



CÁTEDRA DE BIOÉTICA

RECURSOS ESCASOS Y ACCESO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL
SISTEMA SANITARIO MOZAMBIQUEÑO

Autor: Francisco Valente Fumo

Director: Prof^ª. Dra. Carmen Massé García

Madrid

Junio de 2016



CÁTEDRA DE BIOÉTICA

RECURSOS ESCASOS Y ACCESO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS
EN EL SISTEMA SANITARIO MOZAMBIQUEÑO

Por

Francisco Valente Fumo

Visto Bueno del Director

Prof^a. Dra. Carmen Massé García

Fdo.

Madrid – Junio de 2016

ÍNDICE

ÍNDICE	5
SIGLAS Y ABREVIATURAS	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1. LOS ENFERMOS TERMINALES EN EL SISTEMA SANITARIO MOZAMBIQUEÑO	11
1.1. DATOS SOCIALES Y ECONÓMICOS	11
1.2. EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD EN MOZAMBIQUE	13
1.3. SALUD Y ENFERMEDADES FRECUENTES	18
1.4. ACCESO A LA SALUD EN MOZAMBIQUE	20
1.5. ENFERMOS TERMINALES Y ACCESO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS	25
CAPÍTULO 2. BIOÉTICA Y CUIDADOS PALIATIVOS	29
2.1. TECNIFICACIÓN DE LA MEDICINA Y PACIENTES TERMINALES	29
2.2. FARMACOLOGÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS	35
2.3. CUIDADOS PALIATIVOS: UN IMPERATIVO BIOÉTICO	37
CAPÍTULO 3. CUIDADOS DE LOS ENFERMOS TERMINALES Y EL RETO DE LA ESCASEZ DE LOS RECURSOS SANITARIOS	41
3.1. RECURSOS SANITARIOS.....	41
3.2. ENFERMOS TERMINALES Y DERECHO A NO SUFRIR	49
3.3. MUERTE CON DIGNIDAD.....	57
CONCLUSIÓN	61
BIBLIOGRAFÍA	65
LIBROS	65
ARTÍCULOS Y CAPÍTULOS DE LIBROS.....	66
DOCUMENTOS.....	68
ANEXOS	70
TABLA 1. INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD, MOZAMBIQUE.....	70
TABLA 2. GASTOS DE SANIDAD EN MOZAMBIQUE.....	70
TABLA 3. RADIO TEÓRICO DE LA RED PRIMARIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SANIDAD.....	71
TABLA 4. CRITERIOS PARA LA ADMISIÓN AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL.....	71
TABLA 5. CARACTERÍSTICAS DE LOS PRINCIPALES OPIOIDES Y EQUIVALENCIAS.....	72

SIGLAS Y ABREVIATURAS

PIB	Producto Interno Bruto
IDH	Índice del desarrollo humano
OMS	Organización Mundial de la Salud
VIH	Virus de Inmunodeficiencia humana
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
IMT	Instituto de la Medicina Tradicional
MISAU	Ministerio de Sanidad de Mozambique
HCM	Hospital Central de Maputo
ONGs	Organizaciones No Gubernamentales
US	Unidad Sanitaria
SNS	Servicio Nacional de Sanidad
SADC	Southen Africa Devolpment Comunity
VPH	virus del papiloma humano
SWAp	<i>Sector Wide Approach</i>
SAP	Servicios de Anatomía Patológica
IASP	Asociación Internacional para el Estudio del Dolor
IAHPC	Asociación Internacional de Hospices y Cuidados Paliativos
WPCA	Alianza Mundial para el Cuidado Paliativo
EAPC	Asociaciones Europea de Cuidados Paliativos
ALCP	Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos
APCA	Asociación Africana de Cuidados Paliativos
ONU	Organización de las Naciones Unidas
AACP	Asociación Africana de Cuidados Paliativos
JIFE	Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes

INTRODUCCIÓN

Este trabajo del fin del Máster en Bioética tiene como tema “Recursos Escasos y Acceso a los Cuidados Paliativos en el Sistema Sanitario Mozambiqueño” se fundamenta en el derecho a la asistencia sanitaria consagrada por la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 25, que asegura que “toda la persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial, la alimentación, la vivienda, la asistencia sanitaria y los servicios sociales necesarios”¹. Como sabemos este derecho se basa en la dignidad inviolable de todo ser humano; por ello, es defendido constitucionalmente por varios países, como es el caso de Mozambique. Con efecto, en su constitución, en el artículo 89, recoge este derecho.

Para materializar este derecho a la asistencia sanitaria, muchos países en vías de desarrollo se enfrentan claramente con la escasez de recursos. Mozambique es uno de estos países con recursos limitados sobre todo en el área sanitaria. Entre los principales problemas del sistema sanitario, se encuentran la falta de presupuesto suficiente para ofrecer cuidados de salud con calidad, tener pocos centros sanitarios para cubrir las necesidades de la población y poco personal formado en medicina. En el primer capítulo, indicamos de forma detenida estos problemas.

Las limitaciones económicas provocan la desatención de los pacientes terminales. Por ello, esta monografía tiene como principal objeto de estudio indagar si es justo limitar el derecho de la asistencia sanitaria a los enfermos terminales por falta de recursos sanitarios. Este problema nos remite a una discusión basada en el principio de la justicia. Si la Bioética entonces evolucionó de los principios de no maleficencia y beneficencia para la autonomía del paciente, a día de hoy se debate con el problema de la justicia y de la vulnerabilidad. Es decir mientras los médicos a través de la tradición hipocrática aportaron los principios de la beneficencia y no-maleficencia, el paciente el de la autonomía, existe un tercero interviniente, siempre presente en la relación médico-paciente, la sociedad, con el principio de la justicia.

Los sistemas sanitarios invadidos por las leyes del mercado, son llamados a encontrar el justo medio entre coste y beneficio. Además, es evidente la cuestión de la

¹ DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS, Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948.

justicia distributiva. ¿En qué medida los recursos escasos influyen en el acceso a los Cuidados Paliativos? Ésta sería nuestra pregunta de pesquisa.

Sin duda, hablando de los enfermos terminales no podemos quedarnos solo en el derecho a la asistencia sanitaria. Pues, el principal problema con el que se enfrenta el enfermo, en estas condiciones, es del sufrimiento, que puede ser físico, psicológico, social y espiritual. El remedio para este sufrimiento son los Cuidados Paliativos. En esta asistencia, los medicamentos tienen sentido de mejorar los síntomas y la calidad de vida. Para delimitar mejor la pesquisa, nos centramos en el sufrimiento físico. Por eso, es relevante para nuestra argumentación el derecho a no sufrir y la obligación de todos los gobiernos de promover los analgésicos opioides para paliar el dolor físico de los pacientes terminales.

Como hipótesis de causa para que no haya unidades de Cuidados Paliativos en el sistema sanitario mozambiqueño es la falta de recursos suficientes que puedan abarcar este servicio. El camino que vamos a seguir es buscar una hipótesis de solución. Nuestro objetivo general es analizar la relación entre recursos escasos y dispensación de los Cuidados Paliativos en el sistema sanitario mozambiqueño. Intentaremos, a lo largo del trabajo, demostrar que el problema de base puede no ser tanto los recursos, aunque estos puedan influir. Sin embargo, para elucidar eso tendremos que describir el sistema sanitario mozambiqueño, presentar los Cuidados Paliativos como imperativo bioético, demostrar cómo la falta de recursos sanitarios influye en los Cuidados Paliativos. Estos son los objetivos específicos que nos ayudarán a llegar al general.

La metodología del trabajo es fundamentalmente cualitativa, o sea es de análisis y disertación, teniendo como base los datos bibliográficos consultados. No obstante, es necesario recurrir a métodos cuantitativos cuando hablamos de la cobertura sanitaria en Mozambique. Así, se da lugar a una investigación correlacional, en lo referente a la relación que se mantiene entre escasez de recursos y acceso a los Cuidados Paliativos. Además, esta investigación correlacional exige de nosotros una necesidad de conocer la realidad social, económica y política del país, lo que nos permite acercarnos a los indicadores sanitarios. Con esos indicadores es posible presentar lo que debería ser, el ideal de los Cuidados Paliativos partiendo del presupuesto de que ellos son imperativo bioético para cualquier sistema sanitario.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) defiende que los Cuidados Paliativos son problema de salud pública, por eso los gobiernos deben brindarlos a todos los pacientes que los necesiten. Este pensamiento nos permitió hacer una reflexión

ética considerando las posibilidades existentes en Mozambique. De una manera resumida, estos son los tres capítulos de que se constituye el trabajo.

La investigación suele tener dos características imprescindibles. Una subjetiva y otra objetiva. La subjetiva surgió en contexto pastoral de salud. Cuando ejercíamos nuestro ministerio pastoral, nos deparamos con sufrimiento intenso de pacientes terminales. Las familias, ante el dolor intenso que padecía el enfermo, hacían de todo, pero nunca encontraban una respuesta adecuada en el sistema sanitario. La costumbre es conceder una alta a los pacientes que no pueden curarse. El sufrimiento provocado por el dolor de las personas que compartimos con ellas los últimos momentos de su vida, nos motivaron subjetivamente a escribir esta investigación. El hecho de que la medicina sólo desde hace muy pocas décadas ha mostrado preocupación e interés por aliviar el sufrimiento de los enfermos terminales constituye nuestra motivación objetiva. Es decir, la ciencia médica se centra mucho en el diagnóstico y tratamiento curativo de las enfermedades. Así, se invierten recursos en estas áreas, los Cuidados Paliativos salen por la puerta trasera de la ciencia médica. Por ello, se explica la escasez de bibliografía sobre la cuestión.

La situación de Mozambique, cuando se habla de Cuidados Paliativos, es más preocupante. No hay ninguna inversión de recursos en esta área de la medicina. De hecho, es el área olvidada por el gobierno y profesionales de salud. En todos los materiales bibliográficos que hemos tenido acceso, ninguno plantea la cuestión de los enfermos terminales. Además, es curioso que los programas gubernamentales, los planos estratégicos de la salud, no hagan referencia a la situación de los enfermos terminales. En este sentido, aunque puedan existir trabajos que no tuvimos acceso, constituye para nosotros una osadía elaborar una investigación sobre el tema. Cabe añadir que hay pocas investigaciones en lo que se refiere a la situación sanitaria de Mozambique, por eso la pobreza de los datos que presentamos.

CAPÍTULO 1. LOS ENFERMOS TERMINALES EN EL SISTEMA SANITARIO MOZAMBIQUEÑO

Para hablar de la escasez de recursos y acceso a los Cuidados Paliativos en el sistema sanitario mozambiqueño, es necesario partir de algunos datos sociales, económicos y sobre todo de los sanitarios. Estos datos nos van ayudar a conocer la situación del país. Como todos sabemos, la economía influye en el acceso a los cuidados sanitarios.

Nuestro punto de partida es que el sistema sanitario de este país se basa en el principio de que todos los mozambiqueños tienen derecho a la asistencia sanitaria. Este derecho es garantizado por la constitución y consignado en la carta de los derechos del enfermo. En esta última se puede leer: “todos los ciudadanos tienen derecho a la salud, independientemente de su condición social y económica y orientación sexual, o sus convicciones políticas, filosóficas y religiosas, las cuales deben ser respetadas, en el ámbito de la constitución y de los derechos humanos”².

En este capítulo, expondremos la situación social y económica de Mozambique, pero nos interesarán en particular los datos referentes a la salud, demostramos los problemas que enfrenta el sistema sanitario.

1.1. Datos sociales y económicos

Mozambique tiene un área de 799.380 km²; la población se estimaba en 24,366,112 habitantes, con tendencia a aumentar hasta cerca de 28.6 millones (datos del INE) en 2019³, a un ritmo de crecimiento anual de 2.4%, resultante de la baja natalidad y mortalidad. La densidad poblacional es de 30 hab/Km².

El país está dividido administrativamente en provincias, distritos, puestos administrativos y localidades. La capital del País es Maputo. La República de Mozambique se localiza al sudeste de la África, es bañado por el Océano Indico a este, al norte hace frontera con Tanzania, al nordeste con Malawi y Zambia, Zimbabue al

² MINISTÉRIO DA SAÚDE, Conselho Nacional da Saúde, *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes*, aprovado a 20/12/2011, Maputo 2001, art. 1.

³En esta cifra, se debe tener en cuenta que aún persiste el problema de registro de nacimientos, muchos niños son registrado cuando empiezan a ir al colegio.

oeste y Suazilandia y Sudáfrica a sudoeste. Su localización le permite tener un clima tropical húmedo al norte y en la orilla, y seco en el sur y en el interior del país. También está condicionado por mociones al norte y recibe la influencia de centros ciclónicos y anticiclónicos en el sur, con una región de transición en el centro. Este clima es determinante para comprender su epidemiológico: “el cólera en la época lluviosa, enfermedades diarreicas y meningitis en la época de la sequia, bien como la ocurrencia de calamidades naturales (inundaciones, sequía y ciclones) con impacto negativo en la salud y los servicios de la salud”⁴.

Mozambique obtuvo su independencia de Portugal en 1975, y dos años después (1977) entró en una guerra civil con la guerrilla de la Renamo (Resistencia Nacional de Mozambique).

Pero es necesario conocer más el país para comprender mejor su sistema sanitario. Mozambique posee muchos recursos naturales, como energía hidroeléctrica, gas natural, carbón, minerales (titanio, grafito...), madera y pescado. Las principales exportaciones son gamba, algodón, castaña de cajú, azúcar y té.

Su economía está esencialmente basada en la agricultura, junto con una incipiente industria de alimentación, bebidas, productos químicos, aluminio y petróleo, en ascenso en últimos tiempos. El turismo es uno de los sectores que más crece. El país tiene, desde el año del 2001, la tasa media de crecimiento económico anual del Producto Interno Bruto (PIB) más alta del mundo. El crecimiento medio anual del PIB en orden del 7.6%, con un rendimiento *per capita* medio anual de 5% en el periodo 2005-2009 y un 6-7% en los últimos dos años. Pese a la tasa elevada del PIB, la renta per cápita (se refiere el rendimiento por persona), el índice de desarrollo humano (IDH), la desigualdad de la renta y la expectativa de vida son los más bajos del mundo. Está en el puesto 185º, dentro del listado de los países con más bajo índice de Desarrollo humano; es un índice muy bajo y cercano a los países considerados fracasados, como Guinea-Bissau (puesto 178º), República Centro Africana (puesto 180º) y Chad (puesto 184º).

La población de este país es muy joven, con más de 10 millones de niños, lo que representa casi la mitad de la población total. Veamos ahora la distribución por edad: 0-14 años: 45,3% (hombres 5.627.116/mujeres 5.566.260), 15-24 años: 21,3% (hombres 2.566.298/mujeres 2.689.695), 25-54 años: 27% (hombres 3.113.095/mujeres 3.553.266), 55-64 años: 3,5% (hombres 404.988/mujeres 448.814), 65 años y más:

⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Plano estratégico do sector da saúde PESS 2014 – 2019*, Ministério da Saúde, Maputo 2013, 6.

2,9% (hombres 332.013/mujeres 390.599). La población de los mayores sufre, en su mayoría, de varias enfermedades, como la hipertensión, diabetes, cáncer, artrosis, osteoporosis, entre otras enfermedades, agravadas por problemas nutricionales y por la inactividad física. La proporción de mujeres/hombres es de 100/93. Cerca del 70% de la población vive en zonas rurales, realizando labores agrícolas de supervivencia. La tasa de alfabetización es un 47,8% y el índice de pobreza el 60,2%.

