

ARTÍCULO ESPECIAL

Los cuidados paliativos y el tratamiento del dolor en la solidaridad internacional

W. ASTUDILLO¹, E. DÍAZ-ALBO², J. M. GARCÍA CALLEJA³, C. MENDINUETA⁴, P. GRANJA⁴, C. DE LA FUENTE HONTAÑÓN⁵, A. ORBEGOZO¹, E. URDANETA¹, A. SALINAS-MARTÍN⁶, E. MONTIANO⁷, J. R. GONZÁLEZ-ESCALADA⁷, L. M. TORRES⁷

¹Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. ²Fundación Adeste y Centro de Humanización de la Salud. ³OMS, Comité de Expertos-Ginebra. ⁴Universidad Católica. Quito. ⁵Sociedad Castellano Leonesa de Cuidados Paliativos. ⁶Canarias Sahel. ⁷Sociedad Española del Dolor

“Nada puede detener una idea cuyo tiempo ha llegado.”

RESUMEN

Los cuidados paliativos (CP) y el tratamiento del dolor (TD) son elementos esenciales para mejorar o mantener la calidad de vida de muchos enfermos afectados por procesos incurables, crónicos o terminales. Su necesidad se acentúa en países con bajos y medianos recursos donde la incidencia del cáncer y de otras enfermedades como el sida va en aumento con una alta proporción de pacientes diagnosticados en fase avanzada y con un muy difícil acceso a un CP o TD adecuado a pesar de que son la única alternativa realista y humana al abandono que sufren la gran mayoría de estos enfermos. Además el perfil epidemiológico de muchos países del sur está cambiando con un aumento de enfermedades crónicas y el acceso a niveles más altos de cobertura de antirretrovirales. Para modificar esta situación, los CP y el TD deben ser incorporados por los gobiernos a sus sistemas de salud. Es también necesario que estos sean considerados una forma más de cooperación internacional. Se revisan diversos aspectos para una mayor colaboración sanitaria española en este campo con Latinoamérica y África y se sugieren vías para hacerlo a distintos niveles institucionales y asociativos.

Med Pal 2009; Vol. 16, pp. 178-186

PALABRAS CLAVE:

Cuidados paliativos. Tratamiento del dolor maligno. Dolor. Cooperación internacional.

ABSTRACT

Palliative Care (PC) and pain management (PM) are key elements for improved or sustained quality of life in many patients suffering from incurable, chronic, or end-stage conditions. Their need is more critical in low- and mid-resource countries where the incidence of cancer and other diseases such as AIDS is on the rise, with a high percentage of patients diagnosed in advanced stages, and with a difficult access to adequate PC and PM despite they are the only realistic, humane option to relieve the high levels of neglect seen in a great majority of these individuals. Also, the epidemiological profile of many Southern countries is changing, with an increase in chronic conditions and access to higher antiretroviral coverage levels. To modify this situation PC and PM must be incorporated by governments into their healthcare systems. It is also necessary that PC and PM be considered an additional means of international cooperation. The various aspects required for greater Spanish cooperation with Latin America and Africa in this field are reviewed, and ways towards this end are suggested at various institutional and associational levels.

KEY WORDS:

Palliative Care. Treatment of malignant pain. Pain. International cooperation.

INTRODUCCIÓN

“Debido que la finalidad de este artículo es poner en marcha un proyecto internacional y solidario sobre los Cuidados Paliativos y el Tratamiento del Dolor que ilusione a todos los implicados en el tratamiento de los pacientes y, para que podamos compartir lo mucho que tenemos con quienes no lo tienen, se publica simultáneamente en las revistas: *Medicina Paliativa* y *Revista de la Sociedad Española del Dolor*.”

Recibido: 11-09-08
Aceptado: 10-02-09

Los Cuidados Paliativos (CP) constituyen un modelo de actuación sanitaria que intenta mejorar o mantener la calidad de vida de los pacientes con un padecimiento avanzado y progresivo no susceptible de curación, mediante la identificación temprana y el tratamiento más adecuado del dolor y de otros síntomas. Al mismo tiempo se da apoyo a sus familias antes y después de su muerte (1-4). El

Tratamiento del Dolor (TD) evita el sufrimiento inútil, procura el alivio y mejora la calidad de vida de todos los enfermos portadores de dolor crónico mantenido durante largos periodos e incluso toda la existencia. Estos programas hacen realidad varios derechos de los enfermos: a ser aliviados de su sufrimiento de acuerdo a la *lex artis* actual, a tener el mayor bienestar posible y a vivir con la mayor dignidad posible sus últimos días (2-6).

En España se han producido en los últimos años muchos cambios significativos en la situación de los CP y TD que han influido en la generalización de su uso a las enfermedades no oncológicas o con patologías irreversibles. Ha mejorado la formación de profesionales dedicados a estos temas con un notable incremento de los programas asistenciales desde 2004, con un nivel básico de atención paliativa, proporcionado por todos los profesionales, un nivel central por los equipos de atención primaria y un específico de equipos de CP y de TD. España ocupa el lugar decimoprimer en recursos específicos en CP (7). Las Unidades del Dolor son cada vez más frecuentes en los hospitales y el número de camas actuales dedicadas a paliativos es de 2,5 por 100.000 habitantes. Existe en Cataluña un centro colaborador de la OMS para la implementación de CP con un enfoque de salud pública en países de medianos y bajos ingresos de Europa y Latinoamérica. Se ha aumentado el uso de opiáceos y de nuevos analgésicos y coadyuvantes así como muchas nuevas técnicas antiálgicas para el dolor maligno y no maligno y se habla de forma más normal del empleo de la sedación para evitar el sufrimiento intratable y de otros síntomas refractarios a los tratamientos.

Con este artículo pretendemos revisar las patologías que pueden ser susceptibles de CP y TD y establecer un marco conceptual y una plataforma solidaria de cooperación internacional española en CP y TD que trabaje para ayudar a los países que los necesitan.

