

CUIDADOS PALIATIVOS EN ÁFRICA

Antonio J. Salinas-Martín, Emilio Montiano-Jorge

INTRODUCCIÓN

En España los Cuidados Paliativos han experimentado un gran desarrollo en los últimos 10 años, poniéndonos en una situación de deber y de oportunidad para colaborar en la ayuda internacional con países en vías de desarrollo. Existen distintas iniciativas en este sentido en Sudamérica y en África. Este artículo revisa la situación de la Medicina Paliativa en África, de forma general y con referencia a la posición de nuestro país en este contexto.

Es difícil hablar de Cuidados Paliativos en un continente entero, con distintas realidades demográficas, sociales, culturales, sanitarias y sociales. En general, cuando se habla de estos cuidados en África se centran en la enfermedad HIV-SIDA, al ser un problema de salud pública, y más concretamente en el África subsahariana, principalmente en la zona que históricamente es de influencia inglesa, África oriental y del sur, Etiopía, Uganda, Tanzania, Zimbaue, Bostwana y Sudáfrica.

La definición de estos cuidados en el mundo está establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), pero la situación en África hace que sea preciso una ampliación específica para el continente, en relación a las necesidades de los pacientes y servicios a proporcionar para cubrirlas, particularmente por la situación de pobreza y por la enfermedad HIV-SIDA. Así, además de reforzar los aspectos clásicos del los Cuidados Paliativos, el control del dolor y otros síntomas, del apoyo emocional y psicológico, y de la atención espiritua, deben incluir: asesoramiento educacional, cuidados prácticos generales, el

apoyo financiero para la alimentación, la vivienda, los gastos funerarios, los gastos de escolaridad y el cuidado de los huérfanos¹.

¿CUIDADOS PALIATIVOS EN QUÉ ÁFRICA?

DIVISIÓN POLÍTICA

África es en extensión el segundo mayor de los continentes, formado por 53 países, con importantes diferencias raciales, sociales y culturales (figura 1).

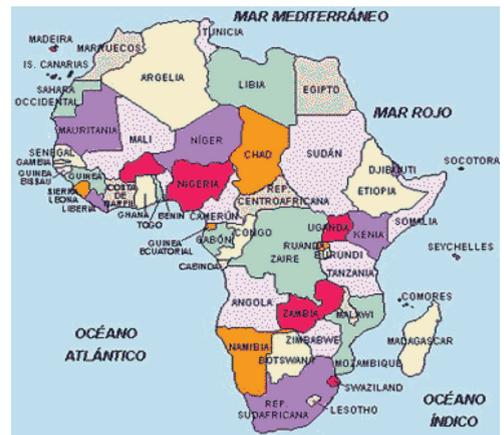


Fig. 1: División política de África.

DIVISIÓN GEOGRÁFICA

El desierto del Sahara lo divide en dos grandes regiones, la zona norte, conocida como Nortáfrica, y la que está al sur del desierto, el África subsahariana (figura 1). En el siglo XIX eran conocidas como África blanca y negra respectivamente.

Nórtáfrica a su vez se divide en lo que se denomina “el norte de África”, limitado al sur por el desierto del Sahara, incluyendo Marruecos, Argelia, Libia, Túnez, Egipto y Sudan, entre otros; dentro de ésta, su zona noroccidental es conocida como el Magreb. Y la zona sur, el Sahel, de clima semidesértico, que limita al norte con el Sahara y al sur con la sabana y

zonas de selva, incluyendo el sur de Mauritania, Senegal, Mali, norte de Guinea y Burkina Faso, Níger, norte de Nigeria y Camerún, el Chad y Sudan (figuras 2 y 3). El África subsahariana está formada por 42 países, los cuales se encuentran inmersos en una situación de pobreza, de conflictos étnicos y de inestabilidad política.

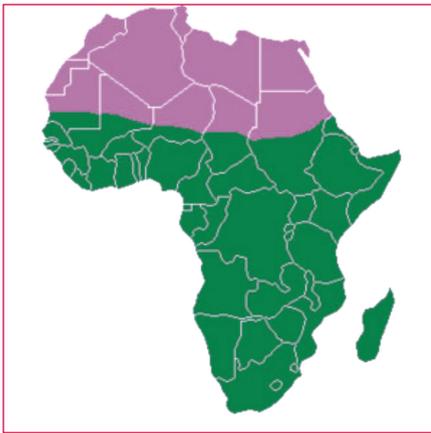


Fig. 2: África de norte y del sur.