A día de hoy, en Mozambique, la esperanza de vida ha aumentado hasta los 53.1 años en 2013 según el INE, pero aún es muy baja teniendo en cuenta que la media africana de la misma es de 55. El país necesita de mejores condiciones de nutrición, agua potable, el saneamiento del medioambiente y cuidados de salud. Las enfermedades que dominan son las de transmisión sexual, de modo particular el HIV/SIDA con el índice de prevalencia de 11,5%, correspondiente a 1.4 millones de infectados.

A continuación presentamos los índices de la salud. El cuadro abajo corresponde al Ministerio de Sanidad de este país⁵ (Tabla 1. Indicadores del estado de salud, Mozambique).

1.2. El servicio nacional de salud en Mozambique

En este apartado del capítulo, buscaremos, antes de nada, definir el sistema sanitario. Hablaremos del modo de financiación de sistema sanitario mozambiqueño y por fin haremos una caracterización del sistema sanitario en Mozambique.

Para hablar del sistema sanitario es necesario distinguir dos cosas: salud y sanidad. La salud se refiere a un estado de la persona y sanidad es un concepto más amplio; implica el modo de organizar la salud. La OMS definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁶. El sistema sanitario es el “conjunto de recursos y servicios disponibles para atender a las necesidades de salud de la población; y si tenemos en consideración el ámbito de actuación, podemos definir el sistema sanitario

⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Plano estratégico do sector da saúde PESS 2014 – 2019*, Ministério da Saúde, Maputo 2013, 10.

⁶ OMS, *preguntas más frecuentes* (<http://www.who>, acceso en 28/01/2016, 20h).

como el conjunto de actuaciones susceptibles de contribuir a la mejora de la salud, incluyendo todos los ámbitos de la actividad humana”⁷.

El Sistema Sanitario Mozambiqueño incluye el sector público, el sector privado con fines lucrativos y el sector privado con fines no lucrativos. Además de los sectores público y privado, existe en Mozambique la medicina tradicional. Más de la mitad de la población, sobre todo en los ambientes rurales, recurre a estos cuidados prestados por los curanderos. Un dato proveniente de la OMS indica que, muy recientemente, el Gobierno decidió reconocer el sector tradicional y su papel en cuanto prestadores de servicios de salud. El gobierno reconoce que una parte de la población tiene en la medicina tradicional, su única fuente de cuidados de salud y que el potencial de esta componente de SNS no ha sido valorada en su totalidad. El gobierno reconoce también que hay que mejorar la colaboración con la medicina tradicional. Para dinamizar este proceso fue creado en 2007 el Instituto de Medicina Tradicional (IMT) subordinado al MISAU⁸.

El sector público constituye el Servicio Nacional de la Salud, que se divide, por orden creciente de dimensión de los servicios, en cuatro niveles. El nivel primario es constituido por los centros de salud, bien urbanos o rurales. Los hospitales generales, rurales y de distrito, forman parte del segundo nivel. Están en el tercer nivel los hospitales de las capitales provinciales.

El nivel superior, el cuarto, es representado por los hospitales centrales de Nampula, Beira y Maputo. Hemos de decir que, de entre los hospitales centrales, el de Maputo es el más importante visto que ofrece mayor especialidades médicas. Todos los pacientes con patologías que necesitan de asistencia sanitaria más especializada y compleja son transferidos a este hospital. Se debe añadir que algunas especialidades médicas sólo existen en este hospital. Este servicio es el principal responsable de los cuidados de la salud en Mozambique. Tiene una red sanitaria formada por cerca de 1.340 unidades de salud. Hablamos de red sanitaria pública porque existe el sector privado y los médicos tradicionales. Sobre este aspecto volveremos más adelante. La distribución de estas unidades sanitarias son 50 hospitales (incluyendo los tres centrales), 776 centros de salud en los tres niveles (urbanos, de distrito y rurales) y 514

⁷ J. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, *Modelos de política sanitaria en un mundo globalizado* en J. de La TORRE DÍAZ, *Salud, justicia y recursos limitados*, U P Comillas, Madrid 2012, 59 -81.

⁸ Cfr. OMS, *o sistema de saúde* (www.who.int/profiles_information/index.php/Mozambique:The_Health_System/pt, acceso en 17/02/2016, 15h)

puestos de salud. Hay cerca de 20.500 profesionales de la salud. De acuerdo con esos datos, hay una unidad sanitaria por 15.000 habitantes. De estas unidades sanitarias sólo 3,6% están constituidas por hospitales y tienen capacidad de resolver problemas complejos.

Los centros de salud tienen como función ejecutar la estrategia de los cuidados de la atención primaria, constituyendo el primer contacto de la población con los servicios de salud y resolviendo los problemas de salud más básicos de la comunidad. Su responsabilidad es asegurar la cobertura sanitaria de la población que se encuentre dentro de su territorio.

“A este nivel son resueltos los problemas menos complejos, surgiendo por consiguiente la necesidad de su expansión a lo largo de todo el territorio para que puedan estar más cecas de los usuarios. Cerca del 90% de los problemas que motivan los primeros contactos de la población con la estructura sanitaria pueden ser resueltos en este nivel”⁹.

En el segundo nivel, los hospitales generales, de distrito y rurales, prestan cuidados de salud secundarios y constituyen el primer nivel de referencia para los pacientes y usuarios que no encuentran respuestas a sus problemas en los centros de salud. Estos hospitales, en general, ofrecen “condiciones para la realización de intervenciones de grandes cirugías, internamiento, y disponibilidad de servicios individualizados en cuatro especialidades básicas: medicina interna, pediatría, cirugía y obstetricia – ginecología”¹⁰. En este punto, hay que subraya que en los hospitales rurales no siempre existen las especialidades que hicimos referencia arriba.

Los hospitales provinciales, que están en el nivel tercero, constituyen la referencia para los pacientes y usuarios que no encuentran soluciones en los centros de la salud y en los hospitales rurales, de distrito y generales. Los hospitales centrales son referencia de última instancia para los pacientes y usuarios que no encuentran respuestas en los niveles anteriores. Normalmente, este nivel ofrece apoyo al nivel segundo con acciones médicas que incluyen especialidades más complejas, como las infecto-contagiosas, cuidados intensivos, psiquiatría, dermatología, medicina física y rehabilitación.

Los hospitales centrales son la referencia para los pacientes que no encuentran respuestas en los niveles anteriores. Funcionan también como hospitales provinciales. Ellos cubren la demanda en salud de las regiones en que se encuentran.

⁹ M. MOSSE y E. CORTEZ, *A corrupção no sector da saúde em Moçambique*, Maputo: Centro de Integridad Pública de Moçambique, Maputo 2006, 9.

¹⁰ *Ibiden*, 10.

Mención especial merece el Hospital Central de Maputo. De hecho, como aseguró João Fumane, en el mensaje de apertura de las terceras jornadas científicas de esta institución: “dentro de la estructura organizacional del sistema nacional de la salud, el Hospital Central de Maputo es de referencia nacional en el cuidado de los enfermos, enseñanza e investigación”¹¹. Además, es el más grande de todo el país.

El Hospital Central de Maputo tiene una capacidad de 387 camas de pediatría, 347 de medicina, 310 de cirugía, 244 de obstetricia y ginecología, 200 de ortopedia, 20 unidades de cuidados intensivos y 40 de clínica especial. Suma un total de 1.540 camas. Estos departamentos cuentan con la ayuda de los siguientes servicios: anatomía patológica, radiología, medicina legal, banco de sangre, farmacia, servicio de urgencia, unidades operatorias, laboratorios de análisis clínico, servicios de anestesia, unidad del dolor y central de esterilización. Además, posee dos comisiones técnicas que son la comisión de prevención y control de infecciones y comisión de tumores. Observando la estadística disponible de 2008 hasta 2010, nos ofrece el siguiente panorama de asistencia: 67.758, 63.094 y 58.596 pacientes al año.

El HCM no consigue responder a la demanda de los usuarios del sistema de sanidad mozambiqueño, existiendo en esta unidad sanitaria grandes colas, falta de medicina e insuficiencia de un cuerpo clínico adecuado.

El sector privado con fines lucrativos se encuentra solo en las ciudades, en particular en la ciudad de Maputo; en su mayoría prestan servicios de farmacia; son usuarios de ellos los trabajadores de las grandes empresas, misiones diplomáticas y clientes de las aseguradoras. Casi la totalidad de mozambiqueños no se beneficia del seguro de salud. Sólo el 3% de las mujeres y hombres entre 15-49 años posee seguro de salud privado¹².

Este sector no es muy controlado por el gobierno, por eso su contribución para el desarrollo de la sanidad en Mozambique no se conoce en términos ni cualitativos ni cuantitativos. Lo que se sabe es que comparten los mismos recursos humanos. El sector privado no lucrativo, con su dimensión de caridad, coopera con el sistema público de sanidad. Las ONGs, en su mayoría intervienen en programas concretos con el ministerio de sanidad, sobre todo en los programas de VIH/SIDA. Pero, a veces no poseen

¹¹ Hospital central de Maputo – III Jornadas científicas do HCM 2015 (www.jornadascientificashcm.org 16.02.2016, 21h)

¹²Cfr. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, *Moçambique – inquérito demográfico e de saúde*, Ministério da Saúde, Maputo 2013, 56.

reglamentos de cooperaciones muy claros; por eso no suelen fortalecer el sistema nacional.

La Medicina Tradicional y Alternativa es la más usada por los mozambiqueños. Razones culturales y de acceso hace que la mayoría recurre a ella, teniendo mayor cobertura que la medicina convencional. La estimación es de un practicante de la medicina tradicional (PMT) por cada 200 habitantes. Se reconoce el tratamiento prestado por la medicina tradicional y la existencia de plantas con valor medicinal apreciable, pero algunos tratamientos terminan en intoxicación para el enfermo. Por ello, es muy importante la colaboración entre la medicina convencional y la tradicional.

El sistema sanitario mozambiqueño sigue un modelo de financiación pública donde se busca un tratamiento de igualdad en las necesidades, igualdad de acceso e igualdad de derecho a la salud, recogido en el artículo 89 de la Constitución: “todos los ciudadanos tienen el derecho a la asistencia médica y sanitaria, en los términos de la ley, bien como el deber de promover y defender la salud pública”.

La financiación del sistema público de sanidad mozambiqueño depende del presupuesto del Estado, de las ayudas de la cooperación al desarrollo y de los pagos directos efectuados por los usuarios. La inversión en la sanidad se reparte de esta manera: 34% procede del Estado, el 50% viene de la cooperación internacional y ONGs y el 16% de los pagos de los usuarios. En algunos años, la inversión externa en salud llegó al 66%.

La primera forma de financiación (el presupuesto del Estado) incluye el fondo para el apoyo del presupuesto de sector sanitario; inserido en el planteamiento sectorial amplio (SWAp) es empleado del mismo modo que el presupuesto del Estado. La segunda forma de financiación son los fondos verticales, destinados a soportar el combate a enfermedades específicas. De estos fondos, el del gobierno de EEUU (USG) y el Fondo Global de Lucha contra VIH, TB y Malaria (FG), representan más de la mitad de los recursos financieros totales del sector y son realizados, frecuentemente, en forma de contratos con ONGs, o en contribuciones económicas. La última forma de financiación procede de los pagos hechos por los usuarios en las unidades sanitarias (US) del Sistema Nacional de Sanidad (SNS), incluyendo el 1,5% del descuento del sueldo de los funcionarios públicos para la atención médica. La financiación es de los servicios de la seguridad social, aunque pese a su considerable crecimiento, aún no está debidamente empleada.

Vamos ahora, como ejemplo, a mostrar los gastos de sanidad en Mozambique en 2011: los gastos totales fueron de 23 billones de meticales (cerca de 425 millones de euros). El 6,2% vino del PIB, pero según el Banco Mundial, Mozambique necesita de 54 USD (dólares americanos) para solventar las necesidades básicas de la salud. La media en los países de la SADC (comunidad de desarrollo de la África Austral) era de 259 USD en 2009. A continuación presentamos una tabla que ilustra la situación de los gastos en el sector sanitario (Tabla 2).

1.3. Salud y enfermedades frecuentes

Según una encuesta sobre las causas de mortalidad en Mozambique, realizada en 2008, las principales causas son la malaria (28,8%), el SIDA (26,9%), enfermedades del periodo peri-natal (6,5%), enfermedades diarreicas (4,4%), neumonía (4,3%), accidentes/causas externas (3,9%), enfermedades del aparato circulatorio (3,4%), tuberculosis (3,1%) y cáncer (1,2%). La malaria y el SIDA son las principales causas de mortalidad en ambos géneros.

Aunque las principales causas de muerte en Mozambique sean la malaria y el SIDA, al tener este trabajo como objetivo hablar del acceso a los Cuidados Paliativos a los pacientes en estado terminal, nos detendremos de modo más extenso en tres enfermedades: el SIDA, la tuberculosis y el cáncer. La razón es que estas enfermedades presentan situaciones terminales, en las que los pacientes necesitan de Cuidados Paliativos. El orden de descripción de la incidencia de estas enfermedades será el siguiente: SIDA, tuberculosis y cáncer, teniendo en cuenta el índice de mortalidad que presentan.

Mozambique se encuentra entre los 10 países más afectados por el HIV/ SIDA en el África Sub-Sahariana. La estimación superior de nuevos casos en Mozambique se situaba alrededor de 150.000, y la tasa de muerte era de 90.000. Mozambique es uno de los pocos países dentro de la región del África austral más afectado por el VIH/SIDA a nivel mundial; en 2012, había 1.4 millones de personas infectadas por el virus del VIH/SIDA. Las tasas de prevalencia siguen subiendo, contra la tendencia cada vez más extendida en los últimos años de estabilización o incluso de reducción, tal y como sucede en casos como los de Zimbabue, Botsuana, Suazilandia, Lesoto, Malawi y Zambia. La tasa de prevalencia media en Mozambique no ha parado de crecer desde finales de los años 80, hasta alcanzar en la actualidad la cifra del 12,5%, frente a los

datos más altos de la región donde se encuentra: Suazilandia (26,1%), Botsuana (23,9%), Lesoto (23,2%) y Sudáfrica (18,1%).

Mozambique se encuentra en una posición destacada con respecto al uso de nuevas herramientas de diagnóstico, como los dispositivos en el punto de atención que ya se están usando para las lecturas de recuentos de linfocitos CD4; actualmente están en estudio para la supervisión de la carga viral. El uso de tecnología móvil en Mozambique ha ayudado a mejorar la retención de pacientes, proporcionando respaldo al cumplimiento del tratamiento y mejorando la gestión de la información¹³. En el contexto mozambiqueño, una persona infectada por VIH, si sigue los tratamientos de forma correcta, puede vivir cerca de 10 años o más.

La tuberculosis constituye aún un serio problema de salud pública en Mozambique; es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, afectando principalmente a adultos entre los 15 y 49 años de edad, pero también a niños y personas infectadas con el VIH. En los pacientes con VIH el porcentaje de prevalencia es de 47%. Mozambique se encuentra entre los 22 países del mundo más afectado por la tuberculosis. La prevalencia de todas las formas de TB es de 504 casos por 100.000 habitantes. La incidencia de la TB es tal que se puede registrar cada año cerca de 60 mil casos (2012)¹⁴. La tasa de mortalidad es de 127 muertes cada 100.000 habitantes¹⁵.

A pesar de no tener muchos recursos sanitarios, los enfermos que recurren tempranamente a las unidades sanitarias, consiguen la curación de la enfermedad, pues el sistema de salud consigue curar el 80% de los infectados de esta enfermedad. Hay que añadir que como el tratamiento usado en Mozambique dura 6 meses, algunos pacientes abandonan la medicación por varios motivos. Además, se observa un problema adicional, que es la Tuberculosis resistente, que ya pasa de las 1500 infecciones, y que reduce la tasa de curación a un 40%.

