paliativo dentro de un plan o programa más amplio, como por ejemplo de prevención y control de enfermedades no transmisibles, de cáncer o de VIH.

Nota Técnica:

Fuente: Datos proporcionados por la autoridad sanitaria.

Tipo: Estructura

Unidad de medida: Dicotómico (Si/No)

Periodicidad: Anual

Indicadores - Educación

Objetivo: Medir la formación en cuidado paliativo para profesionales de la salud.

ED.1 – Proporción de escuelas de medicina que ofrecen formación en cuidado paliativo en pre-grado

Definición: Número de escuelas de medicina que ofrecen cuidado paliativo en pregrado, expresado como porcentaje del número total de escuelas de medicina en un determinado país, territorio o área geográfica.

Se entiende por formación en pre-grado: asignatura o módulo específico dentro de una asignatura, que incluya los fundamentos básicos de cuidado paliativo. Se consideran fundamentos básicos de cuidado paliativo:

- Identificación, evaluación y manejo de síntomas más frecuentes
- Abordaje de aspectos físicos, psicológicos y sociales
- Comunicación con paciente, familia y cuidador

Nota Técnica:

Fuente: Datos proporcionados por la autoridades de sanidad y educación.

Tipo: Resultado

Unidad de medida: Porcentaje

Formula:

$$\left(\frac{\text{Número de escuelas de medicina que ofrecen cuidado paliativo en pregrado/año}}{\text{Número total de escuelas de medicina}} \right) \times 100$$

Periodicidad: Anual

Ed.2 – Proporción de escuelas de enfermería que ofrecen formación en cuidado paliativo en pre-grado

Definición: Número de escuelas de enfermería que ofrecen cuidado paliativo en pregrado, expresado como porcentaje del número total de escuelas de enfermería en un determinado país, territorio o área geográfica

Se entiende por formación en pre-grado: asignatura, o módulo específico dentro de una asignatura, que incluya los fundamentos básicos de cuidado paliativo. Se consideran fundamentos básicos de cuidado paliativo:

- Identificación, evaluación y manejo de síntomas más frecuentes
- Abordaje de aspectos físicos, psicológicos y sociales
- Comunicación con paciente, familia y cuidador

Nota Técnica:

Fuente: Datos proporcionados por la autoridades de sanidad y educación.

Tipo: Resultado

Unidad de medida: Porcentaje

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Número de escuelas de enfermería que ofrecen cuidado paliativo en pregrado/año}}{\text{Número total de escuelas de medicina}} \right) \times 100$$

Periodicidad: Anual

Ed.3 – Número de programas de formación especializada en cuidado paliativo para médicos, acreditados por la autoridad nacional competente.

Definición: Número de programa(s) acreditados de formación especializada en cuidado paliativo para médicos, por año.

Se considera formación especializada en cuidado paliativo la especialidad, sub-especialidad, máster o diplomado según lo defina la autoridad competente.

Nota Técnica:

Fuente: Datos proporcionados por la autoridades de sanidad y educación

Tipo: Estructura

Unidad de medida: Número absoluto o magnitud absoluta de programas

Periodicidad: Anual

Indicadores - Prestación de Servicios: Infraestructura

Objetivo: Medir el acceso al cuidado paliativo en el primer nivel de atención.

PS.1 – Inclusión de cuidado paliativo en la cartera de servicios del primer nivel de atención

Definición: Existe la prestación de cuidado paliativo en el primer nivel de atención.

Nota Técnica:

Fuente: Datos proporcionados por la autoridad sanitaria

Tipo: Estructura

Unidad de medida: Dicotómico (Si/No)

Periodicidad: Anual

PS.2 – Razón de servicios de cuidado paliativo por millón de habitantes

Definición: Número de servicios de cuidado paliativo disponibles por cada millón de habitantes en una población definida.

Servicio de cuidado paliativo: Servicio que asiste a pacientes con enfermedades avanzadas, incurables y progresivas. Provee atención a problemas agudos y síntomas complejos. Incluye como mínimo un médico/a y un enfermero/a con formación especializada en cuidado paliativo.

Población definida: población del territorio al que se aplique el indicador (nacional, estatal, departamental, provincial, etc.)

Nota Técnica:

Fuente: Datos proporcionados por la autoridad sanitaria

Tipo: Estructura

Unidad de medida: Número de servicios de Cuidados Paliativos por millón de habitantes

Formula:

$$\frac{\text{Número de servicios de cuidado paliativo} \times 1,000.000}{\text{Número total de habitantes}}$$

Periodicidad: Anual

PS.3 – Razón de médicos trabajando en cuidado paliativo por millón de habitantes

Definición: Número de médicos disponibles que trabajan en servicios de cuidado paliativo por cada millón de habitantes en una población definida.

Servicio de cuidado paliativo: Servicio que asiste a pacientes con enfermedades avanzadas, incurables y progresivas. Provee atención a problemas agudos y síntomas complejos. Incluye como mínimo un médico/a y un enfermero/a con formación especializada en cuidado paliativo.