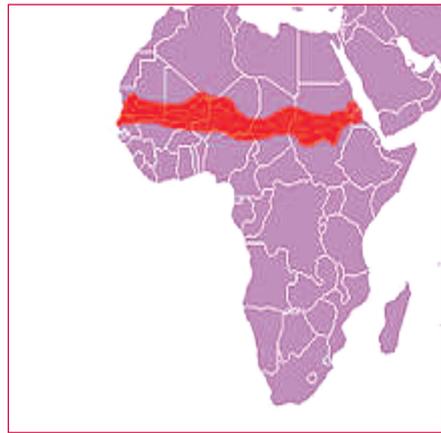


Fig. 3: El Sahel

RELIGIÓN: MUSULMANA, ANIMISTA, CRISTIANA

El Islamismo y el Cristianismo son las principales religiones, pero más de un 40% de los africanos practican un amplio abanico de religiones tradicionales. Esto implica importantes cambios culturales en cuanto a la vivencia de la enfermedad, lo cual tiene una importante repercusión en las necesidades de salud de la población.

La visión islámica considera la enfermedad parte de la voluntad de Dios. En estos países los pacientes incurables

mueren en casa. Los temas relacionados con los Cuidados Paliativos y el uso de los analgésicos pueden presentar dudas en algunas personas en relación a sus principios religiosos, por lo cual es frecuente que sea necesario integrar a las autoridades religiosas en el conjunto de la asistencia. En general la política de los gobiernos (Arabia Saudita, Egipto, etc.) es restrictiva con respecto al uso de analgésicos opiáceos².

En cambio en la tradicional subsahariana, se relaciona la enfermedad con un castigo “divino” o un “mal” provocado por la intervención de otra

persona, lo cual conlleva la búsqueda de la culpa o de un culpable. Tienen la idea de que con la muerte se pasa a una nueva vida. Con el funeral y sus ritos se favorece ese tránsito, y hace que se produzcan peculiaridades tales como economizar en la enfermedad para hacer importantes gastos funerarios. También es importante el papel de las viudas, que quedan marcadas por no haber evitado el “mal”, cuando no se las considera directamente responsables del mismo, produciéndose situaciones de exclusión social; o el de los huérfanos, que suelen ser amparados por su familia paterna de origen, pero que en las zonas donde el SIDA es más virulento, barre familias enteras dejándolos en una situación de indefensión.

EL ÁFRICA DEL CÁNCER Y LA DEL SIDA

Es tal el impacto del SIDA que ensombrece el problema del cáncer, pero es un problema real con unas cifras en crecimiento que hacen que cobre cada vez más importancia. En los países del norte de África el SIDA es poco frecuente, y la Medicina Paliativa se enfoca principalmente al cáncer.

En el África subsahariana el SIDA es la referencia, pero el cáncer también tiene una importante repercusión. En cinco de estos países subsaharianos (Etiopía, Uganda, Tanzania, Zimbaue y Bostwana.) hay aproximadamente 610.000 muertes por HIV/SIDA, y 81.000 muertes por cáncer al año. En Uganda la distribución de enfermedades terminales en el 2002 fue: un 73% HIV/SIDA, 22% cáncer, 3% ambas, y un 2% otras enfermedades^{3,4}.

Es llamativa la diferencia con los países desarrollados, donde los pacien-

tes que se benefician de los Cuidados Paliativos son enfermos de cáncer y, en menor proporción, los afectados por enfermedades neurológicas de larga evolución, neumológicas, etc. Prácticamente ha desaparecido la atención paliativa a pacientes con SIDA.

COOPERACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

Cuando se analiza la cooperación internacional en África, se pone de relieve que las principales actuaciones son realizadas por agencias como la OMS y ONGs de origen anglosajón, en la zona que históricamente es de influencia inglesa, África oriental y del sur, Etiopía, Uganda, Tanzania, Zimbaue, Bostwana y Sudáfrica. Otra zona de cooperación, aunque de menor relevancia, es la que tiene un origen francés en sus zonas de influencia.