Los casos de cáncer están aumentando en Mozambique. Los datos indican que el cáncer de útero es el más frecuente, afectando al 32% de las mujeres con cáncer. En Mozambique, se registran cada año cerca de 3.500 nuevos casos de cáncer de útero. La tasa de mortalidad supera los 2.500 casos. Después, sigue el cáncer de la mama, que

¹³ OMS, *Informe Mundial Onusida*, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013. Catalogación por la Biblioteca de la OMS Informe mundial: ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013. "ONUSIDA/JC2502/1/S", 58.

¹⁴En los datos que se ofrecen al gobierno, a veces, no se incluyen a los de las clínicas privadas y ONGs.

¹⁵ Cfr. MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Manual de Diagnóstico e Tratamento de Tuberculose Resistente e Multi-Droga Resistente*, MISAU, Maputo, 2009, p. 9.

tiene un índice de incidencia de alrededor del 8% de las mujeres diagnosticadas con cáncer. A la vez, el cáncer de próstata representa el 8% de de todos los cáncer registrados en las unidades sanitarias.

En los últimos tres años, el número de consultas de oncología en el Hospital Central de Maputo ha crecido hasta un 50%, con una tasa de ocupación de camas que sobrepasó el 100%. Los datos de los Servicios de Anatomía Patológica (SAP) del HCM en 2010, muestran las siguientes estadísticas de incidencia de cáncer dentro de un universo de 1534 diagnósticos. En las mujeres, el cáncer del cuello del útero se estima en el 31%, el cáncer de mama en el 10%. En los hombres, el cáncer más frecuente es de la próstata. De los casos analizados en este servicio, el 16% sufrían cáncer de próstata y el 16% el sarcoma de Kaposi, siendo el cáncer de hígado¹⁶ un 11%.

1.4. Acceso a la salud en Mozambique

Desde la proclamación de la Independencia (1975), Mozambique ha considerado la salud como un bien esencial para la población. En este contexto, consagró en su constitución el derecho a la salud en el artículo 89 con en estas palabras: “todos los ciudadanos tienen derecho a asistencia médica y sanitaria, en los términos de la ley, y el deber de defender y promover la salud”. El artículo asegura a todos los mozambiqueños el derecho a la asistencia médica y sanitaria y promueve la igualdad en su acceso. Es necesario clarificar que se refiere a los cuidados que promueven la salud, previenen y curan la persona.

La independencia tuvo sus consecuencias sobre los servicios ofrecidos por el sistema de sanidad mozambiqueño. Con la independencia vino el funcionamiento del sistema sanitario en régimen de urgencia, provocada por el flujo de población, la salida de los médicos portugueses y la clausura de varias unidades sanitarias. En esta época de la independencia, los servicios de salud se tornaron públicos y dejaron de estar exclusivamente al servicio de la burguesía portuguesa. Pero el hecho de que fueran públicos no significó el acceso a la salud a todos los mozambiqueños. Pese a la ayuda

¹⁶ Thebora SULTANE, *Padrões de ocorrência dos cancros diagnosticados no Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Central de Maputo 2009 – 2010*, en I Jornadas Científicas do Hospital Central de Maputo 27 e 28 de Maio de 2011.

de los países de la antigua Unión Soviética en médicos y medicinas, el servicio no era suficiente para responder a la demanda de atención sanitaria de la población.

Sin embargo, el gobierno siempre procuró hacer todo lo posible para que este derecho fuese efectivo. Nacionalizó el sistema de sanidad, pidió el apoyo del Bloque del Este y de algunos países occidentales, Italia, en particular. “Samora Machel implantó el marxismo leninismo en Mozambique como orientación política al hacerse cargo del nuevo Estado. Nacionalizó la salud, la educación, la justicia y otros servicios que habían estado a cargo de la Iglesia católica”¹⁷. Eso hizo con que su sistema sanitario fuese de los más adelantados del continente africano. Pero la guerra vino a destruir gran parte de las infraestructuras sanitarias y agudizó las limitaciones y carencias en términos de recursos humanos y materiales o estructuras de gestión, por el lado de la oferta. A su vez, esto deterioró sustancialmente las condiciones de vida, la seguridad alimentaria, y el estado de salud de la población, por el lado de la demanda¹⁸.

La guerra, que hubo ente los años 1977 – 1992, vino a empeorar la red sanitaria con la destrucción de gran parte de los hospitales y centros de salud. Terminada la guerra, empezó el proceso de reconstrucción y rehabilitación de la red sanitaria. Además de las infraestructuras destruidas, el gobierno tuvo que enfrentarse a la falta de profesionales formados en medicina, enfermería y gestión sanitaria, como también a la escasez de medicamentos básicos en las unidades sanitarias, con más del 50% de la población sin cobertura sanitaria. Los problemas del acceso a los cuidados sanitarios aún persisten hasta hoy, sobre todo para las poblaciones en las zonas rurales.

La red sanitaria consta de 1.130 unidades sanitarias (43 hospitales, 435 centros de salud y 652 puestos de salud), y cuenta con unas 400 maternidades, de las que apenas 140 tienen más de 10 camas, y menos del 10% ofrecen cuidados obstétricos de urgencia. Se dispone de 0,043 médicos/1.000 habitantes y 0,21 enfermeros/1.000 habitantes (lo recomendado por la OMS es 0,2 y 1 respectivamente). Mozambique está calificado como uno de los 57 países que enfrenta una escasez crítica de profesionales para la salud cuyos indicadores están entre los más bajos del mundo. En este contexto, el 50% de la población tiene acceso a servicios de salud aceptables, 36% tiene acceso a

¹⁷ J. Luis TOLEDANO, *A la sombra del cajueiro: españoles en Mozambique mozambiqueños en España*, AECID, Madrid 2015, 33.

¹⁸ Cfr. REAL INSTITUTO ELCANO, Área: África Subsahariana - ARI N° 78/2009 Fecha: 18/05/2009, 2.

una unidad sanitaria a 30 minutos de su casa a pie, y el 30% tiene totalmente inhabilitado el acceso a los servicios de salud.

Como se puede ver en la tabla 3, la cobertura de sistema de sanidad aun es muy limitada, pues el radio de cobertura de la unidad sanitaria de nivel primario es de 14 Km, variando de 18 Km en Tete a 2 Km en la Ciudad de Maputo. Y en términos de recursos humanos, es de 83.6 profesionales de salud para 100.000 habitantes y 5.5 médicos para el mismo número de habitantes en 2011. La distribución por el territorio de los profesionales es desigual. Podemos decir que:

“...el hecho evidente a día de hoy, se concluye en el difícil acceso a la salud de las poblaciones residentes en las áreas rurales y urbanas. La cobertura de atención sanitaria para la población es cerca del 70%... se caracteriza por su deficiencia respecto a la cantidad de cuidados sanitarios disponibles, y por la falta de recursos humanos capaces de cubrir la demanda del País”¹⁹

Mozambique continúa con debilidades estructurales en el sistema sanitario. Los principales problemas son de acceso a la asistencia sanitaria. La cuestión es notable por las masificaciones que se verifican en los hospitales generales y centrales y por el difícil acceso a una consulta con especialista; puede llevar más de seis meses obtener una consulta en los hospitales de referencia. Estos hospitales, se enfrentan con el grave problema de la falta de camas para la hospitalización de los enfermos.

Podemos añadir que pese al esfuerzo del gobierno en implementar nuevos programas para el desarrollo del sistema de sanidad, sus intentos chocan con la falta de recursos humanos cualificados y su distribución por el país, la no existencia de equipamiento en las unidades sanitarias, la ineficiencia en la distribución de medicamentos, la ausencia de implicación de la comunidad por bajo nivel de escolaridad y la falta de normas y protocolos en algunos programas. Además, tenemos a decir que la práctica médica en Mozambique carece de protocolos y normas a varios niveles.

En las zonas rurales, la cuestión es más complicada, pues hay insuficientes infraestructuras de transportes y comunicaciones que condicionan el acceso a las unidades sanitarias. Además, en las zonas rurales más recónditas, es casi imposible encontrar un médico, solo técnicos de medicina general y enfermeros unidades sanitarias sin los medios básicos como luz eléctrica.

Sin embargo, el gobierno sigue trabajando mucho para solventar el problema de acceso a la sanidad. Así, el porcentaje de la población con acceso a una unidad sanitaria

¹⁹N. P. F. ALBASINI, *Saúde pública em Moçambique no atendimento rural unidade sanitária móvel* (Tesina de Máster), Universidade de São Paulo, São Paulo 2013, 6.

a menos de 45 minutos a pie aumentó del 55% al 65% entre 2002-03 y 2008 -09, con mayores ventajas para las zonas rurales (especialmente en el norte del país). Esto contrasta con las zonas urbanas, donde se observa una reducción de la población con acceso a una unidad sanitaria a menos de 45 minutos de distancia, lo que tal vez indique una expansión rápida de las zonas urbanas. Este desarrollo que hubo en el sector de la salud en Mozambique es también subrayado por organismos internacionales:

“Destacarían, entre otras, la elaboración de Planes Estratégicos para el Sector Sanitario (PESS 2000-05-10) del MISAU (*Ministério de Saúde*, Ministerio de Sanidad), los Planes Estratégicos Nacionales de Lucha contra el VIH/SIDA (PEN I y PEN II) y los avances producidos en materia de planificación y gestión de fondos de ayuda provenientes de diferentes actores de cooperación internacional canalizados por medio de un “nuevo instrumento” de carácter sectorial denominado SWAp (*Sector Wide Approach*), que pretende apoyar las capacidades de provisión de servicios básicos de Estados frágiles. Esto ha facilitado también el incremento de los fondos presupuestarios destinados al sector sanitario durante los últimos años, dentro de un complejo sistema que incluye diferentes mecanismos de financiación del sector (el Presupuesto del Estado, el Fondo Común Provincial, el Fondo Común Medicamentos, el Fondo Común General PROSAUDE y otros financiamientos externos individuales)”²⁰.

La observación del Instituto Nacional de Estadística de Mozambique es cierta, pero hay que añadir que el problema es que el proceso de urbanización no es seguido de una expansión similar de la red sanitaria. Entonces, las zonas que antes eran rurales, con la creciente urbanización del país, a día de hoy se enfrentan al problema de la falta de centros sanitarios. Y como ya no son rurales sino urbanas, se considera que hubo disminución en las zonas urbanas.

La distancia para acceder a los puestos de salud, la falta de medios en los mismos para responder a los problemas de salud de la población, el bajo nivel de escolaridad de los residentes de las zonas rurales, entre otras cosas, hace que se recurra mucho a la medicina tradicional.

Pese a que las mejoras son notables, el país aún tiene carencias enormes, los indicadores de la salud muy bajos y también dificultad para conseguir los recursos básicos sanitarios para las personas que viven en las zonas rurales.

La política del gobierno en el sector de la sanidad es la de conjugar los esfuerzos de varios sectores que tienen implicaciones en la salud pública. Su estrategia es la de priorizar la atención primaria para poder prestar asistencia a la gran mayoría de la

²⁰ REAL INSTITUTO ELCANO, *Las políticas de lucha contra el VIH/SIDA en Mozambique: retos para la cooperación internacional (ARI)* <www.realinstitutoelcano.org> (acceso el 3/3/2016)

población, en particular a los grupos más vulnerables, teniendo en cuenta la reducción de tasas de morbilidad y mortalidad en el país.

Los principios que orientan el trabajo del ministerio de sanidad son: cuidados de salud primarios, equidad, calidad, implicación de la comunidad, investigación e innovación tecnológica, integridad, transparencia y prestación. Para el ministerio, “los cuidados de salud primarios significa la prestación de servicios integrados y continuos, accesibles, localmente y aceptables, con tecnología apropiada, participación y apropiación por parte de la comunidad”²¹.

La equidad se debe observar en la localización, prestación y utilización de los servicios de salud. La calidad se refiere a la puntualidad, eficacia, seguridad y respeto a las preferencias de los usuarios. Además, en la salud, se debe implicar toda la comunidad, la ayuda de otros sectores sociales, la necesaria investigación, la integridad, la transparencia y la prestación de cuentas.

El reto de la medicina en Mozambique es promover y prestar cuidados sanitarios de buena calidad y sostenibles, con equidad y eficacia, tornándolos accesibles a la población, de manera particular a los grupos vulnerables. El sistema de sanidad concentra sus esfuerzos en la salud de la mujer, niños y jóvenes. Por eso, desarrolla las campañas de vacunaciones, crea programas para el desarrollo de conocimiento sanitario en los jóvenes y proyectos de salud escolar.

Se busca aumentar el acceso a los servicios básicos de salud de buena calidad, en particular en las zonas rurales, reducir la mortalidad materna a través del incremento de partos hospitalarios al 50% y aumentar el índice de las consultas prenatales. Con ello se pretende reducir la tasa de mortalidad infantil y juvenil. Así mismo se pretende desarrollar más programas de lucha contra el VIH/SIDA, disponer de acceso a los cuidados esenciales de salud, cuidados clínicos y cuidados a domicilio para personas con VIH/SIDA, así como para sus familias; asegurar el apoyo psíquico-médico-social en todos los centros de salud de las capitales de distrito en los corredores del Sur, Centro y Norte.

²¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Plano estratégico...*, 37.

1.5. Enfermos terminales y acceso a los Cuidados Paliativos

En esta sección, describimos la situación de los pacientes que necesitarían de Cuidados Paliativos. La descripción no es exhaustiva, pues busca sobre todo demostrar la necesidad que apuntar una perspectiva de respuesta a la demanda. Antes de nada, es importante acercarnos al concepto de enfermo terminal. En esta disertación proponemos la definición del equipo profesional sanitario cristiano, que dice:

“se considera como tal a todo enfermo con diagnóstico cierto, cuya patología es juzgada irreversible y que le conducirá inevitablemente, a corto o a medio plazo, a su fallecimiento. Además, la patología que le afecta altera gravemente su calidad de vida y precisa, por ello, de una constante y progresiva asistencia médica y sanitaria de carácter integral”²².

Con ayuda internacional, Mozambique ha logrado aumentar de manera importante su cobertura de tratamiento antirretrovírico, así como las pruebas de detección y el asesoramiento para el VIH desde 2012. La expansión de la cobertura de tratamiento para las mujeres embarazadas que viven con el VIH ha tenido como resultado un descenso del 73 % en las nuevas infecciones por el VIH entre los niños, de 2011 a 2014. Las nuevas infecciones por el VIH entre los adultos también se han reducido en un 40 % de 2004 a 2014.

Mozambique ha usado el tratamiento retroviral con mucho éxito; la descentralización en la distribución de los medicamentos hace que las personas tengan acceso a los mismos. Además, el gobierno, con ayuda de algunas ONGs, pone al alcance de las personas que padecen de esa enfermedad, el tratamiento. El mayor problema en la lucha contra el HIV es el elevado número de personas que abandonan el tratamiento, aunque a que el ministerio de sanidad tenga un programa de acompañamiento que incluye visitas al domicilio de los enfermos. Lo mismo que se puede decir del acceso a los tratamientos del HIV, se puede aplicar también a la tuberculosis.

Además de las condiciones de la tabla 4, se debe preparar el enfermo para que empiece el tratamiento con TRAV, después de un diálogo con los especialistas y de un acompañamiento psicológico. En general, muchos enfermos que padecen de HIV mueren aun en tratamiento, y siempre los equipos sanitarios dan atención a las enfermedades oportunistas. La curación de estas enfermedades tiene prioridad en relación al comienzo del tratamiento con TARV. Entonces, se puede decir que los

²² AA.VV, *Asistencia a domicilio de enfermos terminales. Manual de consulta para el voluntario y los familiares*, Editorial y Distribuidora S.A, Madrid 1992, 31.

enfermos de HIV tienen la asistencia hasta la muerte, con una esperanza de vida alrededor de los 10 años para los pacientes que no abandonan el tratamiento.