SITUACIÓN ACTUAL DE LAS ENFERMEDADES SUSCEPTIBLES DE PALIACIÓN Y DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR

CÁNCER

En *The World Cancer Report* (1) se considera que la cifra global del cáncer puede aumentar en un 50% en los próximos años. De los 10 millones de nuevos casos en el año 2000, se pasará a los 15 millones en el 2020. En 2005 murieron 7,6 millones de personas por cáncer (3/4 de esta cifra en países en vías de desarrollo) y se piensa que 84 millones fallecerán en los próximos 10 años (1-3). La situación con relación al cáncer varía según dónde se viva; así, en los países ricos las posibilidades de ser diagnosticado de cáncer son más del doble que en las naciones menos desarrolladas donde se detectan tarde, hasta un 80% en fases avanzadas cuando ya son sólo susceptibles de tratamiento paliativo. Se estima que los países en vías de desarrollo disponen de un 5% de los recursos totales para luchar contra el cáncer. A menudo las acciones de control de cáncer se desarrollan en forma fragmentada y los pocos recursos existentes se utilizan predominantemente en acciones terapéuticas incompletas e ineficientes. Esto se debe a que el tratamiento no está ligado a programas de detección precoz

que permiten detectar muchos cánceres en etapas tempranas cuando existen mayores posibilidades de curación. Así mismo los cuidados paliativos, la promoción de salud y la prevención del cáncer son áreas poco desarrolladas o con poco apoyo político.

La paradoja es que el cáncer puede prevenirse hasta un 40% mejorando la alimentación y las actividades físicas, evitando la exposición excesiva al sol, eliminando los carcinógenos en el lugar de trabajo (asbestos, arsénicos y aflatoxinas), reduciendo el consumo de tabaco y alcohol, e inmunizando a las personas contra el virus de la hepatitis B (cáncer hepático) y los papilomavirus humanos (cáncer de cérvix) (1,6-10). Algunos cánceres (cérvix, cuerpo uterino, mama, testículos y melanoma) son curables con cirugía y otros con tratamientos coadyuvantes, si se los detecta a tiempo, con una tasa de supervivencia del 75% a los cinco años. Varios tumores que ocurren en jóvenes adultos como la enfermedad de Hodking, los linfomas no Hodking y los linfomas indolentes o de bajo grado tienen buenas posibilidades de cura con quimioterapia aun en etapas avanzadas (11). Con los medios actuales se puede enlentecer la progresión del cáncer y controlar bien sus síntomas (en todas las etapas), así como ayudar a los pacientes y a sus familias a sobrellevarlo mejor. En la tabla I (12) se resume qué política se puede seguir actualmente con los 8 cánceres más frecuentes.

TABLA I
CONTROL DEL CÁNCER. PRIORIDADES Y ESTRATEGIAS PARA 8 CÁNCERES MÁS FRECUENTES (12)

Origen	Prevención primaria	Diagnóstico precoz	Tratamiento curativo*	Cuidado paliativo
Estómago	+	-	-	++
Pulmón	++	-	-	++
Mama	-	++	++	++
Colon/recto	+	+	+	++
Cérvix	+	++	++	++
Boca/faringe	++	++	++	++
Esófago	-	-	-	++
Hígado	++	-	-	++

*Curativo para la mayoría de los casos con una posibilidad realista al diagnóstico temprano. ++: efectivo; +: parcialmente eficaz; -: no eficaz.

SIDA

El número de personas con VIH/sida en el mundo en 2007 es de 33.200.000, la gran mayoría adultos. Durante 2007, un total de 2,5 millones se infectaron con VIH y fallecieron 2 millones. En África, con 22,5 millones de afectados (más mujeres jóvenes que varones), en especial en la zona subsahariana con 1,6 millones de defunciones por sida, los Cuidados Paliativos son una necesidad urgente (4,13-14), porque el sida no sólo reduce la expectativa de vida, sino también porque el VIH sigue causando una morbilidad y mortalidad considerables a personas en su momento de mayor productividad. Los componentes esenciales de atención paliativa en esta patología son: cuidados físicos, con-

trol del dolor y otros síntomas, *counselling* (consejería) y apoyo emocional, económico para comida, techo, costos funerarios, pagos escolares, cuidados espirituales y de los huérfanos (15). Los pacientes con sida sufren problemas similares a los comúnmente encontrados en el cáncer: dolor, disnea, estados de confusión, etc., a los que se une la sensación de culpabilidad, vergüenza, ira y tristeza, por lo que es esencial que todas las condiciones reversibles y tratables relacionadas con el VIH/sida sean adecuadamente diagnosticadas y controladas. Los CP y TD son aplicables en todas las etapas y serán beneficiosos a un 50 a 80% de pacientes con VIH/sida. Un estudio de Sepúlveda, 2004 (14) encontró que en 5 países del área subsahariana, el número de personas que los necesitan cada año es de 690.000, esto es el 0,5% de la población total. La mejor terapia paliativa es a menudo la terapia antirretroviral (TARGA) que detiene la progresión de la enfermedad y reduce la carga viral VIH en la sangre, pero su cobertura es todavía reducida. La administración de TARGA en Botswana en 2002 se ha acompañado de una reducción de la mortalidad adulta pasando de un 8% entre 2003-2004 a 20% en 2004-2005, en particular entre los 20 y 54 años, al contrario de lo que ha sucedido en otros lugares donde no se ha puesto en marcha (16). El acceso a estos fármacos ha cambiado el panorama de esta enfermedad en los países ricos. La pobreza y la falta de educación básica hacen difícil adherirse a los estrictos regímenes de tratamiento (usar al menos 3 fármacos antivirales en combinación y una adherencia farmacológica de muchos años) lo que determina la aparición de resistencia viral progresiva. Actualmente la TARGA alcanza al 31% de personas que los necesitan en África (cifra prevista para 2005) y sólo Latinoamérica, con un 62% de afectados en tratamiento, se acerca al objetivo de que la cobertura sea universal para 2010. La mejoría en la mortalidad y morbilidad con la TARGA es notable en Brasil y será cada vez mayor en Latinoamérica, Caribe y Asia (16).