De forma general, la cooperación internacional gubernamental española, tiene como ámbito prioritario de actuación países en los cuales hay un insuficiente desarrollo humano, con los cuales tiene o ha tenido vínculos geográficos, culturales e históricos, que acoja a un gran número de españoles o tenga una tradición comercial; en África incluye el Magreb, y más al sur Guinea. A nivel institucional, para la comunidad Autónoma Canaria es prioritaria en el Magreb: Marruecos, Mauritania, población Saharai y Argelia; y en la zona subsahariana: Senegal, Guinea Ecuatorial y Cabo Verde. Un país importante es Camerún, principalmente por la importante presencia de misioneros católicos españoles que desarrollan en él actividades sociosanitarias. Está situado en la costa occidental del centro de África, limita con Chad, Nigeria, Guinea

Ecuatorial, Gabón, Congo Brazzavillees y República Centroafricana. Su localización geográfica, rodeado de países más pobres e inestables políticamente, unida a su situación de estabilidad sociopolítica, lo convierte en un país de referencia estratégica para la realización de acciones y políticas humanitarias que repercutan en el entorno de África central. En el caso concreto de los Cuidados Paliativos la cooperación es muy escasa⁵.

INICIATIVAS QUE PROMUEVEN LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ÁFRICA

La mayoría de las iniciativas internacionales tienen como diana el problema del SIDA en el África subsahariana, predominando las que realizan su actividad en el África con raíces coloniales inglesas, África Oriental y del Sur. A continuación se mencionan las más relevantes:

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado un proyecto denominado “Community Health Approach to Palliative Care for HIV/AIDS and Cancer Patients in Sub-Saharan Africa Project” Etiopía, Uganda, Tanzania, Zimbabue, y Botsuana. El principal objetivo del proyecto es desarrollar y reforzar programas de cuidados paliativos con una visión de salud pública, promover la disponibilidad de medicamentos, y el desarrollo de una red de intercambio de información y colaboración entre los países participantes⁴.
- El Plan de Emergencia del Presidente de los EEUU para el alivio del SIDA (PEPFAR), colabora con distintos países subsaharianos, en especial con Sudáfrica³.
- La colaboración no gubernamental (ONG) de origen anglosajón con proyectos globales en la región se recoge en la tabla 1^{3,6,7,8,9}. **Tabla 1**

Tabla 1

ONG anglosajonas con proyectos globales^{3,6,7,8,9}

- **Fundación “Diana, Princess of Wales Memorial Fund”.**
Ha promovido iniciativas en 9 países (Etiopía, Kenia, Malawi, Ruanda, Sudáfrica, Tanzania, Uganda, Zambia y Zimbabue), teniendo previsto invertir en ellos, entre el 2007 y el 2012, 10 millones de libras para promover la extensión de los Cuidados Paliativos y su integración en las políticas de salud de sus gobiernos.
- **“Fundation Hospice in Sub-Saharan Africa (FHSSA)”,** ahora parte de la **“National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO)”** de los Estados Unidos.
Su objetivo es crear vínculos de asociación entre Hospicios y proveedores de servicios de Cuidados Paliativos del África subsahariana con otros de Estados Unidos, para el desarrollo de programas de soporte, ayuda financiera y asistencia técnica en 15 países africanos; así interviene en Tanzania, Zimbabue, Uganda, etc. Promueve la disposición de opiáceos con un curso on-line, realiza talleres de Paliativos en distintas regiones: zona este –celebrado en Uganda 2006; zona occidental– celebrado en Ghana 2007; y sur– en Namibia 2008; además participa en el desarrollo de instrumentos de medida de la calidad de los Cuidados Paliativos en África.
- La **“Open Society Institute - Soros Foundation Network”**, con programas de ayuda en varios países.