En lo que se refiere a los enfermos de cáncer, la cosa es muy complicada. El país hasta ahora no ha estado preparado para luchar contra esta enfermedad. Entre los enfermos que se tratan con quimioterapia, algunos, después de las sesiones, vuelven a sus casas; los que viven lejos de la ciudad de Maputo son hospitalizados (son pacientes que vienen de las provincias como Gaza y Inhambane, que no pueden hacer el largo camino (un mínimo de 250 km) de regreso a sus casas. Esta medida se toma para disminuir la falta de camas que se verifica en los hospitales en general. Para la zona sur del país, el HCM es el único que cuida de pacientes oncológicos. El país, aun no dispone de radioterapia; los pacientes que la necesitan son trasladados a Sudáfrica.

Los enfermos hacen solo 6 sesiones de quimioterapia, no importa en qué estadio de evolución de la enfermedad estén, pues el hospital no tiene presupuesto suficiente para cubrir el gasto de más tratamiento.

Pasada la fase de la quimioterapia y de la operación, en casos que sea necesario, el paciente, no teniendo lugar en el hospital, es enviado a su casa con algunas medicinas que atenúan el dolor. Para el dolor grave se suministra paracetamol, ibuprofeno, diclofenac, codeine, tramadol, morfina (muchas veces los servicios sanitarios enfrentan problema de falta de morfina), en el orden creciente de la intensidad del dolor. En mucho de los pacientes, el diagnóstico se realiza muy tarde.

En caso de que el paciente empeore, debe acudir a la unidad sanitaria cercana a su casa y, dependiendo de la gravedad, puede ser trasladado de nuevo para el hospital del nivel cuarto, donde hay servicios especializados de cáncer, que suele ser el hospital central de cada región. Muchos enfermos con cáncer mueren en sus domicilios, sufriendo mucho dolor, sin ninguna ayuda de profesionales sanitarios. La muerte es asistida por los familiares más cercanos que cuida con esmero de su enfermo. Puede ocurrir que la familia busque un profesional sanitario conocido para atender al enfermo, procediendo como particular. En Maputo, en concreto, algunas casas de enfermeros y médicos son transformadas en auténticas clínicas, con todos los peligros que ello conlleva.

En las unidades sanitarias, no existen unidades de Cuidados Paliativos, pero en los pacientes oncológicos, en el período de revelación del diagnóstico se incluye el apoyo psicológico para el paciente y su familia. El apoyo psicológico tiene como objetivo prevenir los efectos colaterales del tratamiento con la quimioterapia.

Terminada esta exposición, vemos muchos problemas éticos. En primer lugar, observamos, a partir del PIB destinado a la salud, que esta no constituye primera prioridad del gobierno mozambiqueño. Por ello, el perfil de desarrollo del país no es acompañado con adecuado acceso a la salud. Es evidente la marginalización de los enfermos terminales. El hecho de tener una población joven no puede ser excusa para dedicar casi atención exclusiva de la sanidad para la salud de la mujer, infantojuvenil y para el combate de las epidemias. Es un sistema sanitario muy afectado por la corrupción que marginaliza los ciudadanos con poco poder adquisitivo. Sin embargo, el acceso igual a la salud que garantiza la constitución está lejos de ser una realidad.

De entre los problemas éticos que presenta este sistema sanitario, escogemos el de la marginalización de los enfermos terminales. Y la cuestión central que constituye el hilo de nuestra reflexión es cómo proveer Cuidados Paliativos para estos enfermos, sobre todo el acceso a los analgésicos opioides para aliviar el dolor grave.

CAPÍTULO 2. BIOÉTICA Y CUIDADOS PALIATIVOS

La medicina siempre se enfrentó a la cuestión de los enfermos terminales. Pero a día de hoy, se impone de modo más considerable, no sólo porque los enfermos terminales pueden ser donantes de órganos, sino también porque en su situación se plantean problemas como la eutanasia y el suicidio asistido. Además, surgieron nuevos problemas, la limitación del esfuerzo terapéutico, petición de eutanasia, la sedación paliativa, como sobre todo porque la tecnificación de la medicina que ha reducido el empeño por el cuidado y se ha centrado mucho en la curación.

Este capítulo se orienta fundamentalmente a explicar los problemas éticos que atañen el acceso a los Cuidados Paliativos. Es nuestro punto de partida que los Cuidados Paliativos han tenido dificultad para ser reconocidos como parte de la medicina. Además, “desde que la medicina se hizo técnica, la sociedad espera del médico la curación de las enfermedades, y todo lo que no sea curable se vive como un fracaso profesional”²³.

La mentalidad tecnicista, muy implantada por el avance tecnológico en las ciencias biomédicas actuales, contribuye de modo negativo al abordaje prioritario de los Cuidados Paliativos. El paradigma científico que constituye la base de la relación clínica actual no va acompañado con el cuidado, el *pathos* o el sentimiento. Es decir, el dominio de la técnica debe ser asociado a los valores de los sujetos implicados en la relación clínica, pues técnica y valores no son realidades incompatibles, sino complementarias. Así afirmamos los Cuidados Paliativos como un imperativo ético e indicamos los fármacos empleados en los Cuidados Paliativos.

2.1. Tecnificación de la medicina y pacientes terminales

En varios contextos sanitarios, dado al aumento de enfermos que padecen enfermedades avanzadas o terminales, la atención a los enfermos terminales ha pasado a ser objeto de mayor preocupación. Esta nueva situación socio sanitaria se debe al

²³ A. COUCEIRO (ed.), *Ética en Cuidados Paliativos*, Triacastela, Madrid 2004, 12.

progresivo envejecimiento de la población; el aumento del número de enfermos con cáncer, sida, enfermedades crónicas o degenerativas”²⁴.

En lo referente al enfermo terminal, lo podemos definir como aquél con enfermedad muy avanzada, activa en progresión y con un pronóstico vital limitado. Este presenta una enfermedad avanzada; no tiene posibilidad de respuesta al tratamiento activo específico para la patología de base; presenta síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes; la proximidad de la muerte, que experimenta el enfermo terminal, genera impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico; y el pronóstico vital del paciente es limitado.

Luis Joyanes Aguilar, citando a Fernando Royo, afirma que “las ciencias biomédicas [junto con la informática sustentada en tecnologías de la información y de las comunicaciones], se encuentra en la orilla de un inmenso océano de posibilidades”²⁵.

El progreso de las ciencias médicas constituye para el personal sanitario un desafío en el desempeño de su misión. En concreto, el avance de la genética vino a agudizar el problema. De este modo, “hay que darse cuenta de que el médico se enfrenta a un desafío nuevo. Lo que antes era un tratamiento para todos los pacientes, ahora se convierte en distintos pacientes y distintas enfermedades en función de sus causas genéticas”²⁶.

Sin embargo, esta revolución científico-técnica de la medicina sembró una serie de amenazas, pues la práctica asistencial quedó despersonalizada; el personal de la sanidad ha tecnificado su trato para con los pacientes y usuarios, trayendo el riesgo de la hipermedicalización y mercantilización de la salud. En definitiva, es imperioso afirmar que “el ser humano puede tener en su mano una tecnología poderosísima y carecer de la más remota idea sobre cómo utilizarla bien”²⁷.

Hoy en día, situaciones que antes eran consideradas sin solución, que provocaban dolor profundo en las personas y que constituían grave sufrimiento, encuentran respuestas en el campo de la medicina. Pero, por otro lado, la práctica de la medicina

²⁴ P. PEREZ CAYUELA et ali (dir.) *Programa de atención a los pacientes en fase terminal*, INSALUD, Madrid 1997, 1.

²⁵ L. Joyanes AGUILAR, *Bioinformática y salud. Un nuevo paradigma de la sociedad* en Estudios – Biotecnología y salud de La Persona y de la sociedad, Fundación Pablo VI, Madrid 2004, 159 – 176.

²⁶ F. Martín SÁNCHEZ, *Aplicaciones presentes y futuras de las tecnologías genómicas en medicina* in Estudios – Biotecnología y salud de La Persona y de la sociedad, Fundación Pablo VI, Madrid 2004, 59 –77.

²⁷ J. MASIA CLAVEL, *Cuidar la vida. Debates bioéticos*, Herder, Madrid 2012, 29.

hoy, con su creciente especialización, ha provocado una gran fragmentación de las enfermedades en las personas. Esto ha dado también lugar a un nuevo enfrentamiento con la realidad de la muerte, como escribió Fukuyama:

“La relación de las personas con la muerte también cambiará. Tal vez la muerte se perciba no como un aspecto ineludible y natural de la vida, sino como un mal evitable como la poliomielitis o el sarampión. En tal caso, la aceptación de la muerte parecerá una opción absurda, no algo que hay que encarar con dignidad y nobleza”²⁸. En nuestra opinión, la medicina moderna padece de biologismo y se basa en una antropología materialista-técnico-mecanicista²⁹. Frente a esta visión mecanicista del ser humano, es necesario reafirmar que el hombre va más allá de lo biológico, él es ser psíquico y sobre todo noético. En esta línea, Viktor Frankl escribió: “el hombre es un ser que participa de tres dimensiones distintas: primero, la corporal, somática u orgánica; segundo, la psíquica o mental en sentido estricto; y tercero, la intelectual, que es la dimensión específicamente humana, la propia de las personas”³⁰.

La medicina buscará ayudar a la persona enferma a conseguir un sentido para su sufrimiento, pues como dice Frankl:

“cuando nos enfrentamos a un destino que no podemos cambiar, estamos llamados a dar lo mejor de nosotros mismos, elevándonos por encima de nosotros mismos y creciendo más allá de nosotros mismos; en una palabra, a través de la transformación de nosotros mismos”³¹.

La medicina tecnificada de nuestro tiempo es llamada a rescatar al ser humano en toda su humanidad, sin excluir ninguna de sus dimensiones. La búsqueda de este sentido, que va más allá del dolor físico, “no justifica un abandono de la lucha aquí abajo, con todos los medios, contra la enfermedad, el sufrimiento y la muerte”³². Es evidente que “la medicina, así como todas las ciencias que tratan del hombre, no pueden perder de vista la dimensión integral del ser humano ni su irreductibilidad a material observable en el laboratorio o en la camilla de un hospital”³³.

²⁸ F. FUKUYAMA, *El fin del hombre. Consecuencias de la revolución biotecnológica*, B, S. A, Madrid 2003, 125.

²⁹ Cf. V. E. FRANKL, *El hombre doliente*. Herder, Barcelona 2003.

³⁰ V. E. FRANKL, *En El Principio Era El Sentido*, Paidós Ibérica, S.A, Barcelona 2000, 22.

³¹ V. E. FRANKL, *El Hombre en Busca del Sentido Último: El análisis existencial y la conciencia espiritual del ser humano*, Paidós, Barcelona 2010, 8ª Reimpresión, 189.

³² B. LUCAS LUCAS, *Antropología y problemas bioéticos*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid 2005, 160.

³³ J. M. CAMAÑO LÓPEZ, *La eutanasia. Problemas éticos al final de la vida*, San Pablo, Madrid 2013, 12.

En la práctica médica las cosas han cambiado mucho, visto que “a lo largo de toda la historia de la humanidad, cuidar ha sido inherente a curar. Ahora, por primera vez, la medicina puede curar sin tener que cuidar. (...), pero la vocación tradicional de la profesión incluye la compasión, la escucha, el cuidar, el estímulo, el acompañamiento en el proceso y el soporte emocional”³⁴.

La medicina, en su desarrollo científico y técnico, nos ha dado falsas esperanzas sobre nuestra condición de mortales. Ya que “tras siglo y medio de avances espectaculares en la curación de muchas enfermedades, la medicina nos ha ido llevando a una fe casi ciega en sus remedios. Sus avances científicos y tecnológicos nos han hecho creernos un poco inmortales”³⁵.

El imperio de la técnica en la medicina actual provoca problemas, como el poder abreviar o prolongar la vida. No en tanto, a pesar de la creciente técnica, la muerte sigue siendo la evidencia de que la lucha a favor de la vida tiene límites; así resulta claro que la medicina debe renunciar a curar en favor de cuidar, pues en los enfermos terminales ya no es posible curar. El cuidado que requiere mayor serenidad, y un talante alegre.

Los Cuidados Paliativos intentan dar una respuesta profesional, científica y humana a las necesidades de los enfermos en fase avanzada y terminal. Los Cuidados Paliativos están para ayudar el enfermo en su integridad, atendiendo todas las dimensiones de la enfermedad. En este sentido, es importante recordar que la enfermedad afecta la dimensión física, psicológica, social y espiritual. Es necesario que los Cuidados Paliativos ayuden el enfermo en todas esas dimensiones, evitando todo tecnicismo abusivo habitual en la medicina de nuestros días.

El dolor físico es un elemento inevitable de la condición humana que también atañe a la vida psicológica. Por ello, los cuidados que necesitan los pacientes terminales no se reducen a la técnica médica, sino que deben procurar una atención integral, individualizada y continuada; de ese modo, se orientan con un enfoque holístico, respetuoso con la dignidad de los pacientes, con sus deseos y con su derecho a una autonomía personal.

³⁴ Montse ESQUERDA y Helena ROIG, *¿podrá la bioética salvar a la medicina del siglo XXI?* en *Bioética & debat*, mayo – agosto 2015; 21 (75), 14-17.

³⁵ AA.VV, *Asistencia a domicilio de enfermos terminales. Manual de consulta para el voluntario y los familiares*, Editorial y Distribuidora, S.A, Madrid 1992, 13.

Además, los Cuidados Paliativos requieren un esfuerzo científico y humano que supera de lejos la medicina tradicional, incluyendo principios y valores de la ética del cuidado, pues al enfermo al que se dirigen solo se le puede mejorar en la medida de lo posible su calidad de vida, aliviándole el dolor y permitiéndole vivir de la forma más plena posible. En los Cuidados Paliativos, se plantean interrogantes que trascienden la medicina, pues el dolor y el sufrimiento afectan a la esencia de la condición humana. En ellos existe una necesidad de colaboración de los diversos saberes en el cuidado del paciente; nos referimos a la medicina, la psicología, la espiritualidad y el trabajo social. Todos ellos tienen un carácter esencialmente interdisciplinar.

La creciente tecnificación no puede olvidar que “la medicina es servicio a la vida humana. Como tal, comporta una esencial e irrenunciable referencia al hombre en su integridad espiritual y material, en su dimensión individual y social: la medicina está al servicio del hombre, de todo el hombre, de cada hombre”³⁶. Este fin no se puede conseguir si los sanitarios no se dejan guiar por una visión integralmente humana de la enfermedad y por una relación plenamente humana con la persona enferma que sufre³⁷.

En el contexto de Mozambique, los estudiantes de medicina aprenden más las técnicas para curar las enfermedades, hay una visión positivista de la ciencia médica. En los currículos de la medicina, la Bioética es un añadido a la formación, la única asignatura que podría ser fuente de dador de sentido y valores, es la Bioética e Historia de Medicina, que se imparte en un cuatrimestre. La falta de formación humana de los médicos y profesionales sanitarios se refleja en corrupción en el sistema sanitario mozambiqueño.

Estamos seguros que la tecnificación de la medicina, en parte, influye de manera negativa en la consideración que se puede hacer de los Cuidados Paliativos. La mayor inversión de los gobiernos e instituciones sanitarias está hecha para conseguir nuevas técnicas de curación de enfermedades; además se ha creado el mito de que se puede curar todo.