Población definida: población del territorio al que se aplique el indicador (nacional, estatal, departamental, provincial, etc.)

Nota Técnica:

Fuente: Datos proporcionados por la autoridad sanitaria

Tipo: Estructura

Unidad de medida: Número de médicos trabajando en Cuidados Paliativos por millón de habitantes

Formula:

$$\frac{\text{Número de médicos trabajando en servicios de cuidado paliativo} \times 1,000.000}{\text{Número total de habitantes}}$$

Periodicidad: Anual

Indicadores - Medicamentos

Objetivo: Medir el acceso a opioides fuertes para el tratamiento del dolor y otros síntomas.

ME.1 – Consumo de opioides fuertes por muertes por cáncer

Definición: Tasa de Consumo anual de opioides fuertes en equivalencia a morfina, excluyendo metadona por muertes por cáncer.

Este indicador fue adoptado por la OMS como indicador de Acceso a Cuidado Paliativo, en el marco de vigilancia y control de Enfermedades No Transmisibles, en Noviembre 2012.

Nota Técnica:

Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y autoridad sanitaria

Tipo: Proceso

Unidad de medida: Miligramos por cada muerte por cáncer

Fórmula:

$$\frac{\text{Consumo opioides fuertes (*) en eq. morfina (excl. metadona)/año}}{\text{Número total de muertes por cáncer}}$$

(*) morfina, oxicodona, hidromorfona, meperidina, fentanilo

Periodicidad: Anual

Nota: Además del ME.1, el grupo consideró necesario desarrollar un indicador adicional de consumo de opioides, con algunas variaciones:

ME.2 – Consumo de opioides fuertes per cápita

Definición: Consumo anual de opioides fuertes en equivalencia a morfina, excluyendo meperidina en una población definida, per cápita.

Población definida: población del territorio al que se aplique el indicador (nacional, estatal, departamental, provincial, etc.)

Las variaciones con respecto a ME.1 son:

1. Incluir la metadona en el grupo de medicamentos seleccionados: La metadona se utiliza ampliamente en Latinoamérica como analgésico de primera línea y en rotación de opioides (20 21 22 23). No incluirla afectaría negativamente la percepción del consumo real de opioides en cuidado paliativo en la Región.
2. Excluir meperidina: El uso de meperidina en la región continúa siendo principalmente para el manejo de dolor agudo y en cuidado paliativo es muy limitado. Incluirla afectaría positivamente la percepción de consumo real de opioides en cuidado paliativo en la Región.
3. El denominador es per cápita. El denominador poblacional proveerá información más acertada acerca de la disponibilidad de opioides para todos los pacientes con necesidades paliativas, no solo los pacientes terminales con cáncer.

Nota Técnica:

Fuente: Datos de consumo anual de opioides proporcionados por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, datos poblacionales de acuerdo a los de ONU.

Tipo: Proceso

Unidad de medida: Miligramos per cápita.

Fórmula:

$$\frac{\text{Consumo de opioides fuertes (*) en eq. morfina (excl. meperidina) /año}}{\text{Número total de habitantes}}$$

(*) morfina, oxicodona, hidromorfona, fentanilo, metadona

Periodicidad: Anual

ME.3 – Razón de establecimientos farmacéuticos que dispensan opioides fuertes por millón de habitantes

Definición: Número de establecimientos farmacéuticos públicos o privados autorizados que dispensan opioides fuertes a pacientes ambulatorios.

Nota Técnica:

Fuente: Datos proporcionados por la autoridad sanitaria

Tipo: Estructura

Unidad de medida: Número de establecimientos farmacéuticos que dispensan opioides por millón de habitantes

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de establecimientos farmacéuticos} \times 1,000.000}{\text{Número total de habitantes}}$$

Periodicidad: Anual

Conclusiones

Los indicadores pretenden ser útiles para monitorear y vigilar el avance del cuidado paliativo y para promover el desarrollo de la disciplina: los indicadores propuestos en el presente trabajo siguen el modelo de salud pública de la OMS y pueden resultar en cambios en política sanitaria y en educación, y mejorar el acceso a medicamentos para el alivio del sufrimiento.

Los indicadores están diseñados teniendo en cuenta los sistemas socio-sanitarios de los países y los recursos existentes. Esperamos que la comunidad de cuidados paliativos utilice estos indicadores y ayude a los gobiernos en la tarea de mantener disponible información relevante para monitorear el progreso del cuidado paliativo.

Estos indicadores fueron desarrollados para los países de Latinoamérica, pero pueden ser aplicados en países de otros continentes y regiones. La ALCP y la IAHPC invitan a otras asociaciones regionales y nacionales a utilizar estos indicadores para que exista un sistema global de monitoreo que sirva de base para estudios comparativos entre países.