- También en esta zona de influencia inglesa están presentes organizaciones que intervienen en algún país determinado, como es el caso de un donante holandés que financia la mayoría de los fármacos para los hospicios en Kenia; o la Mildmay Internacional, con programas en África del este, con especial relevancia en Uganda, donde colabora con instituciones gubernamentales y no gubernamentales^{3,10}.
- En el área francófona cabe destacar la participación de la ONG "Cooperación Médica Canarias Sahel", a la que pertenecemos los autores de este trabajo. Desarrolla proyectos sobre Cuidados Paliativos en Camerún y Mauritania. Principalmente con actividades en formación; así, es de destacar que su iniciativa en Camerún en el año 2006 fue impulsora de los Cuidados Paliativos en este país, y con distintos proyectos, en fase de estudio y financiación, para la instauración de estructuras sanitarias paliativas en estos países¹¹.
- Algunos países Africanos disponen de sus propias organizaciones y servicios de Cuidados Paliativos. La "Palliative Care Association of África" (APCA), fundada en 2002, no realiza actividades de atención directa, sino de desarrollo y apoyo a distintas actividades y grupos, con actividades en países de África del este, sur, y en algunos países de la zona occidental

(Senegal, Nigeria, Sierra Leona y Ghana). Hay también distintas organizaciones nacionales en Kenia, Mozambique, Tanzania, Uganda y Zambia.⁽¹²⁾

SITUACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ÁFRICA

Clark et al, en su revisión del 2007, identifican 136 hospicios y organizaciones de atención paliativa en 15 países, más de la mitad en Sudáfrica. La gran mayoría son no gubernamentales, de caridad y de organizaciones religiosas. Los recursos incluyen, desde la prestación hospitalaria en forma de hospicios o de hospitales, a la extrahospitalaria con cuidados domiciliarios o centros médicos/centros de día³.

Este autor clasifica los países en cuatro categorías según el desarrollo de los Cuidados Paliativos y de hospicios: 1) sin actividad conocida, 2) con capacidad de realizar actividad en curso, 3) con provisión localizada de estos recursos, y 4) países en los cuales los hospicios y las actividades de cuidados paliativos están ampliamente integrada en los sistemas de salud públicos (**Figura 4**)³.

Uno de los principales indicadores del tratamiento del dolor y del desarrollo de los cuidados paliativos en un país es el consumo de opiáceos. En África el problema no es solo de uso, sino de disponibilidad, incluso en los países mejor dotados de servicios de Cuidados Paliativos. En muchos países simplemente no están disponibles, con una estrecha relación entre los países sin servicios paliativos y la no disponibilidad, como se muestra en la figura 5³.



Fig. 4: Desarrollo de los servicios de Cuidados Paliativos en África (3). Reproducido con permiso de los autores.

Como excepción, cabe destacar el caso de Uganda. Este país ha adoptado las recomendaciones de los planes de cuidados paliativos de la OMS. Es el único país africano que tiene en su Plan Nacional de Salud como prioridad el cuidado paliativo. La morfina

es proporcionada de forma gratuita. Tiene una importante actividad en formación, habiendo incorporado estos cuidados a la enseñanza de pregrado. El hospicio de su capital, Kampala, es una referencia en educación y entrenamiento a todos los niveles³.

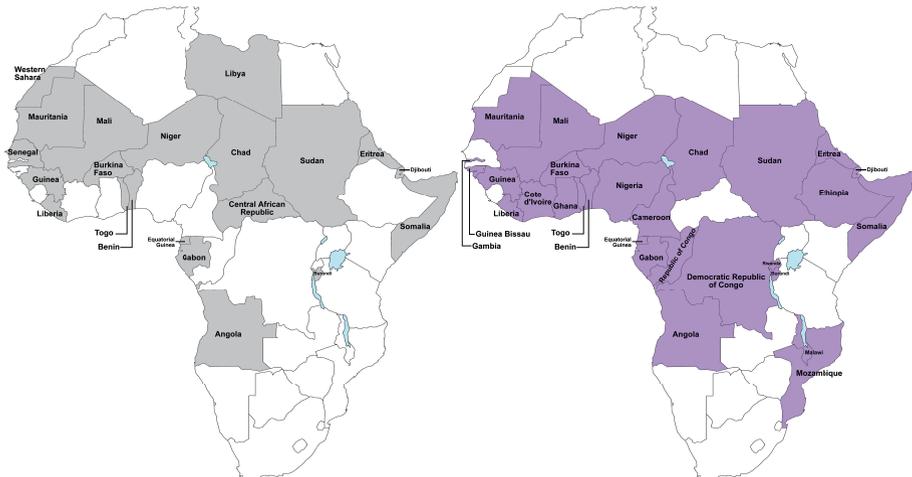


Fig. 5: Países africanos sin cuidados paliativos (izquierda), y países sin utilización de morfina (derecha) (3). Reproducido con permiso de los autores.