PACIENTES CON OTRAS ENFERMEDADES AVANZADAS, PROGRESIVAS

Los CP y el TD por la importante mejora de la calidad de vida que producen en los enfermos oncológicos, tienden a aplicarse cada vez más a los que padecen otro tipo de patologías avanzadas y progresivas no malignas, con una muerte cercana en el tiempo junto al tratamiento activo específico, aunque todavía son muchos los facultativos que no lo consideran así o que no conocen los criterios de *The National Hospice Organization* (17-19) (Tabla II). Por ello, es preciso trabajar e incentivar más el interés de los sanitarios en este tipo de pacientes para que se fijen en aquellos que tienen más posibilidades de perder la vida en los próximos meses para atenderlos de forma especial y ofrecerles a tiempo un tratamiento intensivo de confort junto al curativo. En estos casos sería de ayuda preguntarse: ¿me sorprendería si este enfermo muriese en los próximos meses? ¿Conozco cuáles son sus deseos sobre el final de vida? En realidad, ¿cuántos enfermos con insuficiencias orgánicas avanzadas viven múltiples ingresos hospitalarios sin que nadie les explique sus posibilidades de supervivencia o les presente las diferentes opciones entre las que pueden elegir respecto a subsiguientes ingresos y se indague su opinión

TABLA II

ELEMENTOS PRONÓSTICOS EN LAS ENFERMEDADES NO ONCOLÓGICAS (17-19)

Insuficiencia cardiaca: grado IV de NYH
 Insuficiencia renal crónica no dializable
 Neumopatía: FeV1 < 30% del valor previsto
 Hipoxemia: severa pO₂ < 55 mm, hipercapnia: pCO₂ > 50 mm
 Enf. de Parkinson: estadio V de Yahr
 Demencia: etapa 7c de Escala Fast
 No expresión, dependencia total en AVD, desnutrición, UPP.
 Infecciones a repetición.
 Hepatopatía crónica: estadio C de Child
 Encefalopatía III-IV, ascitis, bilirrubina. > 3 mg, t. prot. < 30%
 Deterioro funcional no rehabilitable: I de Barthel < 20

sobre el empleo o no de abordajes más intensivos? Para conocer sus preocupaciones es de ayuda practicar un acercamiento individual, recuperando nuestra tradición humanista y la visión integral de la persona que permita compartir informaciones en el contexto de una buena relación médico-paciente para modificar con ellos los tratamientos a fin de alcanzar objetivos diferentes y más apropiados a sus necesidades para buscar su comodidad, ayudarles a conservar el control de la situación y respetar su dignidad (20,21).

MARCO CONCEPTUAL PARA EL DESARROLLO DE POLÍTICAS DE COOPERACIÓN PALIATIVA Y DE TRATAMIENTO DEL DOLOR

La Declaración del Comité Europeo de Salud Pública: *"Se muere mal cuando la muerte no es aceptada; se muere mal cuando los profesionales no están formados en el manejo de las reacciones emocionales que emergen en la comunicación con los pacientes; se muere mal cuando se abandona la muerte al ámbito de lo irracional, al miedo, a la soledad en una sociedad donde no se sabe morir"*, aunque fue enunciada en 1981, sigue vigente en muchos países y precisa una gran acción solidaria de todos para cambiarla. Los CP y los TD, por la calidad de vida que proporcionan, deben ser considerados un derecho humano esencial y una realidad para todos. En este sentido, la Estrategia de Salud Pública de la OMS se está demostrando como muy eficaz para integrar/establecer los CP en un país y trasladar los nuevos conocimientos y destrezas basados en la evidencia a intervenciones costo-eficaces que alcancen a toda la población (1,4,6,7). Consiste en la promoción de: a) políticas de salud gubernamentales apropiadas; b) disponibilidad farmacológica adecuada (los medicamentos esenciales); c) educación de administradores, trabajadores sanitarios y del público; y d) implementación de los servicios paliativos en todos los niveles sanitarios, incluida la atención a domicilio. La solidaridad paliativa deberá seguir las directrices de toda cooperación internacional, descrita en diversos documentos como la Ley Vasca de Cooperación de 2007 (22).

PROMOVER LA CREACIÓN DE PLANES NACIONALES DE CUIDADOS PALIATIVOS

Muchos países sudamericanos no satisfacen las demandas de cuidados paliativos y se considera que sólo los reciben entre 5-10% de los enfermos que los necesitan; que más del 90% de servicios paliativos están en las grandes ciudades y que más del 50% de pacientes no puede pagar los servicios o la medicación. El 80% de las naciones no los reconocen como una disciplina y no los incluyen en los sistemas sanitarios públicos o privados. Sólo Chile, Costa Rica y Cuba tienen programas nacionales de CP (1). Una buena manera de ayudar a los restantes países sería apoyarles para que cada uno de ellos cree un programa específico de CP con ciertos requisitos mínimos de calidad, que lo incorpore a su sistema sanitario con recursos específicos, cambios en la educación universitaria y que se aplique con el mayor rigor posible. Sólo la puesta en marcha de los CP y TD con unas guías clínicas muy claras de actuación, su adaptación al medio (que podría hacerse con la colaboración de centros especializados de la OMS como los existentes) y su universalización, harían posible cambiar la situación de los enfermos (Tabla III). Los programas deberán responder a las necesidades de los pacientes y de sus familias y deben ser accesibles a una gran mayoría de la población, en términos equitativos a lo largo de todos los niveles de cuidado, sean los servicios públicos o privados. Se considera que hasta un 80% de los pacientes con cáncer avanzado se beneficiarán de intervenciones relativamente simples y de bajo costo que pueden estar integradas en los servicios comunitarios y que menos de un 20% de los enfermos requerirá servicios paliativos relativamente especializados, como son las Unidades de CP o de TD (7-8,11).

Es imperativo que los programas de CP y TD creen y fomenten políticas de salud sobre bases razonables para asegurar la sostenibilidad económica con el menor coste-efectividad junto a un cuidado compasivo que permita la existencia de determinadas facilidades como la hospitalización a domicilio que evitarían la utilización de las camas hospitalarias más costosas en la terminalidad. Es conveniente que exista un centro de referencia que pueda servir para la docencia y entrenamiento de los sanitarios y cuidadores, que se disponga de una lista de fármacos esenciales para el manejo adecuado de los síntomas que se base en las necesidades médicas de la mayoría de la población y un protocolo de CP y TD, que sea obligatorio y se aplique a nivel nacional en todas las instituciones públicas y privadas. La OMS y la IAHPH han publicado una lista de 34 fármacos que los expertos consideran fundamentales (23). Un buen ejemplo de estos programas es el Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2001 de España (24), una de las primeras respuestas institucionales bien articuladas, que propone:

–Garantizar los cuidados paliativos como un derecho legal del individuo en fase terminal.

–Asegurar una respuesta consensuada y coordinada entre los distintos servicios y niveles asistenciales.

–Facilitar la coordinación de los servicios sanitarios y sociales dentro de un programa de atención integrada y personalizada en cada paciente.

–Orientar la atención en el domicilio del paciente como el lugar más idóneo para seguir su evolución, control, apoyo y tratamientos.