“Toda la persona humana se comporta de diferentes maneras delante de la muerte, cercana o lejana; de este modo el personal sanitario o asistente social tiene que

³⁶ Francisco REMIRO VELAZQUEZ, *La eutanasia y la humanización de la medicina*, Prologos, Valladolid 1991, 47.

³⁷JUAN PABLO II, Motu proprio. *Dolentium Hominum*, n. 2, en <<http://w2.vatican.va>>, (acceso 19.03.2016).

comprender las emociones del paciente en este momento”³⁸; eso exige ir más allá de la técnica que emplea la medicina. Podemos decir que “el desarrollo tecnológico actual conduce a algunos investigadores hacia una actitud de cerrazón ante cualquier respuesta que venga de fuera de la ciencia misma”³⁹.

Por lo tanto, el hombre, con su técnica, acredita que puede alterar el curso de la naturaleza. Esencialmente, tenemos que afirmar que “no puede darse, en efecto, auténtica promoción de la vida humana sin una creciente humanización de la medicina, que se coloca más allá de la mera aportación científica y técnica”⁴⁰.

Los Cuidados Paliativos son un desafío para la tecnificación de la medicina, pues donde ella cree que todo lo puede, se encuentra con enfermedades que aún no puede curar; en la aplicación de la técnica se confronta con la humanidad del hombre que necesita de un cuidado integral, capaz de considerar su psicología y espiritualidad. Es evidente que el desarrollo científico y tecnológico ha contribuido a mejorar la calidad de vida, pero la ciencia no puede olvidarse que está al servicio de la vida humana, no vaya a ser que se transforme en manipulación o destrucción de ésta⁴¹.

Por ello, son necesarios profesionales que no traten sólo el cuerpo, sino que miren más allá, a la esencia del hombre que se radica en la autotranscendencia, como capacidad de autoproyectarse en busca de un sentido para su vida, en condiciones de sufrimiento. Es decir, la medicina, en su hacer, ha de respetar el valor absoluto del hombre.

Este proceder, exigido a los profesionales sanitarios, constituye un reto para la asistencia sanitaria, puesto que “en la asistencia sanitaria moderna arrastramos el lastre de una excesiva separación de lo corporal y lo espiritual. Se ha separado demasiado el cuidado de la persona enferma de la curación de la enfermedad”⁴².

Ciertamente, el crecimiento del uso de la técnica en la medicina disminuye, en cierta medida, los cuidados que se requieren para los enfermos terminales. Son pocos los países que invierten en Cuidados Paliativos.

³⁸ INSTITUTO SICILIANO DI BIOETICA, *Le cure palliative e la spiritualità del morente*, Bioetica e Cultura, XII (2014) 2, 185 – 191.

³⁹ B. LUCAS LUCAS, Op. Cit., 159.

⁴⁰ Francisco REMIRO VELAZQUEZ, Op. Cit., 48.

⁴¹ B. LUCAS LUCAS, Op. Cit., 163.

⁴² J. MASIA CLAVEL, *Cuidar la vida. Debates bioéticos*, Herder, Madrid 2012, 24.

En el caso de Mozambique, en concreto, no se habla de los Cuidados Paliativos. Los programas están dirigidos a buscar medios técnicos para luchar contra el cáncer. Debemos añadir que uno de los principios de Ministerio de Sanidad de este país es la busca de la innovación tecnológica, pero no hace ninguna alusión a los enfermos terminales. Con respecto a eso, cabe añadir que el gobierno ha prometido introducir la radioterapia el año 2014, instalando dos máquinas de radioterapia en dos hospitales centrales: hospital central de Maputo y hospital central de Beira⁴³.

Cabe señalar también que el gobierno realiza campañas de vacunación en las niñas contra el virus del papiloma humano (VPH), causante del cáncer de cuello de útero y hace rastreo en mujeres adultas. Pero no hace ningún avance en el campo de los paliativos. Con todo, creemos que es positivo el esfuerzo del gobierno. Buscar medios para prevenir y curar el cáncer es algo positivo, pero es necesario mirar también a los pacientes que ya no se pueden curar. En el contexto sanitario mozambiqueño, se debería prestar más atención a los enfermos terminales, sobre todo a los Cuidados Paliativos. Como dice la OMS, “demasiado a menudo, la prevención primaria, la detección precoz y los Cuidados Paliativos se descuidan a favor de enfoques orientados al tratamiento, con independencia de su coste y eficacia real o su capacidad para mejorar efectivamente la calidad de vida de los pacientes”⁴⁴.

2.2. Farmacología en los Cuidados Paliativos

Los pacientes en situación terminal, muchas veces, sufren de dolor, con síntomas múltiples intensos y largos, de carácter total o multidimensional, multifactoriales cambiantes. Para abordar el dolor en Cuidados Paliativos, no vamos a hablar de los tratamientos activos, que en algunas ocasiones se pueden emplear. Nos centramos en el dolor, que es la principal causa del sufrimiento físico de los pacientes terminales.

La primera cosa a hacer es evaluar el dolor para después tratarlo. El tratamiento se hará combinando los fármacos, apoyo emocional, intervención psicológica y asistencia espiritual, eliminando las causas del dolor si es posible. El cuidado del paciente cuando se usan fármacos incluye prevenir los efectos secundarios de los mismos. Además, es

⁴³ A. MAZIVE, *Moçambique va introduzir radioterapia en 2015* en <<http://noticias.sapo.mz>> (20 de Marzo de 2016)

⁴⁴ OMS, *Programas de nacionales de lucha contra el cáncer: directrices sobre política y gestión. Resumen de orientación*, OMS, Ginebra, 2002², iii.

necesario que los profesionales sanitarios ofrezcan información comprensible y sean accesibles.

Para evaluar el dolor del enfermo se emplea la escala visual analógica que va de 0 (sin dolor) hasta 10 (máximo dolor), la misma califica como dolor leve cuando es menor a 3 y 4, es moderado cuando va hasta 7, e intenso cuando es mayor que 7.

El dolor del primer escalón requiere analgésico no opioides, el dolor moderado se trata con opioides menores y el intenso con opioides potentes. En este último caso, hay que señalar que no es necesario que el enfermo haya pasado por otro escalón (dolor moderado). La medicación con analgésicos en cada escalón, debe ser combinada con fármacos adyuvantes, controlándose el aumento adecuado de la dosis. Es importante respetar los horarios correspondientes de la administración y emplearlos siempre que sea posible de forma oral. Cabe añadir que su administración no es sólo cuando el paciente lo necesite, sino de forma regular.

En este trabajo nos interesa hablar del dolor en su escalón de leve a intenso, por ello nos concentramos en los opioides usados. Estos “se clasifican como agonistas totales semejantes a morfina, agonistas parciales o agonista-antagonista, dependiendo de los receptores específicos a los cuales se fijan y de su actividad en estos receptores”⁴⁵.

Basándonos en esa clasificación tenemos agonistas totales que son la morfina, hidromorfona, codeína, oxicodona, hidrocodona, metadona y fentanilo. Como agonistas parciales, tenemos buprenorfina. La pentazozina es un agonista-antagonista. Los antagonistas puros como son la natreoxona y naloxona, no tienen acción farmacológica intrínseca, pero interfieren en la acción de un agonista. Los principios de administración de estos opioides en los enfermos terminales obedece la siguiente tabla 5.

En la administración de opioides, la morfina es más empleada, si bien se puede emplear opioides alternativos como fentanilo, oxicodona, metadona y sus diferentes fórmulas para una mayor flexibilidad a la hora de ajustar el régimen determinado a las características de cada paciente⁴⁶. No obstante la disposición de este opioide en muchos sistemas sanitarios, en particular en el mozambiqueño, está muy controlada y su dispensación se restringe a los hospitales de tercer y cuarto nivel. En los hospitales que están más cerca de los pueblos, como los rurales y puestos de salud, por lo general no se

⁴⁵ E. GALVE CALVO, *Manejo de los síntomas más frecuentes en Cuidados Paliativos (dolor y síntomas gastrointestinales)* en Wilson ASTUDILLO et al (Eds.), *Los Cuidados Paliativos, una labor de todos*, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, San Sebastián, 2007, p. 39.

⁴⁶ *Ibíden*, 39.

usa. Además, en los hospitales en que se emplea, muchas veces se verifica rotura del stock de este opioide, con el agravante de no haber opioides alternativos.

Empleando estos analgésicos se pretende mitigar el dolor, promover el confort y la mejora de la calidad de vida del paciente. Por ello, además del dolor es necesario dar apoyo psicológico y asistencia espiritual al paciente. La preocupación de los profesionales de la salud deber ser ayudar al enfermo a vivir los últimos momentos de su vida en función de sus valores y a conseguir que muera en paz.

2.3. Cuidados Paliativos: Un imperativo Bioético

Un mundo donde impera la técnica y el culto al cuerpo, donde se vive una preocupación excesiva, ante la condición de enfermedad terminal, es un desafío para los clínicos. Han de aprender a trabajar no sólo para curar la persona humana, sino también, para con su práctica médica, buscar que el ser humano, sea capaz de volver a expresar su yo⁴⁷ de forma autónoma en el momento de la muerte.

Después de señalar que el empleo excesivo de la técnica en la medicina actual puede ser peligroso para los pacientes terminales, reafirmamos con este subtópico que “donde está el peligro, allí está lo que salva”⁴⁸. Queremos con esto decir que la misma técnica hoy abre grandes posibilidades para el cuidado a los enfermos terminales. Porque desde el surgimiento de los hospices⁴⁹ en la antigüedad cristiana, y después de su desvinculación de los monasterios, hasta el día de día de hoy, con el avance de la técnica, se ha aparecido una rama de la medicina especializada que cuida de los pacientes terminales: la medicina paliativa.

La medicina paliativa exigen unas actitudes adecuadas que fomenten un ejercicio centrado en el binomio paciente – familia, y el apoyo de la técnica que permita una valoración del sufrimiento y un tratamiento para alivio del dolor. Esta medicina, con una visión holística del ser humano, busca:

⁴⁷ Cfr. M. A. ROLDÁN FRANCO, *Trastornos psicológicos en el siglo XXI*, U P Comillas, Madrid 2008.

⁴⁸ M. HEIDEGGER *apud* A. COUCEIRO (ed.), *Ética en Cuidados Paliativos*, Triacastela, Madrid 2004, 12.

⁴⁹ La primera noticia de un hospicio que acoge enfermos data del siglo IV. Además de las ordenes religiosas, con a la de San Juan; en tiempos modernos, Cicely Saunders es la persona que orientó su trabajo profesional hacia la búsqueda de soluciones específicas para enfermos terminales.

“el cuidado global y activo de aquellos pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo y en lo que es esencial el control del dolor y otros síntomas, la atención a los problemas psicológicos, sociales y espirituales, y el conseguir la mayor calidad de vida para el paciente y su familia”⁵⁰

La medicina reconoce que la curación no es su único cometido; hay que volver al ideal de curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre. Donde ya no es posible curar, aliviar y consolar pasan a ser las necesidades asistenciales a las que hay que prestar la máxima atención. Así se anuncian los objetivos de la medicina paliativa: “suprimir o aliviar los dolores físicos del enfermo terminal, y lograr así procurarle el mayor bienestar corporal posible; ayudarle a satisfacer sus necesidades psicológicas, emocionales, sociales y espirituales”⁵¹.

Los Cuidados Paliativos tratan de recuperar el arte básico de cuidar a las personas que sufren, en especial, en aquellas situaciones en las que el sufrimiento es intenso y afectan a todas las esferas de la persona. Recupera la filosofía del cuidado, evita el abandono de personas que necesitan una atención de calidad.

En el contexto mozambiqueño, los enfermos que más necesitan de Cuidados Paliativos son los de cáncer y SIDA. Es evidente que los Cuidados Paliativos benefician más pacientes en estado terminal. Pero, los caso de tuberculosis se asocian al SIDA, los pacientes que no tienen VIH consiguen vencer la enfermedad. Estamos en un país que la esperanza de vida es menor, por ello no es frecuente casos de demencias seniles. Además, las personas con enfermedades neurodegenerativas, en general, tienen pocas posibilidades de seguir adelante con su vida. Por ello, presentamos solo los pacientes de cáncer y SIDA, pues son estos en particular los que sufren dolor físico agudo y grave, no recibiendo un tratamiento adecuado, pues los profesionales sanitarios tienen actitudes a veces poco positivas sobre los Cuidados Paliativos, ya sea porque no tienen motivación para cuidar pacientes terminales o por la falta de formación. Además, está el sistema sanitario que no dispensa opioides y posee políticas sanitarias inadecuadas para aliviar el dolor. No obstante, nunca se debe olvidar que los Cuidados Paliativos se insieren en los fines de la medicina:

⁵⁰ E. LÓPEZ IMEDIO y J. M. LUQUE MEDEL, *Filosofía de los Cuidados Paliativos* en A. COUCEIRO (ed.), *Ética en Cuidados Paliativos*, Triacastela, Madrid 2004, 23.

⁵¹ AA. VV., *Asistencia a domicilio de enfermos terminales. Manual de consulta para el voluntariado y los enfermos terminales*, Editorial y Distribuidora S. A., Madrid 1992, 15.

“prevención de las enfermedades, promoción y conservación de la salud; evitar la muerte prematura y búsqueda de una muerte tranquila; alivio del dolor y del sufrimiento causados por diversos males; atención y curación de los enfermos y cuidado de los incurables”⁵².

Sin duda alguna, si los fines de la medicina incluyen necesariamente la asistencia a enfermos terminales, es un deber moral ofrecer cuidados que alivien el dolor, así como ayudar a humanizar el sufrimiento. Los Cuidados Paliativos son una necesidad para el ser humano que se enfrenta con el drama de la muerte, pues ellos “se encargan de todas las necesidades asistenciales, atienden con todos los remedios disponibles, ayudan consolándole, y acompañándole hacia la muerte”⁵³. Dicho de otra forma, “todas las decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con enfermedad en fase terminal, bajo la óptica de los Cuidados Paliativos, tienen un adecuado referendo ético y de las principales confesiones religiosas mundiales”⁵⁴.

Los Cuidados Paliativos son imperativo bioético en la medida en que no solo son parte integrante de los fines de medicina, sino que constituyen por excelencia una actitud humanitaria hacia la persona que está en la más extrema condición de la existencia: en el proceso de morirse.

⁵² Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, *Humanizar el proceso de morir. Sobre la ética de la asistencia en el morir*, Fundación Juan Ciudad, Madrid 2007, 15.

⁵³ Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, *Humanizar el proceso de morir. Sobre la ética de la asistencia en el morir*, Fundación Juan Ciudad, Madrid 2007, 19.

⁵⁴ M. A. BENÍTEZ DEL ROSARIO (coord.), *Cuidados Paliativos*, EDIDE, Barcelona 1998, 16.

CAPÍTULO 3. CUIDADOS DE LOS ENFERMOS TERMINALES Y EL RETO DE LA ESCASEZ DE LOS RECURSOS SANITARIOS

Un aspecto que preocupa a casi todos los sistemas sanitarios en nuestros días es racionalizar los recursos, cada vez más escasos, una vez que las leyes del mercado condicionan la asignación de recursos a la sanidad. En concreto nos referiremos a la gestión de los recursos sanitarios y su asignación a los enfermos terminales. Por un lado, en muchos casos, hay negligencia en lo que se refiere a los pacientes terminales, pues las políticas de sanidad dan más prioridad a los enfermos curables. Por otro lado, la intervención en los pacientes terminales requiere que se considere el paciente en su singularidad. En el contexto de los Cuidados Paliativos, es imperioso el arte de cuidar y acompañar.