CÁNCER EN ÁFRICA

En los países árabes se carece de estudios sobre los factores de riesgo, métodos de detección temprana y de prevención. Se estima que cánceres que han llegado a ser curables, mediante su detección temprana en los países occidentales cuestan, en los países árabes 272.000 vidas cada año. Además, en estos países se prevé que la incidencia aumentará un 180% en los próximos 15 años¹³.

En el África subsahariana el panorama es similar. La tasa de cáncer en África se prevé que aumentará en un 400% durante los próximos 50 años, con la generalización de cánceres relacionados con infecciones - HIV, y por tanto prevenibles, entre ellos: el caso del sarcoma de Kaposi, carcinoma de

cuello uterino, el linfoma no Hodking, y carcinoma hepatocelular, así como los específicos de África, como la neoplasia de células escamosas de la conjuntiva; y un aumento de la incidencia de los cánceres pulmón, mama, y neoplasias gastrointestinales, más relacionados con los estilos de vida. Se considera que un tercio de estos cánceres son prevenibles y los principales esfuerzos de la OMS están orientados en este sentido. Sin embargo, cada año mueren medio millón de personas por esta causa, y cerca del 80% de ellos tienen dolor en la fase terminal de la enfermedad cada año, reflejando la importancia de este otro aspecto de la enfermedad^{1,14}. Las causas que condicionan este desarrollo exponencial de cáncer en África y la necesidad de medicina paliativa son expuestas en la **tabla 2**.

Tabla 2

Causas del aumento de la frecuencia de cáncer y de las necesidades de Medicina Paliativa en África¹

- Aumento paulatino de la esperanza de vida.
- Aumento de la incidencia de cáncer al copiar modelos de vida occidentales como es el caso del uso del tabaco.
- La deficiencia de intervenciones para el diagnóstico precoz.
- El déficit de instalaciones para el diagnóstico.
- La falta de disponibilidad de tratamiento, cirugía, radioterapia o quimioterapia.
- La presentación tardía de cáncer en los pacientes, estimándose que en el momento de la presentación el 80% son incurables.
- La ausencia de disponibilidad de opiáceos y de la utilización de la escalera analgésica de la OMS en muchos países.

En el cáncer, el punto clave en la supervivencia es el diagnóstico precoz, con actividades de cribado y actividades basadas en la comunidad. Pero dada la realidad de estos países,

donde hoy por hoy se esta muriendo con sufrimiento, es fundamental la atención paliativa para el alivio de los pacientes.

SIDA

En diciembre de 2007, ONUSIDA y la OMS estiman que más de 33 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo, y de éstos, dos tercios radican en los países al sur del Sahara, unos 22 millones. Además, de los 2,5 millones de nuevas infecciones en 2007, más de dos tercios se producen en esta región. Sin embargo, la carga más pesada en la región proviene de las muertes por SIDA, donde se producen más de las tres cuartas partes de las muertes por esta enfermedad en el mundo, con un total de 1,6 millones de personas. A pesar de esto, los datos de los últimos años ofrecen una luz de esperanza, sugiriendo, que con los distintos esfuerzos que se están realizando, la epidemia VIH-SIDA puede ser contenida, habiendo tocado techo en algunos países de la región; en otros está empezando a serlo, e incluso en algunos países y colectivos está disminuyendo¹⁵.

Los datos de prevalencia no son uniformes, variando entre subregiones, países, e incluso dentro de un mismo país, teniendo una presentación más que de una epidemia de una serie de epidemias. En el seguimiento de la tendencia de la infección HIV en todo el mundo se utiliza principalmente el seguimiento prenatal a las mujeres embarazadas. Partiendo de estos datos, la prevalencia fue menor del 4% en más 50% de los países, con importantes oscilaciones entre unos y otros (van desde el 0% (Argelia, Madagascar y las Comoros) al 38,7% de Swazilandia). Otra fuente de datos son las encuestas en la población general. En los datos de estas encuestas, la prevalencia del VIH también mostró grandes variaciones, desde el 0,025% al 23,6 %. En la tabla 3 se muestra la prevalencia de la enfermedad por regiones, y en ellas constata la gran importancia del problema en la zona sur de África¹⁵.