TABLA III

ENFERMOS SUSCEPTIBLES DE RECIBIR CUIDADOS PALIATIVOS (3,4,6-8)

PACIENTES ONCOLÓGICOS:

- Enfermedad oncológica documentada, progresiva y avanzada con escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento y pronóstico de vida limitado
- *Pacientes con sida terminal en las siguientes categorías:*
 - Patología tumoral asociada en progresión
 - Patología neurológica en progresión: LMP o encefalopatía-VIH
 - Síndrome debilitante en progresión
 - Karnofsky inferior al 40% fuera de crisis aguda
 - Esperanza de vida inferior a seis meses

PACIENTES CON PROCESOS CRÓNICOS EN ESTADIOS AVANZADOS:

- *Insuficiencia renal crónica terminal*
- *EPOC e insuficiencia respiratoria hipoxémica, insuficiencia cardíaca donde se ha descartado intervenciones quirúrgicas o trasplante (NYHA III-IV). Coronariopatía valvular, degenerativa, etc.*
- *Hepatopatía crónica sin posibilidad de tratamiento radical*
- *Enfermedades neurológicas, progresivas e irreversibles: ACVA con mucha limitación funcional, E. múltiple, E. de Parkinson, traumatismos craneoencefálicos, demencias en progresión. Variantes de J. Creutzfeld. Neuropatías avanzadas. Coma irreversible de distintas etiologías*
- *Psicopatías crónicas*
- *Ancianos encamados con pluripatología y gran limitación funcional*
- *Personas encamadas la mayor parte del tiempo o con dificultad importante para desplazarse durante más de dos meses*
- *Úlceras por presión o vasculares amplias*

–Formar al personal sanitario en Cuidados Paliativos.

–Asegurar que el paciente, a menos que decida otra cosa, reciba un adecuado tratamiento del dolor, una información completa y verdadera, que respete su derecho a la autonomía y su participación como protagonista y no como sujeto pasivo en la toma de decisiones de su proceso asistencial.

–Afirmar que los cuidados paliativos deben estar establecidos en la conciencia pública como elemento fundamental que contribuye a la calidad de vida de los pacientes en situación terminal.

Entre los 47 países africanos con una población de 826 millones de personas, no existe ningún hospice o actividad de CP en 21 de ellos. Los servicios son escasos y la cobertura es pobre. Las organizaciones no gubernamentales son la fuente principal de apoyo de los mismos. En países con elevada población como Nigeria, los ratios de servicios de CP a la población son de 1:40 millones (25). Por estas razones, la existencia de un plan y la voluntad política para llevarlo a cabo puede ser enorme. Así, Uganda es el primero y único país africano que ha hecho del cuidado paliativo de pacientes con sida y cáncer una prioridad en su Plan Nacional de Salud y lo ha clasificado como "Cuidado clínico esencial".

Ha seguido las recomendaciones de la OMS para desarrollar una política gubernamental clara, con una adecuada educación y disponibilidad farmacológica, lo que ha determinado que los CP se hayan incorporado en el programa de estudios de médicos, enfermeros y otros profesionales sanitarios, a los que se ofrecen numerosos cursos y sesiones de trabajo sobre alivio del dolor y CP. Se ha aumentado la disponibilidad de analgésicos genéricos y de la morfina en solución que se prepara en una forma muy simple que no toma tiempo ni es costosa, a partir de morfina en polvo con empleo del sulfato de morfina. Se elabora la dosis para toda una semana (25). En este país se han publicado Guías para el manejo de fármacos de la clase A y el Hospice Uganda es una referencia en educación y entrenamiento en todos los niveles. Esto ha producido una mejoría notable de la calidad de vida de los enfermos, con aumento de la tasa de supervivencia (4).

DESARROLLO DE PLANES NACIONALES DE ALIVIO DEL DOLOR

El dolor es el problema más frecuente en la mayoría de pacientes con cáncer por lo que su manejo inadecuado es un grave problema de salud pública que puede y debe afrontarse. La correcta aplicación de la escalera analgésica de la OMS que incorpora los opioides como elementos esenciales es universalmente recomendada por ser capaz de dar un alivio importante a un 70-80% de las personas con dolor maligno. Constituye una estrategia factible de implementar y sustentar en los países en vías de desarrollo y en todos los niveles de atención. Sin embargo, tanto la escalera analgésica como la revisión Cochrane (13), las recomendaciones de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos y la Sociedad Española del Dolor (26-28) sobre analgésicos opioides (www.sedolor.es), sobre el control de las reacciones indeseables de la morfina, incluyendo la rotación opioide, así como las intervenciones neurofíticas o neuroaxiales, no se han difundido todavía a plenitud en el mundo médico (29-31).

La OMS considera al consumo de los opioides con fines médicos como un indicador de la importancia que da un país al manejo del dolor y de las dificultades que se pone, a su acceso y empleo. La morfina es un analgésico eficaz con un amplio techo con unas dosis diarias que van de 25 a 2.000 mg (dosis promedio entre 100 y 250 mg). La utilización mundial de la morfina en este contexto, afortunadamente, se viene duplicando cada 5 años desde 1984. En 2001 llegó a 30 toneladas, pero el 70% de su empleo se hizo en Austria, Canadá, Dinamarca, Nueva Zelanda, Francia, Reino Unido y EE. UU. Un 23% restante fue consumido por 133 estados, con la circunstancia de que en 51 países en vías de desarrollo no se registró ningún consumo de morfina (29,30). La situación mejoró en 2004, pero sigue el franco predominio en su empleo de los países europeos y de Canadá, Australia, Nueva Zelanda y EE. UU. Los países en vías de desarrollo, que representan alrededor del 80% de la población mundial, sólo emplean todavía de un 6% del consumo global de morfina, la base de la terapia para un buen cuidado paliativo y control del dolor. Algunas razones para su escasa utilización en América Latina son: la falta de educación sanitaria: 85% (desconocimiento por parte de los agentes de salud, las autoridades normativas, los adminis-

tradores y el público en general de que en la mayoría de los casos pueden aliviarse los dolores del cáncer); la política de los gobiernos: 65% (falta de políticas nacionales sobre el alivio del dolor en el cáncer y la atención paliativa, y las restricciones legales al uso y la disponibilidad de analgésicos opioides); el alto costo de fármacos: 55% (escasez de medios económicos y limitaciones de los sistemas de prestación de atención sanitaria y de la disponibilidad del personal); limitado cumplimiento del paciente: 50% (pobreza, dificultad de adquirir los medicamentos) y el temor a la adicción opioide: 90% (preocupación de que su uso conduzca a la dependencia psicológica y drogadicción) (12,28,20-23). Una situación similar se produce en África.