Pero ante la tecnificación de la medicina y la escasez de recursos sanitarios, hay un imperativo bioético: dar asistencia a los enfermos terminales. Por ello, acudimos al derecho a no sufrir, como parte del derecho a la salud que el estado mozambiqueño garantiza. En esta tónica, hablamos de los problemas que impiden el acceso a los principales medicamentos para tratar el dolor, de modo particular la morfina oral. La morfina es el analgésico opioide más utilizado y más potente; además Mozambique aún no posee en grandes cantidades los nuevos analgésicos opioides. Pero antes veamos la influencia de los recursos en la sanidad.

3.1. Recursos Sanitarios

A día de hoy, la Bioética se enfrenta con serios problemas referidos a la justicia en el acceso a los servicios sanitarios, pues la sanidad debe incluir los gastos y gestionar los pocos recursos que se consiguen. El problema ético de la justicia distributiva en recursos de salud se relaciona con la escasez de los recursos. Jesús Conill ha expuesto el problema de siguiente la manera: “si deben desatenderse otros servicios sociales por atender a los sanitarios, si todo gasto en salud se puede exigir en justicia, si el derecho a

la salud y a la asistencia sanitaria es ilimitado y, si no es así, cuáles son los límites de las prestaciones sanitarias, cómo fijarlos y conforme a qué prioridades”⁵⁵.

La característica de la bioética de nuestro siglo es el cambio de una bioética centrada en el consentimiento a una bioética que se enfrenta con la escasez de recursos sanitarios. Al hablar de la salud frente a los posibles tratamientos disponibles en nuestros días, uno de los grandes problemas es la escasez de recursos.

Los recursos financieros constituyen un reto para todos los sistemas de sanidad. Puesto que el binomio coste-beneficio expresa la racionalidad económica, muy necesaria en la actual economía sanitaria, hay que distribuir de modo justo los recursos de la salud conteniendo los costes. Esto suele pasar en todos los sistemas sanitarios. “La economía tiene un papel relevante en la configuración de la medicina moderna; pero el giro hacia el mercado y la privatización, a fin de contener el gasto, tiende a convertir la medicina en una mercancía”⁵⁶.

En los países desarrollados, la salud se ha transformado en un bien de consumo; cuanto más se ofrece, la demanda más crece. En los países en vía de desarrollo, la falta de recursos básicos hace de la salud un derecho que no se puede ofrecer de la mejor manera a la población. Además, la economía de mercado llegó a los sistemas de sanidad. “La economía se ha convertido en un imperativo, e incluso en un imperativo dominante. Es cierto que toda vida social tiene una dimensión económica, pero, para nuestra sociedad no es una simple dimensión, sino un resorte”⁵⁷.

A día de hoy, la sanidad obedece las mismas leyes que la gestión de cualquier empresa. Como sabemos, la economía moderna, con sus leyes de mercado, simplifica la profundidad del ser humano, pues “destrababa toda la compleja trama de las relaciones sociales, dejándola desnuda, desprotegida, desarmada y expuesta, incapaz de resistirse a las reglas del juego y a los criterios de racionalidad inspirados y modelados por el comercio”⁵⁸.

La escasez recursos financieros en el sistema de sanidad nos impulsa a entrar en el campo de la economía y la ética. La economía es la gestión de los recursos escasos de

⁵⁵ J. CONILL, *Ética de la economía de la salud. Financiación y gestión* in J. GAFO (editor), *El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos*, U P Comillas, Madrid 1999, 120.

⁵⁶ *Ibidem*, 123.

⁵⁷ F. J. ALARCOS, *Bioética y pastoral de la salud*, San Pablo, Madrid 2002², 164.

⁵⁸ Z. BAUMAN, *Modernidad líquida*, Fondo de Cultura Económica de Argentina, Buenos Aires 2003, 10.

manera eficiente. La ética nos dice lo que es correcto hacer; apunta al deber. De hecho, hoy se cuestiona si es éticamente correcto destinar más dinero a la defensa del Estado o dar más financiamiento a la educación y a la salud. Por ello, la novedad en la profesión médica es que la excelencia actualmente consiste en saber gestionar los recursos sanitarios existentes. Es decir, “para actuar con excelencia profesional hoy no basta atenerse a los principios de beneficencia y de autonomía, sino que es necesario prestar atención a la gestión justa o equitativa de los recursos sanitarios”⁵⁹.

En el sentido macro, la solución para solventar este problema no es fácil, pues la búsqueda de lo prioritario no es consensual; para los políticos puede ser imperioso asignar más recursos para el ministerio de defensa; por el contrario, pensando en la población que no tiene servicios de salud ni educación cerca, es imperioso aumentar el presupuesto destinado a la sanidad y a la educación. En el nivel micro de la atención sanitaria, se ha producido un cambio muy significativo, ya que “los profesionales sanitarios son entonces, además de sanadores que han de atenerse a las exigencias clínicas, también gestores que han de guiarse por principios éticos de justicia y equidad en el uso de los recursos”⁶⁰.

La financiación del sistema sanitario mozambiqueño es pública, depende de los impuestos, de la cotización de los trabajadores y de los ingresos provenientes de los pacientes y usuarios. En relación a esto, tenemos que recordar la observación general n.º 14 del comité de derechos económicos, sociales y culturales que afirma que “los pagos por servicios de atención de la salud (...) deberán basarse en el principio de equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos”⁶¹.

El sistema sanitario mozambiqueño busca una cobertura universal; es decir, de todos los servicios y enfermedades, con una planificación de la provisión a nivel territorial. Además de los impuestos, como hemos dicho en el primer capítulo, Mozambique recibe muchos apoyos en el ámbito de la salud.

⁵⁹ J. CONILL, óp. Cit., 17- 36.

⁶⁰ Ibidem

⁶¹ Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Disponible en <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>, (1 de Abril de 2016).

Pero, hay dos actores internacionales que es necesario destacar: El Banco Mundial y la Organización Mundial del Comercio. El primero insta a los gobiernos “a trasladar los gastos sanitarios a los usuarios, potenciar la utilización de servicios privados, ofrecer aseguramiento privado para los principales riesgos y descentralizar y segmentar los servicios sanitarios públicos para favorecer la competencia”⁶². La OMS lo refuerza diciendo que el sector de la salud se debe abrir a la competencia porque la sanidad es un servicio comercial y un bien de consumo más.

Operando en una lógica de coste-beneficio, el sistema de sanidad en Mozambique debe gestionar los pocos recursos que tiene para los graves problemas de salud pública. El sistema de sanidad tiene prioridades que responden a su población mayoritariamente joven. Se concentra en enfermedades que puedan reducir la mortalidad infantil y juvenil, y en la salud maternal. Cabe también señalar que en la medicina hay una “disminución de valores de solidaridad en los hijos del estado de bienestar, y en definitiva un desajuste entre las expectativas sociales y las individuales con lo que ofrecen los sistemas sanitarios”⁶³.

Este es el panorama casi mundial, y Mozambique no es la excepción, pues en su presupuesto gasta más en defensa y seguridad que en sanidad. No obstante, se han hecho muchas críticas al gobierno por personas particulares y organizaciones civiles. Por ejemplo, el presupuesto del año 2015 fue muy criticado, pues asignaba mucho dinero a la defensa pudiendo haberse invertido en educación y sanidad.

Pero la cuestión en términos éticos es si es lícito “desatenderse otros servicios sociales para atender a los sanitarios; si todo el gasto se puede exigir en justicia; si el derecho a la salud y a la asistencia sanitaria es ilimitado y, si no es así, cuáles son los límites de las prestaciones sanitarias, cómo fijarlos y conforme a qué prioridades”⁶⁴. Así, la salud se ha convertido en un asunto público que debe ser incluido en las políticas sociales de gobierno, de modo que se asegure la asistencia médica a todos los ciudadanos.

Sin duda alguna, ante la insuficiencia de los recursos sanitarios, se busca una manera de justo reparto de los mismos. Por eso, “la ética sanitaria se sitúa ahora, no solo en la

⁶² J. RODRÍGUES FERNÁNDEZ, *Modelos de política sanitaria en un mundo globalizado*, in J. de La TORRE DÍAZ (ed.), *Salud, justicia y recursos limitados*, U P Comillas, Madrid 2012, pp. 59 - 81.

⁶³ *Ibidem*, 59-81.

⁶⁴ J. CONILL, *Óp. Cit.*, 113 – 133.

relación inmediata entre el médico y el paciente, sino también en un ámbito público, tanto en relación a la financiación como con la producción de la salud (...) la salud, además de ser un bien privado, como lo ha venido siendo tradicionalmente, se convierte ahora en un bien público”⁶⁵.

Aquí, está claro que las necesidades sanitarias se pueden expandir sin límites, y el dinero invertido en la sanidad puede seguir creciendo; además el dinero empleado en sanidad deja de ser invertido en otras áreas también importantes, como la educación, la vivienda y otros bienes sociales imprescindibles para la vida del ser humano. La manera en que se asignan los recursos sanitarios determinará la calidad de vida y salud de sus ciudadanos.

Sin embargo, hay muchos conceptos en relación a la justicia distributiva que es nuestro deseo desarrollar de modo exhaustivo. Evidentemente, en el sistema sanitario se garantiza el derecho a la asistencia sanitaria. Como el sistema mozambiqueño tiene una raíz socialista, cada cual debería recibir según sus necesidades y cada cual contribuir según sus capacidades.

Ciertamente, esta visión tiene su debilidad, puesto que “la constitución y la conservación del ser de la persona, cuando tiene poca cosa que ofrecer a cambio de lo que recibe, es asunto de las comunidades, puesto que sólo en ellas la justicia exige que cada cual reciba de acuerdo a su necesidad, independientemente de su capacidad de contribuir”⁶⁶.

El sistema de sanidad mozambiqueño es público y pretende un tratamiento igualitario, donde cada cual tiene el mismo derecho que los demás a acceder a los bienes y servicios que el sistema dispensa. Este sistema de sanidad busca aumentar el acceso a los servicios sanitarios de cuidados y promoción de la salud, preventivos, curativos y de rehabilitación, pero debiendo prestar atención al coste eficacia. Por lo tanto, los cerca de 159.878.846,16 Euros (8.313,700 millones de Meticales⁶⁷) que el estado asigna al sistema sanitario público son ya insuficientes para cubrir las necesidades del sector.

⁶⁵ J. CONILL, Óp. Cit., 113 – 133.

⁶⁶ R. GONZALEZ FABRE, *Salud, Justicia y economía*, in J. de La TORRE DÍAZ, *Salud, justicia y recursos limitados*, Madrid: Servicios de Publicaciones da la Universidad Pontificia de Comillas, 37-81

⁶⁷ Cfr. República de Moçambique, Ministério das Finanças, *Orçamento cidadão. Orçamento de Estado 2015*, Maputo: Ministério de Finanças, 2015⁴.

La financiación de los sectores sociales en Mozambique queda limitada también por la debilidad de su sistema fiscal. El régimen que siguió a la independencia nacional no ayudó a concienciar a la población sobre la necesidad de pagar a hacienda, si bien en estos días se está haciendo un esfuerzo para que haya más contribuciones al estado; en esta línea, podemos poner como ejemplo la campaña nacional de educación y familiaridad fiscal sobre impuestos y aduanas, con el título “Construyendo Juntos Mozambique” que buscaba acrecentar significativamente los ingresos fiscales⁶⁸.

Además de los problemas inherentes a la financiación, en el sistema sanitario de Mozambique, “los recursos humanos aun representan un gran constreñimiento, siendo calificados de insuficientes y no estando equitativamente distribuidos”⁶⁹, sin olvidar que la proporción médico/habitante es de 0,043 médicos/1.000 habitantes y 0,21 enfermeros/1.000 habitantes⁷⁰.

El sistema sanitario mozambiqueño, aunque se defina como sistema igualitario, posee varios entresijos, sobre todo para los ciudadanos con una renta baja y para la población de las zonas rurales, pues estas personas siempre van a los centros de salud cercanos a sus casas. En estos puestos, por lo general no hay medicinas, ni médicos, sino un técnico sanitario de nivel medio o básico; para consultar al médico hay días preestablecidos. Las consultas que necesitan de médico siempre se encuentran llenas de pacientes, que vuelven a sus casas sin ver el médico.

Los ciudadanos que tienen mejores condiciones económicas se benefician más del sistema sanitario. En Mozambique, hay una carga desproporcionada que recae sobre los menos favorecidos. Por un lado, pueden recurrir a los servicios de urgencias de los hospitales de tercero o cuarto nivel, donde la consulta cuesta cerca de 5 euros⁷¹, mientras que en los hospitales de primer nivel cuesta menos de 0,5€.

Por otro, en las farmacias del sistema sanitario público, en muchos casos, faltan hasta los medicamentos básicos. En ese caso, sólo pueden obtener estas medicinas en

⁶⁸ Cfr. OECD/ The International and Ibero American Foundation and Public Policies (FIIAPP), *Fomentando la cultura tributaria, el cumplimiento fiscal y ciudadanía: Guía sobre educación tributaria en el mundo*, París: OECD, 2015, p. 155.

⁶⁹ República de Moçambique, Ministério da Saúde, *Relatório da Revisão do Sector da Saúde*, Maputo Dezembro de 2012, p. 33.

⁷⁰ El último informe de la ministra de sanidad asegura que actualmente el país tiene 1810 médicos para una población de casi 24 millones de habitantes.

⁷¹ Hay que recordar que muchos mozambiqueños viven con menos de 1 dólar por día.

las farmacias privadas. Además, en casos de extrema urgencia, sólo cabe ir a las clínicas privadas.

Creo que otro problema que hace que el sistema sanitario mozambiqueño sea deficitario es la corrupción que se verifica en el sector sanitario. El centro de la integridad pública elaboró un estudio sobre la corrupción en el sector de la salud del que traducimos algunas líneas:

“En resumen, los sirvientes y enfermeros exigen una propina extra a los usuarios, aprovechándose de la ineficiencia general del sistema, de la morosidad crónica y del mal atendimento al público. Los técnicos de laboratorio también se aprovechan de la exigüidad de medios para cobrar por las ventajas que dan a quien paga para ser atendido en primer lugar. Los agentes de farmacia son conocidos por los desvíos de los medicamentos, los cuales aparecen después a la venta en los mercados clandestinos. Los médicos usan los recursos de los hospitales públicos para atender las necesidades de sus clientes de las clínicas privadas. Existen también prácticas de corrupción centradas en las estructuras ligadas al *procurament* del sector”⁷².

Algunos médicos pasan más tiempo en clínicas privadas, y los pacientes del servicio público quedan sin atención; usan el equipamiento de los servicios públicos para realizar pruebas de sus pacientes de las clínicas privadas, dan prioridad a los pacientes que consultan con ellos en dichas clínicas, aprovechan su puesto en los hospitales públicos para buscar clientes para las clínicas privadas, prescriben medicamentos que saben que sólo se pueden encontrar en las farmacias privadas, con las que ellos tienen relación.

A veces, se producen robos de medicamentos en los hospitales públicos para llevárselos a las clínicas privadas. El trauma de la corrupción es motivado por la morosidad en la atención, sobre todo en los servicios quirúrgicos, lo cual se refleja en las largas listas de espera.