Tabla 3
Prevalencia del SIDA en África por regiones¹⁵

A. Seguimiento prenatal en mujeres embarazadas. Periodo 2005-2007.

- Zona sur de África (Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe). Es más afectada por la enfermedad, con una prevalencia superior al 15%, con excepción de Angola, con menos del 3%.
- Zona este. Presenta una prevalencia < del 7%.
- Occidental excepto Liberia < del 5%.

B. Encuestas entre la población adulta general (edad 15-49 años) en 14 países. Periodo 2004-2006.

- Zona sur. Es la zona más afectada, variando de 11,8% en Malawi al 23,6% en Lesotho.
- Zona oriental. Varía entre el 1,4% de Etiopía y el 7,1% de Uganda.
- Zona central. Varía entre el 3,2% de Guinea Ecuatorial y el 6,2 de la República Centroafricana.
- Occidental varía entre el 0,7% de Senegal al 5,7% de Costa de Marfil

Pocos países en la región han establecido sistemas para registrar y seguir la pista de datos de morbilidad y mortalidad sobre el SIDA. Por lo tanto, los datos empíricos sobre el SIDA, la morbilidad y la mortalidad son limitados. El impacto de la epidemia de VIH / SIDA sobre los niños y la mortalidad de adultos es cada vez más evidente en todos los países de la región, incluso en aquellos con epidemias de bajo nivel, como las Seychelles. Así, como ejemplo, en Sudáfrica la mortalidad entre el año 1999 y 2005 aumentó en un 87%, y en Botswana, las tasas de mortalidad bruta pasó de 301 por 100000 habitantes en 1995 a 486 por 100000 en 2000. Esta mortalidad tiende disminuir tras la instauración de las terapias antirretrovirales, mostrando esta tendencia a los 1-2 años de disponer del tratamiento de forma amplia¹⁵.

La OMS considera los Cuidados Paliativos un componente esencial en la atención integral de los pacientes con SIDA. Éstos pueden ser incorporados o eliminados cuando sea necesario y ofrecerse conjuntamente con la terapia antirretroviral. Tradicionalmente, se consideraba un tratamiento del "final de la vida", pero esta visión ha sido sustituida por otra que considera su introducción en las primeras etapas de la enfermedad, junto con el tratamiento modificador de la misma, considerándolo parte del "continuum" de la atención¹⁶.

La base de los cuidados paliativos es el manejo del dolor y de los demás síntomas. Estos síntomas son muy variados, estando presentes incluso entre los pacientes en tratamiento antirretroviral. El principal síntoma es el dolor. En

un reciente estudio realizado por K. Collins y R Harding en el 2007, para describir los síntomas y necesidades presentes en un hospicio de Tanzania, refieren como principal problema el dolor en un 41,4%; y otros estudios realizados en el mismo país estiman que de 160000 personas con SIDA, el 25% tiene un dolor severo. En estudios realizados en hospicios de Uganda más del 90% de los pacientes con cáncer y/o SIDA tenían dolor. Lo mismo pasa en Ruanda^{17,18}.

J Uwimana y Struthers P, han publicado en 2007 un trabajo sobre las necesidades sentidas por pacientes, sanitarios y otros cuidadores (trabajadores sociales, psicólogos, etc) de los pacientes con HIV/SIDA en Ruanda. Es interesante resaltar que la principal necesidad es la asistencia financiera, ya sea para cubrir las necesidades terapéuticas o las derivadas de la pérdida de ingresos al no poder trabajar por la enfermedad; en segundo lugar, destacaron la necesidad de cuidados domiciliarios; en tercer lugar, las de tipo nutricional y de alimentos; y sólo en los siguientes puestos aparecen las necesidades médicas, como el control del dolor, acceso al tratamiento antirretroviral y consejo sobre el HIV. Como se puede ver, el abanico de intervenciones en los pacientes con SIDA no puede estar focalizado únicamente en el control de síntomas. Estas necesidades son similares a las detectadas en otros países, y la mayoría no son cubiertas. La mayor parte del esfuerzo está dirigido a la terapia antirretroviral y la profilaxis de infecciones oportunistas, en lugar de servicios de apoyo y de suministro de opiáceos^{19,20}.