En muchos países sudamericanos y africanos no existe una disponibilidad de opioides que responda, por lo general, a las necesidades reales de la población y persisten barreras para el acceso incluido la penalización para evitar la drogadicción y su utilización con muchas restricciones para su uso y su alto costo, en parte porque los mercados son pequeños, hay una baja demanda de analgésicos opioides, son elevados los precios de producción, distribución y venta y porque no se subvencionan estos fármacos (30-35). Así, en 2004 en Ecuador (35), uno de los países con promedio de costo medio mensual más alto de tratamiento por vía oral, se requerían aproximadamente 450 dólares al mes para la provisión de una dosis equivalente de morfina (DEMO) de 180 mg y de 150 dólares en relación a un DEMO de 60 mg siendo 170\$ el salario mínimo vital. No es todavía posible disponer de morfina de acción inmediata oral, a pesar de que tanto el fentanilo como la oxycodona están en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos. Los intereses económicos y la globalización han estimulado, sin embargo, el empleo de opioides caros y de otros fármacos no siempre apropiados en el contexto clínico (31-35), en detrimento de un mayor uso de la morfina simple, pese a que la OMS y la IAHP (Internacional Association for Hospice and Palliative Care), y la IASP (International Association for the Study of Pain) recomiendan que "ningún gobierno debe aprobar el uso de morfina de liberación prolongada, fentanilo, ni oxycodona, sin antes garantizar también la disponibilidad de la liberación inmediata". Para Wiffen (13), el alivio del dolor no difiere entre la morfina de liberación lenta y la de liberación inmediata. Algunos países como Perú, se han dado cuenta de esta tremenda situación y han optado por subvencionar la adquisición de estos medicamentos. Como dice L. de Lima: "*Las naciones, los individuos y los políticos deberán aprender pronto la lección de que el alivio del dolor innecesario y del sufrimiento es una de las mejores formas de contribuir a mejorar la calidad de vida de todos*".

EL TD es un derecho de los enfermos con cáncer y un aspecto importante de su bienestar por lo que hay que vencer a los gobernantes que la adicción a la morfina en estos casos es irrisoria (4 de 12.000 pacientes) (34,36), más aun cuando estos tienen una expectativa de vida tan limitada, para que se eliminen muchas reglamentaciones excesivamente rígidas sobre opioides y que la industria farmacéutica se esfuerce para proveerlos a precios razonables, por lo menos equivalentes a los países desarrollados. En la mayor parte de los que necesitan un opioide potente, la morfina resulta a la vez eficaz y aceptable, por lo que es el medicamento de elección y su empleo se basará en la intensidad del dolor, no en la supervivencia prevista. Si se necesitan

más dosis en el cáncer es generalmente por la progresión de la propia enfermedad y la presencia de metástasis (12,34). Su utilización continuada incluso en enfermos con dolores de origen no maligno, no se asocia a un mal uso de la sustancia ni a dependencia psicológica (37). Los productos elaborados en estos países, que no tienen los costos del proceso de importación, deberían tener precios muy inferiores a los importados.

PROMOVER LA DIFUSIÓN DE LA FILOSOFÍA PALIATIVA

Con los CP y TD la medicina se ha visto potenciada como ciencia y arte por varias razones: a) la inclusión y el abordaje participativo del paciente y de su familia en su tratamiento; b) el trabajo multidisciplinar que han puesto en marcha; c) el reconocimiento del carácter social de la salud y de la influencia de los apoyos psicosociales para sobrellevar mejor la enfermedad; y d) la necesidad de que sean parte integrante de toda política sanitaria, por lo que con su existencia gana toda la sanidad (7). Los CP y el TD deberán considerarse parte del manejo integral del cáncer y coexistir con otras medidas preventivas, de detección precoz, de tratamiento activo y de soporte social de los afectados por estas enfermedades (6-9).

La labor de difusión de los CP y del TD se realiza desde hace varios años a través de un conjunto de organizaciones que desempeñan un papel muy importante para promover el desarrollo de los cuidados paliativos y el tratamiento del dolor crónico como la OMS con sus centros colaboradores, ONUSIDA, la IASP (Asociación internacional de Alivio del Dolor), la Asociación Internacional de Hospice y Cuidados Paliativos (IAHPC), *The European Association for Palliative Care* (EAPC), la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), la Asociación Latinoamericana de CP y la Asociación Africana de Cuidados Paliativos (APCA). En los 12 últimos años se han incorporado la Sociedad Española de Dolor (SED), la Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos (SOVPAL), la Fundación Adeste de Madrid, el Centro de Humanización de Madrid y la Cooperación Médica Canarias Sahel, que han organizado una parte de sus actividades al apoyo de Latinoamérica y África. *The World Wide Palliative Care Alliance* (WPCA) y diferentes organizaciones mundiales como la IAHPC (38) presentaron en la XVII Conferencia Mundial sobre el sida de México, en agosto de 2008, una Declaración conjunta que solicita el reconocimiento de los Cuidados Paliativos y del tratamiento del Dolor como otros Derechos de la Humanidad. Ha recibido un gran apoyo institucional que se espera trascienda y comprometa a los gobiernos para su implantación en sus respectivos estados.

APOYAR LA IMPLANTACIÓN DE LA MEDICINA PALIATIVA Y EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

En los países en vías de desarrollo el entrenamiento y la educación de los sanitarios en paliativos y tratamiento del dolor están pobremente definidos, por lo que se precisan apoyos para que incorporen la medicina paliativa y el TD en la docencia (8,9,38-40) y en la investigación según las necesidades específicas de la población de pacientes y teniendo en cuenta su contexto regional, socioeconómico y cultural. En

los países avanzados los CP y TD se ofrecen, por lo general, a pacientes con cáncer, pero en aquellos con menos recursos, la carga principal del cuidado abarca otras enfermedades como el sida, la malaria, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, especialmente en niños, que causan unos 15 millones de fallecimientos al año. Varias organizaciones paliativas nacionales e internacionales han contribuido muchos años a su difusión. Su actuación ha sido y es:

–La OMS desde el inicio de la década de los 80 promueve las políticas y programas de CP y TD en pacientes con cáncer avanzado. En los últimos años, la OMS incluye a los pacientes con sida y otras enfermedades y tiene en desarrollo un programa especial para promover el uso médico de los opioides.

–IAHPC. Promueve y facilita información y educación paliativa a pacientes, profesionales y dirigentes. Da apoyo con profesores itinerantes y a congresos internacionales. Promueve estrategias de colaboración para organizaciones, instituciones e individuos en paliativos (38).

–Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) firmó un convenio en 2008 con la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP) que incluye: a) el acceso a la revista *Medicina Paliativa* por parte de los socios de la ALCP; b) tres becas de entrenamiento en España al año en medicina, enfermería y gestión/administración; y c) colaboración con el congreso de la ALCP.

–Sociedad Española del Dolor (SED). Ofrece 3 Becas anuales, las revistas *SED*, *Revista Iberoamericana del Dolor* y colabora con los Congresos Iberoamericanos del Dolor (SED), Sociedad Portuguesa del Dolor y FEDELAT-Agrupación de Soc. Latinoamericana del Dolor. Sus miembros participan en las reuniones de la Sociedad Chilena del Dolor y en los congresos españoles.

–Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos (SOVPAL) con apoyo de Fundación Matía ha otorgado 3 becas en CP: dos a médicos y una a fisioterapeutas. Da soporte a varias instituciones paliativas en Ecuador (ABEI-Fudis). Tiene 15 libros editados, 9 de los cuales están en PDF en su página www.sovpal.org

–Fundación Adeste. Apoyo paliativo a albergues en México D.F. y U. de C. P. Hospital ABEI. Quito-Ecuador.

–Centro de Humanización de la Salud-Madrid. Capacitación presencial. Cursos de formación en CP en Quito-Ecuador con FECUPAL y México (Guadalajara).

–Hospitales El Sabiñal y Universitario Dr. Negrín de Canarias y FUNCIS: 8 becas a profesionales latinoamericanos para estancia en U.C. Paliativos. Numerosos cursos on line sobre CP y presenciales en Latinoamérica.

–Canarias Sahel. Promueve cursos de formación en CP en Camerún y Cooperación médica y quirúrgica en otras zonas de África.

La implantación de los CP y TD requiere dedicación, poder de convencimiento y mucha paciencia. Existe una gran necesidad de programas docentes de salud pública de CP y TD en los países de bajos y medianos recursos a nivel de pre-grado y post-grado, de modo que los cuidados paliativos estén integrados a la atención médica en los distintos niveles de asistencia con especial énfasis en el nivel primario y comunitario y la atención domiciliaria. Las visitas de expertos frecuentemente dan origen al establecimiento de relaciones de larga duración muy provechosas entre equipos en diferentes áreas del mundo (40-42). Es preciso identificar docentes y ayudar en la movilización de recursos para el apoyo de la investigación y docencia en CP y TD en estos países (9,41).

INTRODUCIR LA COOPERACIÓN EXTERIOR EN LAS ACTIVIDADES DE LA SOCIEDADES ESPAÑOLAS DE DOLOR Y PALIATIVOS

"No es un hombre más que otro si no hace más que otro"
Don Quijote, I. Capt. 18

Varias instituciones y ONG españolas – el centro colaborador de la OMS de Programas Públicos de Vic, 1987, la SOVPAL 1996-2008, la Fundación Adeste 2004-2008, el Centro de Humanización de la Salud, 2005-2008, y Canarias Sahel, 2005-2008-, han encontrado muy útil y positiva su intervención en el apoyo de organismos afines latinoamericanos y africanos, mediante la financiación de medicamentos para Unidades de CP, albergues para enfermos oncológicos, docencia y becas de estancia de profesionales, envío de libros, etc. Por ello, los autores consideramos el presente, como un momento clave para el desarrollo de la solidaridad paliativa y que procede dar un salto cualitativo desde enfoques individuales a un enfoque más global, con la creación de una organización no gubernamental española de cuidados paliativos y del dolor que permita la coordinación entre las distintas entidades y la realización de programas de cooperación más complejos. Esta nueva iniciativa podría por ejemplo: a) participar en las distintas convocatorias de cooperación europeas, nacionales, autonómicas, municipales y privadas, tanto para proyectos relacionados directamente con el cuidado de las personas (estructuras físicas, alimentación, higiene, cuidado de huérfanos, etc.), como en la atención médica directa, disponibilidad de fármacos, programas docentes y de investigación; b) colaborar en las ofertas de becas para la formación, rotación e investigación en unidades específicas de cuidados paliativos y de dolor españolas; c) promover convenios de apoyo institucionales para la docencia paliativa y antiálgica en el exterior mediante cursos tanto presenciales como a distancia en CP y TD; d) revisar, presentar, hacer el seguimiento y supervisar los proyectos de estructuras paliativas y unidades del dolor; e) coordinar este tipo de actividades con otras instituciones paliativas o de dolor similares existentes en Estados Unidos, Latinoamérica y África; y f) aunar esfuerzos con las distintas sociedades científicas que en España participan en CP y TD (SECPAL, SED, semFYC, etc.), en actividades de cooperación internacional. Un trabajo mancomunado podría facilitar enormemente una utilización más adecuada de la experiencia de diversos profesionales y un mayor éxito de los proyectos presentados en CP y TD con indudable beneficio para los países en los que intervenga España. Es dando como más se recibe. Estamos seguros de que este tipo de actuaciones no sólo producirá un beneficio individual en quienes intervengan como cooperantes sino también colectivo en las diversas entidades, no medible sólo en la cantidad sino por la calidad de los trabajos realizados y por el alivio y bienestar que este esfuerzo puede representar para los que sufren, finalidad última de toda esta propuesta.

DISCUSIÓN

Muchos países en vías de desarrollo requieren de la solidaridad internacional y la existencia de una voluntad política para introducir los CP y TD en sus sistemas sanitarios y

ofrecer una buena atención de estos enfermos con métodos simples y válidos que sean baratos, aceptables y posibles de mantener en un nivel comunitario y que puedan aliviar el sufrimiento en gran escala (1-4,6-8). Esta solidaridad es cada vez más importante para Mozambique, Sierra Leona y Haití. No sólo se necesita el envío de medicación, sino también fortalecer sus sistemas de salud, las vías de comunicación y otras infraestructuras, así como formar al personal sanitario y dar apoyo a programas de investigación adaptados a la realidad de cada nación (8-10). Si no se les apoya económicamente, ¿cómo van a tener un plan que garantice su salud, que les permita trabajar, crecer, generar recursos y que una parte de los mismos se dirija a la atención de sus enfermos? Para que subsistan estas naciones el respaldo financiero europeo debería llegar a los 66.000 millones de euros en 2010, pero sólo nueve países han establecido calendarios anuales para cubrir estos objetivos (Reino Unido, España, Bélgica, Chipre, Estonia, Finlandia, Italia, Rumania y Eslovenia). Según el Fondo Global de la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria harían falta 11.000 millones de dólares al año para lograr el objetivo del acceso universal a la prevención, atención y tratamiento, cantidad relativamente pequeña comparada con la que los países ricos han destinado a salvar a tantas instituciones bancarias responsables en buena parte de la crisis económica del año 2008.