La corrupción constituye un gran obstáculo para acceder a los servicios de salud para cualquier enfermo, no sólo por pensar que deberá pagar algo más de lo que está establecido por la ley o por las largas colas en los hospitales, sino sobre todo porque sabe que no va a recibir buenos cuidados. Los autores del centro de la Integridad Pública expresan los daños que provoca al sistema sanitario de la siguiente manera:

“la corrupción reduce los recursos existentes para la salud, baja la calidad, la equidad y la efectividad de los servicios y aumenta los costes de servicios ofrecidos. (...) la corrupción aumenta los gastos y baja el nivel de los servicios prestados por el estado;

⁷² M. MOSSE y E. CORTEZ, *A corrupção no sector da saúde em Moçambique*, Centro de Integridade Pública de Moçambique, Maputo 2006, 6.

reduce las recetas públicas y consecuentemente la calidad del servicio prestado, llevando a que más ciudadanos opten por los servicios médicos privados”⁷³.

Los pacientes terminales se encuentran marginados en el sistema sanitario mozambiqueño, no sólo por no existir ninguna unidad de paliativos, sino también por tener en cuenta la pirámide de la población que se presenta más ancha en la base y las enfermedades más comunes que atacan fundamentalmente a la población infantil y juvenil. Por eso, el plan estratégico se guía por los siguientes objetivos:

“Acelerar los progresos en la reducción de la mortalidad materna y neonatal, incluyendo la reducción de las tasas de fecundidad en general; acelerar los progresos en la reducción de la malnutrición crónica; reducir el peso de las enfermedades endémicas; en este orden: Malaria, VIH, Tuberculosis, y enfermedades tropicales. Mantener los logros en la reducción de la mortalidad en menores de cinco años; sostener o reducir la tendencia progresiva de las enfermedades no transmisibles y el trauma”⁷⁴.

El fenómeno de las enfermedades que muchas veces provocan la condición de enfermo terminal no son muy frecuentes; además la estructura sanitaria está hecha para responder a la prestación de servicios integrados y continuos, accesibles localmente y aceptables, con tecnología apropiada, participación y apropiación por la comunidad.

Los pocos recursos que el Estado tiene no son suficientes para cubrir las necesidades básicas de la salud, ni las áreas consideradas prioritarias; de este modo los pacientes terminales quedan prácticamente sin cuidados. Creemos que dentro de los pocos recursos que existen, no es justo que no se atienda a los pacientes terminales por tener poco presupuesto, puesto que los recursos sanitarios para estos enfermos son accesible y están al alcance del país

En este apartado hemos visto que la falta de los recursos financieros, la corrupción o la baja frecuencia de las enfermedades que llevan a la muerte constituyen una barrera para que se puedan ampliar los cuidados sanitarios a los pacientes terminales. Sin embargo, hay que cuestionar si el derecho a la asistencia sanitaria no incluye el derecho a no sufrir del que Mozambique es signatario. Ciertamente es necesario hablar del derecho a no sufrir y a los Cuidados Paliativos. Es lo que tratamos en el siguiente punto.

⁷³ M. MOSSE y E. CORTEZ, *A corrupção no sector da saúde em Moçambique*, Maputo: Centro de Integridade Pública de Moçambique, Janeiro de 2006, p. 6.

⁷⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Plano estratégico...*, p. 39.

3.2. Enfermos terminales y derecho a no sufrir

En varios países, como es el caso de Mozambique, usando la excusa de falta de recursos financieros para el sistema sanitario, rehúyen los cuidados que se deben prestar a los enfermos terminales. Nosotros defendemos que la persona humana tiene derecho a no sufrir. A pesar del país tener una economía pobre, no puede eximirse ayudar a las personas a tener una muerte digna. En base a eso subrayamos que hay enfermos incurables pero no “in-cuidables”.

Por tanto, en la situación de enfermedad terminal, “hay que informar, acompañar y humanizar; cuidar la calidad del vivir, pero también del morir; evitar la obstinación terapéutica; implementar los Cuidados Paliativos; afrontar sin miedo los dilemas éticos de situaciones irreversibles y tomar en serio el alivio apropiado del dolor y el sufrimiento”⁷⁵.

Los Cuidados Paliativos son un deber ético; en la terminología aristotélica serían el justo medio entre dos extremos en la práctica médica: la obstinación terapéutica y la aceleración irresponsable de la muerte (eutanasia). Los Cuidados Paliativos no precipitan deliberadamente la muerte del enfermo, pero tampoco prolongan innecesariamente la agonía, sino que le ayudan a no sufrir mientras no llega la muerte. Por ello, para nosotros, constituyen un derecho que los gobiernos deben asegurar a sus ciudadanos. Además, la atención de los enfermos terminales es un buen índice para conocer el grado de estima que tiene una sociedad respecto a la dignidad de las personas.

El tema de los Cuidados Paliativos nos empuja al bioderecho. Debemos acercarnos a varias declaraciones internacionales que garantizan el derecho a no sufrir. En otros términos, encontramos en el bioderecho lo que ya hacía tiempo que la Bioética recomendaba:

“la necesidad de garantizar a todas las personas que se respetará su derecho a afrontar el trance final de su vida, respetando la dignidad de cualquier persona durante el proceso de morir y hasta el momento de su muerte; y también en el acompañamiento humano de estos procesos, desde situaciones paliativas y terminales hasta el tratamiento del cadáver y los procesos de duelo”⁷⁶.

⁷⁵ J. MASIA CLAVEL, *Cuidar la vida. Debates bioéticos*, Herder, Madrid 2012, 129.

⁷⁶ *Ibíd.*, 159.

En efecto, los Cuidados Paliativos deben ser prestados a todos los pacientes que los necesiten, porque toda la persona humana, en el momento de sufrimiento grave o de enfermedad incurable, precisa ser sostenida, acompañada y ayudada en el plano afectivo y psicológico.

Tenemos que recordar que los pacientes terminales necesitan de Cuidados Paliativos que alivien su sufrimiento y mejoren en lo posible su calidad de vida. Lo primero que afirmamos que los Cuidados Paliativos son parte del derecho a la salud que muchos gobiernos defienden, pues se basan en la necesidad y son orientados al alivio del sufrimiento del paciente y de su familia. Por eso, su característica es la integridad, puesto que deben cubrir todas las necesidades del paciente, incluyendo los aspectos sanitarios, psicológicos, sociales y espirituales. Eso implica, para la asistencia sanitaria moderna, recuperar la tradición terapéutica antigua tanto occidental como oriental: “no separar la atención asistencial al cuerpo y el cuidado de la persona en el acompañamiento espiritual”⁷⁷.

En este apartado, defendemos que el ser humano tiene derecho a ser tratado y a morir con dignidad; por consiguiente se debe proveer todo lo necesario para el alivio del dolor físico, perturbaciones psicológico, inquietud espiritual y dificultades sociales. Cuando hablamos de la ayuda psicológica hay que evitar la mentalidad conductivista, muy común hoy en día, como escribe Fukuyama: “la realidad del progreso y la evolución cultural indujo a muchos pensadores modernos a creer que los seres humanos eran infinitamente dúctiles”⁷⁸.

En la constitución de Mozambique, al ser la salud un bien público constituido por los derechos sociales y políticos, es de hecho una auténtica exigencia ética al Estado. Se debe entender la salud como un bien primario. Pero siempre el problema es saber cuáles son los mínimos que han de ser cubiertos moralmente por el sistema sanitario.

Es evidente que tenemos que preguntarnos si existe la obligación para el estado de buscar atender con todos los recursos a todos los enfermos. Esta pregunta solo se puede responder a partir del principio de la racionalidad económica. “El derecho a la salud no es un derecho ilimitado ni un derecho absoluto, pero es un derecho necesario para que la

⁷⁷ J. MASIA CLAVEL, *óp. Cit.*, 25.

⁷⁸ F. FUKUYAMA, *El fin del hombre. Consecuencias de la revolución biotecnológica*, B, S. A, Madrid 2003, 35.

persona se pueda realizar como tal y también para que pueda participar y ayudar a la sociedad”⁷⁹.

“En este contexto, hay que destacar que la salud se considera un bien primario para la persona, del que deriva un deber social para con ella, puesto que es un bien que todos deberían tener para poder llevar adelante un plan racional de vida; es, pues, una de las capacidades mínimas para ser miembro cooperante de la sociedad y para tener la oportunidad de ejercer una libertad real”⁸⁰.

El gran impacto del SIDA y del cáncer y la forma como cada uno vive su experiencia de enfermedad, nos hacen ver que “detrás de toda enfermedad lo que existen son personas concretas que están enfermas, algo que convierte la propia existencia en algo tremendamente complejo y que dificulta la posibilidad de ofrecer soluciones con carácter general que todos pudieran asumir y comprender”⁸¹.

Más del 50% de los pacientes de cáncer sufren dolor y entre ellos el 60% y el 90% de los pacientes con cáncer avanzado experimentan dolor de moderado a severo. “La intensidad del dolor y su efecto varían según el tipo de cáncer, el tratamiento y las características personales. A su vez, la prevalencia y la intensidad del dolor suelen incrementarse a medida que avanza la enfermedad”⁸².

En Mozambique, como ya hemos indicado, cada año se diagnostica cáncer cervical a 5.600 mujeres, de las cuales 4.000 mueren: 11 por día. No hay radioterapia paliativa y es una muerte dolorosa. Tenemos de añadir que como sólo la mitad de los mozambiqueños tiene acceso a la asistencia sanitaria, muchos de ellos, en particular mujeres, mueren sin diagnóstico.

Se calcula que cada día mueren 5.000 personas por causa de VIH y que los enfermos de SIDA que experimentan dolor de avanzado a severo oscila entre el 60% y el 80%. En septiembre de 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calculó que aproximadamente el 80% de la población mundial no cuenta con acceso o tiene acceso insuficiente al tratamiento del dolor moderado a severo y que cada año decenas de millones de personas de todo el mundo, incluidos cerca de cuatro millones de pacientes

⁷⁹ C. SÁNCHEZ CARAZO, *Salud y recursos limitados desde los usuarios del sistema sanitario*, in J. de La TORRE DÍAZ, *Salud, justicia y recursos limitados*, UP Comillas, Madrid, 83.

⁸⁰ J. CONILL, op. Cit., 113 – 133.

⁸¹ J. M. CAAMAÑO LÓPEZ, *La eutanasia: problemas éticos al final de la vida humana*, San Pablo, Madrid 2013, 11.

⁸² HUMAN RIGHTS WACTCH, *Por favor, no nos hagan sufrir más. El acceso al tratamiento del dolor como derecho humano*, New York 2009, 9.

con cáncer y 0,8 millones de pacientes con VIH/SIDA terminal, padecen dolor de esta intensidad sin recibir tratamiento.

En los últimos tiempos, la preocupación sobre el dolor ha sido creciente. En los años 80 del pasado siglo, la unidad de la OMS comenzó a desarrollar una iniciativa mundial para promover el alivio del dolor y la disponibilidad de opioides en todo el mundo. A este esfuerzo de la OMS se unieron varias organizaciones gubernamentales y ONGs, como el programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), la Asociación Internacional de Hospices y Cuidados Paliativos (IAHPC), la Alianza Mundial para el Cuidado Paliativo (WPCA), las Asociaciones Europea (EAPC), Latinoamericana (ALCP) y Africana (APCA) de Cuidados Paliativos, y otras que se preocupan por los Cuidados Paliativos⁸³.

Mozambique participa asiduamente en las cumbres de la OMS, es apoyado por muchas organizaciones gubernamentales y ONGs, pero no presta mucha atención a la ayuda que debe prestarse para mitigar el dolor de muchos pacientes oncológicos y de SIDA. Su política asistencial no contempla la atención paliativa, sus enfoques son de cara a la prevención y atención primaria. En su política sanitaria, Mozambique no considera los Cuidados Paliativos como un problema de salud pública, por ello no consta en su plan estratégico de salud.

El último plan, que va hasta 2019, del Ministerio de Sanidad no se refiere a los Cuidados Paliativos, en ningún párrafo, aunque habla de los enfermos de SIDA y la necesidad de englobar a más personas con el tratamiento retroviral. En cuanto al cáncer, apuesta por la prevención, detección temprana y tratamiento, pero faltan los Cuidados Paliativos.

La cuestión es si los Cuidados Paliativos no son parte del derecho a la salud que se garantiza en la constitución del país. La respuesta a esta cuestión no es sencilla, pero se puede intentar apelar a la participación de este país en los organismos internacionales, como la OMS y la ONU. La *Human Rights Watch* defiende el acceso a tratamiento del dolor como un derecho humano⁸⁴. Entonces, más que un derecho a la salud, constituye un derecho humano; eso quiere decir que es, *per se*, inviolable.

⁸³ Cfr. Stefania NEGRI, Cuidados Paliativos y derecho internacional de los derechos humanos: el derecho universal a no sufrir – pdf en <www.academia.edu> (acceso el 20/02/2016).

⁸⁴ Cfr. Human Rights Watch, Op. Cit, 21.

En esta línea, además de considerar el derecho a la salud, que el país otorga a su población fruto de la política socialista adoptada después de la independencia, podemos ir al nivel internacional para sostener el mismo derecho. Así, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (art. 25.1), la Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos (art. 16) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12) muestran como instrumento importante para el Estado, defender el derecho a la salud para sus miembros.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, órgano que supervisa el cumplimiento del pacto, admite que el derecho a la salud es de cumplimiento progresivo por parte de los países, pues depende de los recursos que cada uno dispone, pero indica algunas obligaciones básicas, como es la necesidad de garantizar el derecho de acceso a los establecimientos, bienes y recursos de salud esenciales en el ámbito de la salud: facilitar medicamentos esenciales, asegurar una distribución equitativa de los recursos sanitarios.

Los Cuidados Paliativos están contemplados en el derecho a la salud que se defiende en casi todos los países, pues son indispensables para que la persona no sufra dolor y pueda morir con dignidad. Por ello, según la OMS, los países tienen la obligación de implementar progresivamente servicios de Cuidados Paliativos, pues estos deben tener prioridad dentro de los programas de salud pública y control de enfermedades, como se puede leer en su documento de directrices: “la adopción de medidas que garanticen la prestación de buenos Cuidados Paliativos es un componente esencial de cualquier programa de lucha contra el cáncer”⁸⁵. Además, siguiendo el principio ético de la justicia, sería discriminatorio un derecho de salud que no incluya Cuidados Paliativos, a no ser que el estado garantice el derecho a la asistencia médica sólo para algunas enfermedades, lo que no es el caso de Mozambique.

A nuestro juicio, el estado, al garantizar un derecho a la salud, debe garantizar un acceso universal a los servicios de atención paliativa, facilitar los medicamentos básicos para el alivio del dolor e implementar políticas nacionales específicas de Cuidados Paliativos. Por ello, “la falta de reconocimiento del carácter prioritario que reviste el

⁸⁵ OMS, *Programas de nacionales de lucha contra el cáncer: directrices sobre política y gestión. Resumen de orientación*, OMS, Ginebra 2002², 22.

desarrollo de servicios de Cuidados Paliativos dentro de los servicios de atención de la salud constituirá una violación del derecho a la salud”⁸⁶.

La OMS insta a los gobiernos a cumplir con su obligación de garantizar el derecho a los Cuidados Paliativos. Éstos deberían integrarlos en sus políticas sanitarias, como también tendrían que promover una mayor conciencia sobre la importancia de la atención paliativa y garantizar la disponibilidad de analgésicos opioides en todos los entornos de atención sanitaria. No obstante, Mozambique es un país en desarrollo y no consigue disponer de forma satisfactoria de los estupefacientes médicos para atenuar el dolor.

En lo que se refiere al dolor físico provocado por enfermedad en pacientes terminales, constituyen dificultades no solo la falta de recursos financieros, que en muchos casos atañen a las economías en vías de desarrollo, sino también el incumplimiento de la obligación de garantizar el funcionamiento de un sistema de suministro efectivo de analgésicos opioides por muchos países, especialmente los menos desarrollados. Además, la ausencia de políticas sobre Cuidados Paliativos y tratamiento del dolor; la falta de capacitación para los trabajadores de la atención del dolor físico; las reglamentaciones y prácticas de drogas excesivamente rigurosas y temores a las sanciones legales.