La terapia antirretroviral ha supuesto un cambio fundamental en la enfermedad, con muchas pruebas de que mejora la calidad de vida y la supervivencia cuando son administradas de forma temprana. Pero la accesibilidad es deficiente y la cobertura limitada en la mayoría de los países de África. Es recomendable la administración de estos fármacos al mismo tiempo que se instaura la atención paliativa. E incluso se puede hacer prevención al tiempo que paliación¹⁹.

En Ruanda, más del 50% de los pacientes habían recibido analgésicos, pero sólo el 8% sintieron que fueron efectivos. Esto sugiere que el tratamiento del dolor es insuficiente. Entre las causas se señala la dificultad de acceso a opiáceos, la falta de formación de los profesionales en el tratamiento del dolor y la insuficiente cobertura paliativa¹⁹.

En el África subsahariana se vive al aire libre y se muere en casa. El cuidado de las personas con SIDA y cáncer al final de la vida se realiza dentro de la comunidad. Las familias, hijos pequeños, amigos, y vecinos se convierten en cuidadores. Estos cuidadores informales son pobres, con frecuencia enfermos, y sin un reconocimiento y soporte a la actividad que desarrollan. Por estar razón, es muy importante la labor de voluntariado y de unidades de atención domiciliaria, generalmente vertebradas en torno a enfermeras, con actividades de ayuda domiciliaria, que pueda permitir el acceso a alimentos, ayudas para los niños pequeños y otras necesidades de las familias, al tratamiento antirretroviral, y tratamiento paliativo; llegando incluso en el caso de Uganda al desarrollo de legislación y formación

que permite que enfermeras prescriban opiáceos, sin que esto signifique que no sean necesarios centros específicos de Cuidados Paliativos, tipo hospicio o unidades en hospitales de agudos, que proporcionen atención a personas sin ningún tipo de recurso o soporte social, situaciones de sufrimiento clínico, o aquellos que por la causa que sea no puedan morir en su domicilio. En algunos lugares, como Sudáfrica o Uganda, se han desarrollado programas integrados, compuestos por voluntarios, atención domiciliaria y hospicio, siendo este último la base de apoyo para el cuidado domiciliario^{21,22,23}.

Los otros problemas que se añaden a la enfermedad son los que históricamente acosan a África, como la pobreza –que limita los recursos financieros y los servicios de salud, afectando además de forma principal a los que ya son pobres y socialmente desfavorecidos– y las guerras con sus cargas de violaciones y transmisión del SIDA debida a esta causa, con la subsecuente afectación psicológica añadida. Además del peso que se acompaña a la enfermedad, en forma de duelo, están otros aspectos como la pérdida de las relaciones, el desempleo, discapacidad, el aumento de costos de atención de salud, el estigma, el ostracismo y el miedo a la muerte prematura, así como la falta de recursos sanitarios, llegando a un 60% las personas que nunca han visto a un médico o enfermera antes de morir. Además a las crisis de personal de salud debida a su mala distribución dentro y entre los distintos países, se añade la migración de los trabajadores de salud locales y las malas condiciones de trabajo. Enmarcando una desoladora situación de sufrimiento que acompaña a todo el proceso^{19,21,22,24}.

CONCLUSIÓN

Los cuidados paliativos son, hoy por hoy, el único enfoque realista en muchos países de África en el tratamiento del cáncer y una necesidad fundamental en el tratamiento del SIDA. Esta situación hace que proveer de estos cuidados al África subsahariana sea una necesidad urgente, y debe tenerse en cuenta principalmente la situación del SIDA Terminal^{3,4,24}.

La medicina paliativa en estos países cambia con respecto a los desarrollados, con enfermedades que ya están en retroceso en occidente como el SIDA, y además de incluir los aspectos clásicos de la disciplina, debe adaptarse a las peculiaridades culturales, y a las necesidades específicas de pacientes y familias, que trascienden de lo que es el control de síntomas y atención médica, para cobrar importancia la integración de factores sociales y los relacionados con la supervivencia más elemental de las personas.

Por último, recalcar el papel que puede desarrollar la cooperación de nuestro país en el continente africano, tanto por la madurez de estos cuidados, por la situación geográfica y los lazos históricos, principalmente en el área del norte y del Sahel.