Es necesario trabajar también contra los mitos que impiden el uso de opioides desde los de los propios médicos que tienen todavía temor a recetarlos, por los problemas administrativos para su prescripción o las falsas ideas de la población como que "que la gente que los toma se va a morir", "que deprimen la respiración", "que es ineficaz por vía oral", "que sirven para suicidarse", "que se la robarán si la tienes en casa" y "que provoca euforia" (se confunde con la sensación de bienestar que experimenta el enfermo al ser aliviado su dolor). La morfina usada de forma prudente, a dosis adecuadas, más aún por vía oral o subcutánea, con los intervalos en que está indicada y bajo control médico, no es peligrosa. Este cambio de actitud no siempre necesita una inversión económica, pero sí una transformación en la cultura sanitaria y de las leyes como ha sucedido en Uganda, donde con unas políticas nacionales apropiadas, cambios educativos y la producción de analgésicos genéricos y el empleo de la morfina en solución se ha conseguido que la medicación de una semana no cueste más que una barra de pan y que pueda ser ofrecida incluso gratuitamente (25). Un mes de sulfato de morfina genérico cuesta entre 1,8 y 5,4 dólares y no los 60 y 180 dólares que es el coste de los productos de grandes multinacionales farmacéuticas (4,30). La situación, sin embargo, es que por ahora son escasos los países de África en los que se dispone de morfina oral. Hay mucho que hacer para superar esta "opiofobia" y crear planes nacionales de TD.

La clave para el éxito de la cooperación es siempre el producto de la suma de pequeñas y medianas alianzas de organizaciones humanitarias con algunos gobiernos, con otras entidades del sector y con las comunidades y familias directamente afectadas. Debemos seguir avanzando no sólo en el combate de las enfermedades infecciosas y en la prevención y detección del cáncer, sino también en que los CP y Unidades del Dolor existan en todos estos países como parte global de una estrategia contra el cáncer, bien ayudando a cambiar esta situación desde dentro, promoviendo

acciones sanitarias con los gobiernos, y desde fuera con el apoyo de organismos y foros internacionales. *“El mejor tiempo para plantar un árbol fue hace 20 años... El siguiente mejor tiempo para hacerlo es ahora”*, indica un proverbio africano, o como dijo Beethoven: *“No esperéis el tiempo favorable, creadlo”*. Estos dos pensamientos pueden ser la llave para conseguir que las generaciones futuras tengan cada vez más garantías de supervivencia y una mejor calidad de vida hasta su muerte.

CONCLUSIONES

Existe un gran campo para la solidaridad paliativa porque si bien se han hecho importantes avances, todavía son numerosos los países que no consideran a los Cuidados Paliativos y al Tratamiento del Dolor como un asunto público y no los incluyen en su agenda de salud. Son demasiados todavía los pacientes que siguen muriendo con dolores insostenibles por ignorancia de los fármacos analgésicos, por la preocupación excesiva en la dependencia psicológica de estos fármacos, escasa educación de los sanitarios sobre analgésicos y la falta de aplicación de las técnicas antiálgicas y paliativas actualmente disponibles. La labor conjunta en pro de la cooperación con los países en vías de desarrollo de las organizaciones no gubernamentales con las sociedades paliativas y del Dolor españolas, sería

una gran aportación que cambiaría de manera notable la situación de los enfermos en el final de la vida y de los que sufren dolor crónico y, de paso, reforzaría nuestro espíritu de pueblo solidario de siempre y a nuestro propio sistema sanitario.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen por la revisión y sus valiosos comentarios a los Dres. Cecilia Sepúlveda, Liliana de Lima, Pedro Bilbao, Luis y Consuelo Cadena, Roberto Wenk, J. Carlos Bermejo, y a los equipos de J. Luis Magaro y Mary Berenguel.

CORRESPONDENCIA:

Wilson Astudillo Alarcón
C/ Bera Bera, 31-1º izqda.
20009 San Sebastián
e-mail: wastudillo49@gmail.com

Bibliografía

1. WHO. Declaration on the promotion of patient's rights in Europe. Articles 5,10 and 5,11,1994.
2. Fight against cancer. Strategies that Prevent, Cure and Care. WHO, Geneva; 2007.
3. UN Office of the High Commissioner for Human Rights and the Joint Program on HIV/AIDS. International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights. Guidelines 6; 2006.
4. Stjernsward J, Clark D. Palliative Medicine. A global perspective. En: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3^{er} ed. Oxford; 2005. p. 1199-224.
5. UNAIDS/WHO. December 2002. Available at: www.who.int/hiv/pub/epidemiology
6. Cancer control. Knowledge into action. WHO guide for effective programmes: module 5. WHO; 2007.
7. Astudillo W, Mendinueta C. Medicina Paliativa. Retos y posibilidades de los Cuidados Paliativos. En: Cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia. 5^o ed. EUNSA, Barañain. 2008. p. 49-59.
8. De Lima L, Hamzah E. Socioeconomic cultural and political issues in Palliative Care: En: Bruera E, de Lima L, Wenk R, Farr W, editors. Palliative Care in the developing world. IAHP, 2004. p. 23-38.
9. Declaración de Venecia; 2006. Available at: www.hospicecare.com/dv/espanol.html
10. Cassel CK, Foley KM. Principles of care of patients at the end of life: an emerging consensus among the Specialities of Medicine. N. York: Milbank Memorial Fund.; 1999.
11. Fornells H, Mc Garrell, Sala R. Cancer in developing countries. En: Bruera E, de Lima L, Wenk R, Farr W, editores. Palliative Care in the developing world. IAHP; 2004. p. 67-94.
12. WHO Cancer Pain Relief and Palliative Care: Report of a WHO Expert Committee, Technical Report Series, 804, Ginebra; 1990.
13. Wiffen PJ, Edwards JE, Barden J, McQuay HJ. Oral morphine in cancer pain. Cochrane Database Syst. 2003; Rev. 4: CD00368.
14. Sepúlveda C, Habiyambere V, Amandua J, et al. Quality care at the end of life in Africa. BMJ 2003; 327: 209-13.
15. Harding R, Higginson I. Palliative care in Sub-Saharan Africa. An appraisal. London. King's College and Diana, Princess of Wales Memorial Fund; 2004. Available at: www.theworkcontinues.org/causes/pall_library.asp. Accessed March 31, 2006.
16. HIV/AIDS, Epidemiological surveillance Report for the WHO African region, Uptdate, Geneva, WHO Regional Office for Africa; 2007.
17. Stuart B, Herbst, L, Kinsbrunner, B, et al. Medical guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. 1^a ed. Arlington V.A. National Hospice Organization, 1995.
18. Stuart B, Alexander CA, Arenella C, et al. Medical Guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. 2nd ed. Hospice J 1995; 11: 47-63.
19. Astudillo W, Mendinueta C. Cuidados Paliativos en enfermedades no neoplásicas. En: Cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia. 5^a ed. EUNSA, Barañain 2008. p. 273-92.
20. Benito E. La ignorancia lleva al sufrimiento. El País. 19/06/2008.
21. Astudillo W, Mendinueta C. Los enfermos crónicos y los cuidados paliativos. Notas Paliativas 2005; 6,1: 1-2.
22. Ley de Cooperación para el Desarrollo. Ley 1/2007 del 22 de febrero. B.O.P.V. Nº 48, de 8 de marzo de 2007.
23. De Lima L. IAHP. List of essential Medicines for Palliative care. Ann Oncol 2007; 18: 395-9.
24. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo. Madrid. Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001.
25. Clark D, Wright M, Hunt JA, Lynch T. Hospice and palliative, Hospice and Palliative care Development in Africa. J Pain Symptom Manage 2007; 33(5): 699-710.
26. Cherny N, Ripamonti C, Pereira J, et al. Expert Working Group of the European Association of Palliative Care Network (2001). Strate-