La ALCP desarrollará en el futuro estudios para medir el uso y aplicación de los indicadores y espera colaborar con otras organizaciones nacionales y gobiernos en este esfuerzo.

Agradecimientos

La ALCP agradece y aprecia la valiosa colaboración de las siguientes personas y entidades:

- A los participantes a la reunión convocada en Lima, en Noviembre 2012 por sus valiosos aportes y dedicación para terminar este proyecto.
- Al International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) por el apoyo en traslados, traducción al inglés y publicación del documento final.
- Al programa de Enfermedades No Transmisibles de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por su apoyo a la reunión y comentarios al documento.
- A Grunenthal Perú por la colaboración y apoyo prestados en logística, traslados, y hospedaje, que hicieron posible la reunión en Lima, en Noviembre 2012.
- Al Dr. Willem Scholten, PharmD por sus revisiones y recomendaciones al documento.

Referencias

- ¹ Alwan A et al. Monitoring and surveillance of chronic noncommunicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *The Lancet*, 2010, 376:1861-1868.
- ² Murray C, López AD. The global burden of disease. Cambridge, Mass, EUA: World Health Organization, Harvard School of Public Health and World Bank, 1996.
- ³ WHO. World Health Statistics 2012. Geneva, World Health Organization, 2012.
- ⁴ WHO. Scaling up action against noncommunicable disease: How much will it cost? Geneva, World Health Organization, 2011.
- ⁵ WHO Model List of Essential Medicines (17h List), Geneva: WHO, March 2011. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/a95053_eng.pdf Consultada Octubre 2, 2012.
- ⁶ Naciones Unidas. Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, 1961. Nueva York, NY: Naciones Unidas; 1977. Disponible en: http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf Consultada Septiembre 12, 2012.
- ⁷ INCB. Report of the International Narcotics Control Board on the Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes (E/INCB/2010/1/Supp.1). New York: UN, 2011.
- ⁸ WHO. Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled medicines. Geneva: WHO, 2011.
- ⁹ Naciones Unidas. Declaración Política de la Reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Sexagésimo sexto periodo de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, Nueva York, 19 y 20 de septiembre de 2011. Nueva York, Naciones Unidas, 2011. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/66/L.1> Consultada 18 de Septiembre de 2012.
- ¹⁰ United Nations. WHO. Global Action Plan For The Prevention And Control Of Noncommunicable Diseases 2013-2020 (revised draft - version dated 11 February 2013) Available in http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/health0309web_1.pdf (accessed March 9, 2013)
- ¹¹ United Nations. WHO. Global Action Plan For The Prevention And Control Of Noncommunicable Diseases 2013-2020 (revised draft - version dated 11 February 2013) Available in http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/health0309web_1.pdf (accessed March 9, 2013).
- ¹² Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas. Washington, D.C: OPS, 2007.
- ¹³ Lynch T et al. Mapping levels of palliative care development: a global update 2011. London: Worldwide Palliative Care Alliance. Disponible en: <http://www.thewpca.org/resources/> Consultada Octubre 12, 2012.
- ¹⁴ Centeno C, Clark D, Lynch T et al. Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC task force. *Palliative Medicine* (2007); 21; 463.

¹⁵ Harding R, et al., Pain Relieving Drugs in 12 African PEPFAR Countries. Kampala: African Palliative Care Association, 2006.

¹⁶ Asociación Latinoamericana de Cuidado Paliativos. Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenchlas J, Monti C, Rocafort J, Centeno C (2012). Atlas de Cuidado Paliativos de Latinoamérica ALCP. 1a edición. Houston: IAHPG Press.

¹⁷ De Lima L, Wenk R, Krakauer E, Ferris F, Bennett M, Murray S, Bruera E, Radbruch L. Global Framework for Noncommunicable Diseases: How Can We Monitor Palliative Care? *Journal of palliative medicine*. March 2013, 16(3): 226-229.

¹⁸ OMS. Programas nacionales de control del cáncer: Políticas y pautas para la gestión OMS, 2a ed., OMS: Ginebra; 2004. Traducción de la OPS.

¹⁹ Stjernsward, Jan, Kathleen M. Foley, and Frank D. Ferris. The public health strategy for palliative care. *Journal of pain and symptom management* 33.5 (2007): 486-493.

²⁰ Bruera, Eduardo, et al. "Treatment of pain and other symptoms in cancer patients: patterns in a North American and a South American hospital." *Journal of Pain and Symptom Management* 5.2, 1990: 78-82.

²¹ Gustavo G. De Simone. Palliative Care in Argentina. *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy*. Jan 2004, Vol. 17, No. 3-4: 23-43

²² Moyano, JR, Figuers A. The medical consumption of opioids in Colombia, 1997-2007. *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy* 24.4 (2010): 367-373.

²³ Cherny N. Is oral methadone better than placebo or other oral/transdermal opioids in the management of pain? *Palliative Medicine* July 2011, 25: 488-493.