Correspondencia: Antonio J. Salinas Martín. E-mail: asaltar@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. HARDING R, HIGGINSON I. Palliative care in Sub-Saharan Africa. An appraisal. London: King's College and Diana, Princess of Wales Memorial Fund, 2004. Disponible en: <http://www.theworkcontinues.org/document.asp?id=86&pageno=>
2. ATIGHETCHI D. Islamismo y eutanasia. 2008. Disponible en: <http://www.anahuac.mx/ihcs/images/noticias/08-Me2-2.pdf>
3. CLARK D, WRIGHT M, HUNT J, LYNCH T. Hospice and palliative care development in Africa: a multi-method review of services and experiences. *J Pain Symptom Manage.* 2007 Jun; 33(6): 698-710.
4. World Health Organization. Community health approach to palliative care for HIV/AIDS and cancer patients in Sub-Saharan Africa. Geneva: World Health Organization, 2004. 8. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591498.pdf>
5. Borrador del Plan director de cooperación de las Islas Canarias. Disponible en: http://www.africainfomarket.org/aim/AIM/published/DEFAULT/node_3692.html
6. The Diana, Princess of Wales Memorial Fund. Disponible en: <http://www.theworkcontinues.org/>
7. Foundation for Hospices in Sub-Saharan Africa. Disponible en: <http://www.fhssa.org>.
8. National Hospice and Palliative Care Organization. Disponible en: <http://www.nhpco.org>.

9. Open Society Institute - Soros Foundation Network. Disponible en: <http://www.soros.org/initiatives/regions/africa>
10. Mildmay. Disponible en: <http://www.mildmay.org>
11. Cooperación Médica Canarias Sahael. Disponible en: <http://www.cmcsahel.org/>
12. African Palliative Care Association (APCA). Disponible en: <http://www.apca.co.ug/>
13. OMS y OIEA reúnen esfuerzos para combatir cáncer en países árabes. ONU - Sala de prensa. 8 de mayo del 2006. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?newsID=6841&criteria1=cancer&criteria2=>
14. MORRIS K. Cancer? In Africa?. *Lancet Oncol.* 2003 Jan; 4(1): 5
15. HIV/AIDS epidemiological surveillance report for the WHO African Region: 2007 update.
16. POWELL RA, MWANGI-POWELL FN. Improving palliative care in Africa. *BMJ.* 2008 Sep 23; 337: a1566. doi: 10.1136/bmj.a1566.
17. COLLINS K, HARDING R. Improving HIV management in sub-Saharan Africa: how much palliative care is needed? *AIDS Care.* 2007; 19(10): 1304-6.
18. OLWENY C, SEPULVEDA C, MERRIMAN A, FONN S, BOROK M, NGOMA T, DOH A, STJERNSWARD J. Desirable services and guidelines for the treatment and palliative care of HIV disease patients with cancer in Africa: a World Health Organization consultation. *J Palliat Care.* 2003 Fall; 19(3): 198-205.
19. UWIMANA J, STRUTHERS P. Met and unmet palliative care needs of people living with HIV/AIDS in Rwanda. *SAHARA J.* 2007 May; 4(1): 575-85.
20. Kikule E. A good death in Uganda: survey of needs for palliative care for terminally ill people in urban areas *BMJ.* 2003 Jul 26; 327(7408): 192-4.
21. MPANGA SEBUYIRA L, MWANGI-POWELL F, PEREIRA J, SPENCE C. The Cape Town Palliative Care Declaration: home-grown solutions for sub-Saharan Africa. *J Palliat Med.* 2003 Jun; 6(3): 341-3.
22. POWELL RA, MWANGI-POWELL FN. Improving palliative care in Africa. *BMJ.* 2008 Sep 23; 337: a1566. doi: 10.1136/bmj.a1566.
23. RAMSAY S. Leading the way in African home-based palliative care. Free oral morphine has allowed expansion of model home-based palliative care in Uganda. *Lancet.* 2003 Nov 29; 362(9398): 1812-3.
24. ASTUDILLO W, DÍAZ-ALBO E, MENDINUETA C, GRANJA P, DE LA FUENTE C, ORBEGOZO A, URDANETA E, SALINAS MARTÍN A, MONTIANO E, GONZÁLEZ ESCALADA JR y TORRES LM. Los cuidados paliativos del tratamiento del dolor en la solidaridad internacional. En prensa. *Revistas de la SECPAL y SED.*