- gies to manage the adverse effects of oral morphine: an evidence-based report. *J Clin Oncol* 2001; 19: 2542-54.
27. Strasser F. Promoting science in a pragmatic world: not (yet) time for partial opioid rotation. *Support Care Cancer* 2005; 13: 765-8.
 28. International Narcotics Control Board. Consumption of the Principal Narcotic Drugs. In: *Narcotic Drugs. Estimated World Requirements for 2003 and Statistics for 2001*, Vienna, INCB; 2003.
 29. Education and training for pain management in developing countries. IASP Task force on Pain. Available at: www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?section=home&template/Cm
 30. De Lima L, Sweeney C, Palmer JL, Bruera E. Potent analgesics are more expensive for patients in developing countries: a comparative study. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2004; 18: 59-70.
 31. Sepúlveda C, Martín A, Yoshida T, Ulrich A. Palliative Care: the World Health Organization Global Perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24(2): 91-6.
 32. Disponibilidad de opioides en América Latina. IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. 1º Congreso de la Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos., Lima; 2008. Disponible en: <http://www.painpolicy.wisc.edu/internat/countryprofiles.htm>
 33. Wenk R, Bertolino M, De Lima L. Analgésicos opioides en Latinoamérica. La barrera de accesibilidad supera a la de disponibilidad. *Med Pal (Madrid)* 2004; 11(3): 148-51.
 34. Alivio del dolor en el cáncer. 2ª ed. WHO, Ginebra; 1996.
 35. Granja P. Análisis de la Disponibilidad de analgésicos opioides en Ecuador. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. PUCE. Ecuador; 2008.
 36. Potter J, Jick H. Addiction rate in patients treated with narcotics. *New Engl J Med* 1980; 302: 123.
 37. Portenoy R, Foley KM. The use of opiates in chronic non-malignant pain. *Pain* 1986; 25: 171-86.
 38. Joint Declaration and Statement of Commitment on Palliative care and Pain treatment as Human rights. Available at: http://www.hospicecare.com/resources/painpall_care
 39. De Lima L, Bruera E. International Association for Hospice and Palliative Care- IAHP: reporte de iniciativas y actividades internacionales. *Med Pal (Madrid)* 2003; 10(2): 62-5.
 40. Nabal M. La EAPC y los Cuidados Paliativos en los países iberoamericanos. *Med Pal (Madrid)* 2003; 10(2): 62.
 41. Bruera E. Practical Tips for Health Care Professionals Planning to teach in the developing World. En: Bruera E, de Lima L, Wenk R, Farr W, editors. *Palliative Care in the developing world*. IAHP; 2004. p. 309-15.
 42. Nabal M. Un editorial abierto al mundo en una revista abierta al mundo. *Med Pal (Madrid)* 2006; 13(2): 57-8.

ORGANIZACIONES E INICIATIVAS PALIATIVAS Y DE DOLOR INTERNACIONALES Y REGIONALES

- Organización Mundial de la Salud www.who.int
- Programa de las Naciones Unidas para el SIDA www.UNAIDS.org
- Fundaciones Princesa de Gales Memorial Fund www.theworkcontinues.org
- Robert Woods Johnson Foundation www.rwjf.org
- International Association for Hospice and Palliative care. www.hospicecare.com
- International Association for the Study of Pain www.iasp-pain.org
- Help the Hospices, UK Forum for Hospice and Palliative Care Worldwide www.helpthehospices.org.uk
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos www.secpal.com
- WHO collaborating Centre, Wisconsin, USA. www.medsch.wisc.edu/painpolicy
- Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos www.cuidadospaliativos.org
- Sociedad Española del Dolor. secretaria@sedolor.es. Documento de la SED sobre el uso de opioides. www.sedolor.es
- Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos sovpal@sovpal.org
- Fundación ADESTE fundacionadeste@terra.es
- Canarias Sahel: <http://www.cmcsahel.org/quienes.html>. Cooperación Médica con África.
- Web Andaluza de Anestesiología, Reanimación y tratamiento del dolor. <http://www.anestcadiz.com>

Revistas:

- *Cancer pain release* www.WHOcancerpain.wisc.edu
- *Hospice information* www.hospiceinformation.info
- *IAHPC* www.hospicecare.com
- *World Hospice Palliative Care Online* avril@hospiceinformation.info
- *Palliatif* (Francés) irzpalli@vtx.ch
- *Medicina Paliativa* www.secpal.com/medicina_paliativa/index.php - 10k
- *Revista de la Sociedad Española del Dolor* revista.sedolor.es/

Manuales:

- Doyle D, Woodruff R. Manual for palliative care. www.hospicecare.com/manual/IAHPCmanual.htm
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos. www.Secpal.com
- Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos: varios libros en PDF. www.sovpal.org