Queda claro que el gran problema de los Cuidados Paliativos en muchos países no es tanto de recursos económicos para invertir en los paliativos, cuanto la adopción de medidas razonables que permitan mejorar el acceso a los servicios de tratamiento del dolor y Cuidados Paliativos, y establecer el equilibrio justo entre el deber de garantizar la disponibilidad de medicamentos controlados para fines legítimos y la prevención de su abuso”⁸⁷.

Lo cierto es que existen muchas personas que sufren dolor severo y no pueden acceder a un tratamiento adecuado para combatirlo. Esta situación se da por causa de obstáculos como:

“la falta de implementación de sistemas de suministro de fármacos, la ausencia de políticas sobre tratamiento del dolor y cuidado paliativos, la existencia de reglamentaciones y prácticas de fiscalización de drogas innecesariamente restrictivas, el temor de los trabajadores de la atención sanitaria a que se apliquen

⁸⁶ Human Rights Watch, op. cit., p. 17.

⁸⁷ Ibidem, p. 19.

sanciones por ejercicio ilegal de la medicina, la capacitación deficiente de estos trabajadores y el costo innecesariamente elevado del tratamiento del dolor”⁸⁸.

A continuación, tratamos de explicar los obstáculos que apuntamos arriba, y que impiden a los gobiernos cumplir con la obligación de garantizar los analgésicos opioides para los necesarios Cuidados Paliativos. En general, en muchos países, el consumo de morfina se ubica muy por debajo de la necesidad que se tiene para los cuidados del dolor; además los gobiernos aplican reglamentaciones y prácticas de fiscalización que dificultan mucho el acceso a la morfina.

Las reglamentaciones y prácticas de fiscalización de los analgésicos opioides exigen que “su fabricación, distribución y prescripción estén estrictamente regulados antes de comercializarse libremente en el mercado”⁸⁹. Pero los países pueden comprar morfina hasta una cantidad autorizada; por ello los países tienen una obligación de asegurar el funcionamiento de un sistema de suministro efectivo de medicamentos controlados.

De este modo, cada país tendrá que organizar una política nacional de fiscalización de drogas, como también asegurar la disponibilidad adecuada de estupefacientes para fines médicos y científicos. Lo que ocurre es que muchos países no consiguen asegurar la disponibilidad de cantidades suficientes de morfina y medicamentos, pues no conocen las necesidades médicas, ni científicas en torno a estos medicamentos, dada la desconexión entre las autoridades de fiscalización de drogas y el sistema de atención sanitaria; además, no han implementado sistemas de suministro efectivos para dichos medicamentos.

De hecho, hay muchos países que casi no usan morfina; esto sugiere que no cuentan con ningún sistema de suministro efectivo. Esto es algo muy negativo, pues un paciente con cáncer o SIDA terminal que experimenta dolor severo necesita 60 y 75 mg de morfina por día durante un promedio de aproximadamente 90 días.

“La investigación realizada por la Asociación Africana de Cuidados Paliativos (AACP) en 2006 señala la falta de compromiso de algunos países africanos en lo concerniente a asegurar la disponibilidad de medicamentos controlados”⁹⁰.

A menudo, los cálculos de las necesidades de morfina se basan en el consumo del año anterior y algunos países repiten el mismo cálculo sin preocuparse por los cambios

⁸⁸ *Ibidem*, p. 20.

⁸⁹ Human Rights Watch, *op. cit.*, 20.

⁹⁰ *Ibidem*, 22.

demográficos, sin hacer cálculos estimativos reales. Esto evidencia que los cálculos estimativos de necesidades médicas presentadas por numerosos países ante el JIFE son claramente inadecuados. La previsión de la cantidad de personas que requieren tratamiento del dolor es siempre menor que la morfina disponible para los pacientes terminales.

Un ejemplo de ello es Mozambique, que no consigue asegurar una distribución efectiva de morfina. Las leyes no favorecen que haya una distribución accesible de morfina en las farmacias, ni se consume la morfina oral; sólo existe morfina inyectable. La morfina es solo usada en el entorno hospitalario, en especial en hospitales públicos, en cantidades muy controladas para los pacientes recién operados que sufren dolor severo. No se habla de morfina para los pacientes de cáncer y SIDA. Los procedimientos excesivamente burocráticos disuaden a las instituciones de salud a la hora de adquirir morfina. “La encuesta de AACP (Asociación Africana de Cuidados Paliativos) sobre proveedores de Cuidados Paliativos realizados en doce países africanos advirtió demoras masivas entre la prescripción [receta médica] y el suministro, debido a problemas en los sistemas de previsión y distribución”⁹¹.

“Muchos países no han adoptado siquiera medidas que no suponen grandes costos y que son esenciales para mejorar el acceso al tratamiento del dolor y los Cuidados Paliativos, como agregar la morfina oral y otros medicamentos basados en opioides a su lista de medicamentos esenciales o emitir pautas sobre control del dolor destinadas a los trabajadores de la atención de la salud”⁹².

Otra cosa que atañe a los Cuidados Paliativos y tratamiento de dolor es la falta de formación del personal sanitario en materias relacionadas con los Cuidados Paliativos y tratamientos del dolor. En Mozambique, en la carrera de Medicina, no hay una asignatura exclusiva sobre Cuidados Paliativos ni su tratamiento; esta situación tiene como consecuencia una falta de conocimientos sobre cómo diagnosticar y tratar el dolor; hay que añadir la desinformación sobre la morfina oral y los mitos sobre el uso de opioides.

Entre las reglamentaciones y prácticas de fiscalización de drogas que se consideran excesivas está la necesidad de autorización y habilitación especial de los profesionales sanitarios para administrar opioides; la transferencia de opioides sólo debe producirse entre instituciones o personas autorizadas a tal efecto por las leyes nacionales; debe

⁹¹ Human Rights Watch, op. cit., p. 26.

⁹² *Ibidem.* 27.

exigirse receta médica como condición para el suministro de opioides a un paciente. Los gobiernos pueden imponer los requisitos adicionales que considere necesarios.

Se exige un equilibrio similar entre la obligación de garantizar la disponibilidad para fines médicos legítimos y la prevención de su abuso. Pero muchos países mantienen reglamentaciones innecesariamente estrictas, lo que genera complejos procedimientos de adquisición, almacenamiento y suministro de los medicamentos controlados. Como consecuencia de estas reglamentaciones excesivas los médicos no recetan los opioides para evitar los inconvenientes o por temor a sanciones penales; los procedimientos para recetarlos son tan poco prácticos que muchos pacientes no pueden asegurarse un suministro constante.

La escasa disponibilidad del tratamiento del dolor resulta tan desconcertante como inexcusable. El dolor causa terribles padecimientos, pese a que los medicamentos para tratarlos son económicos, seguros, efectivos y, por lo general, fáciles de administrar.

En Mozambique, los hospitales de muchos pueblos no pueden suministrar opioides; para obtenerlos es necesario que sea prescrito por un hospital de tercero o cuarto nivel. Tal situación obliga a que queden fuera de la asistencia casi todos los pacientes que necesitan de tratamiento paliativo.

3.3. Muerte con dignidad

En este contexto, sin Cuidados Paliativos, los enfermos terminales, en particular los de cáncer y SIDA, mueren tras una agonía dolorosa. Es necesario, a pesar de la escasez de recursos, ofrecer a los ciudadanos una muerte digna. El alivio del dolor en pacientes terminales no puede ser un problema de salud pública descuidado. Para conseguir eso hay que trazar principios de actuación. Es evidente que el País no posee muchos recursos sanitarios, a veces faltan los básicos. Además, cuidar enfermos con dolor “exige un alto nivel de preparación teórica y práctica en muchas áreas de la medicina, de la enfermería y de otras profesiones que intervienen en la asistencia”⁹³.

Para garantizar el derecho a la asistencia médica, es imperioso adoptar mecanismos que ayuden a las personas a morir de modo humano, administrando analgésicos

⁹³ Mabel MARIJUÁN, El tratamiento del dolor y sus problemas éticos, en A. COUCEIRO (ed.), *Ética en Cuidados Paliativos*, Triacastela, Madrid 2004, 129.

opioides y respetando sus valores personales. Por lo tanto, en un Sistema Nacional de Salud, como es el mozambiqueño, “el tratamiento del dolor debe formar parte de la asistencia que se ofrece al ciudadano. Podrá discutirse cuál es el modelo más adecuado para proporcionar un tratamiento eficaz del dolor, pero nunca dejarlo sin cubrir”⁹⁴.

Frente a la obligación moral de tratar a todos con la misma consideración y respeto en lo social y ante la gravedad de personas que viven y mueren con dolor, los Cuidados Paliativos y el tratamiento del dolor son una exigencia ética al Estado. De cara a eso, es deber de los gestores sanitarios mozambiqueños poner en marcha medidas para la implementación de los Cuidados Paliativos; a los sanitarios les corresponde brindar a los enfermos alternativas terapéuticas de indudable corrección técnica, de acuerdo con criterios médicos aconsejables y que tengan en cuenta el estado de los pacientes.

Para afrontar el problema de poder ofrecer asistencia a todos ante la gravedad de las personas que viven y mueren con dolor, el ideal es construir unidades de Cuidados Paliativos donde trabajen equipos formados por médico, enfermera, asistente social, psicólogo, agentes comunitarios de la salud y pastor, realizando un servicio en todos los puestos de salud. Dada a la escasez de médicos en las unidades sanitarias de las zonas rurales, donde vive la mayor parte de la población, en los equipos el médico podría ser sustituido por un técnico superior formado en los Cuidados Paliativos. Esta medida requiere que los institutos superiores de ciencias de salud de este país realicen cursos de formación en Cuidados Paliativos.

La estructura sanitaria mozambiqueña después de la independencia, incluía agentes polivalentes de salud, que eran seleccionados en sus pueblos y recibían formación para ayudar la comunidad en materias de salud; esta persona, integrando el equipo del puesto de salud de su pueblo, sería responsable de identificar las necesidades en materia de Cuidados Paliativos, ayudado por el asistente social. Esto es factible en Mozambique, de hecho se tienen integrados a los asistentes sociales en algunas unidades sanitarias; será necesario lógicamente rescatar y potenciar los agentes polivalentes de salud que hay; al día de hoy esta responsabilidad se ha dejado en los líderes comunitarios. La figura del agente polivalente es importante, no sólo porque aportaría a comunidad conocimientos sobre la medicina, sino también por causa de las costumbres culturales que rodean la etapa de la fina la vida, que es diferente en las varias regiones del país.

⁹⁴ *Ibidem*, 135.

La relación entre el Ministerio de Sanidad y confesiones religiosas ha sido muy importante en la lucha contra varias enfermedades, en las unidades sanitarias en las que hay hospitalización, asisten espiritualmente varios movimientos religiosos, especialmente católicos. A mi juicio, sería muy oportuna una coordinación mayor para que los pastores puedan integrarse en los equipos de los Cuidados Paliativos.

Esta propuesta de creación de equipos de Cuidados Paliativos debe ser combinada con una reforma legal sobre la utilización de la morfina. Eso requiere que se facilite el acceso de la morfina a los centros sanitarios; en una primera fase se puede proveer hasta los centros sanitarios de segundo nivel. Recordamos que solo los hospitales de nivel superior recetan el uso de opioides. Tal medida exige que el gobierno elimine el excesivo reglamento en uso de la morfina, y haga evaluación de las reales necesidades para JIFE. Obrar de este modo no significa eliminar las necesarias medidas de control para evitar la desviación de los medicamentos para fines ilícitos.

Es urgente la formación de personal sanitario en Cuidados Paliativos. En las carreras de medicina y sanitarias, se deben afrontar los problemas sobre el final de la vida, en particular las enfermedades terminales. Se ofrecerá a los alumnos herramientas científicas, integrando los nuevos saberes sobre el dolor y su tratamiento (neurofisiología, medición del dolor, técnicas quirúrgicas), y herramientas humanistas para saber luchar contra el dolor y humanizar el proceso de morir de las personas.

El sistema sanitario mozambiqueño debe preocuparse más en adquirir, almacenar y suministrar la morfina de acuerdo con las necesidades de los enfermos. Sin duda alguna es razonable habilitar a todos los técnicos superiores la facultad para poder recetar y administrar la morfina oral en los enfermos. Además, es preciso abrir la posibilidad del uso de la morfina en domicilios. Teniendo en cuenta la realidad de Mozambique, la facultad de recetar morfina se debe ampliar al personal de enfermería en los distritos y zonas rurales, para que puedan recetar y administrar analgésicos opioides, incluyendo la morfina oral. Esta orientación viene de la OMS: “los médicos, el profesional de enfermería y los farmacéuticos deben estar facultados legalmente para recetar, suministrar y administrar opioides a los pacientes según las necesidades locales”⁹⁵. Cuando hablamos de las necesidades de paciente, tenemos que resaltar que éstas varían considerablemente según la persona; algunos individuos requieren dosis altas para

⁹⁵ OMS, *Alivio del dolor en el cáncer*, 1996, 10.

lograr un control adecuado, por ello la restricción de las dosis no es éticamente justificable. Es imprescindible un plan adecuado a cada paciente.

Siendo nuestra preocupación el acceso a los Cuidados Paliativos, nos hemos concentrado en decir cómo se puede proporcionar el alivio del dolor; es evidente que dejamos al margen aspectos importantes que están más allá de dolor: el sufrimiento, el estado psicológico y espiritual del enfermo terminal... Entonces, no sólo es importante tratar los síntomas; también es fundamental ofrecer apoyo psicológico y mantenerse siempre en conversación constante con el paciente y su familia. Es nuestra intención, en este momento, ofrecer marcos de actuación ética de cara a los profesionales de la salud. Sin embargo, las funciones asistenciales, en los Cuidados Paliativos, es acompañamiento, el consuelo y la implicación con las familiares para reducir lo posible el sufrimiento o el dolor que pudiese existir.

En los Cuidados Paliativos, miramos el paciente en su vida integral, los profesionales, deben actuar en esta labor con compasión, paciencia y mansedumbre. Los profesionales deben desarrollar un espíritu de amor empático para con el enfermo en su sufrimiento y agonía, ayudando al paciente a enfrentar con paz y serenidad su estado; eso sólo es posible si el profesional interviene con delicadeza en todos los momentos que pueden causar dolor al enfermo, empleando siempre paciencia para realizar convenientemente los Cuidados Paliativos. En lo referente a los profesionales sanitarios, deben cultivar una ética de razonamiento práctico para tratar pacientes específicos y en situaciones únicas, poniendo en el centro su unicidad (el referente debe ser el cuerpo y la biografía del paciente) como también su dignidad como persona. Por ello, se exige un ejercicio continuo de responsabilidad, actuando en situaciones y problemas concretos, sin dejar jamás de considerar los valores culturales y religiosos del enfermo.

Finalmente, creemos que la propuesta que hemos avanzado arriba no es la única posible. En primer lugar, no restringimos los Cuidados Paliativos a los pacientes con cáncer y SIDA. Todos los pacientes terminales necesitarían de ser englobados. En segundo lugar, somos de opinión que los Cuidados Paliativos no son patrimonio de una espacialidad, sino más bien uno de los fines esenciales de la medicina en general, debería hacerse de todo para universalizar los dentro del sistema sanitario mozambiqueño. Es decir, dado a la falta de personal formado y de soporte económico, se podría formar los profesionales de todas las unidades de modo que pudiesen dar el mínimo de los Cuidados Paliativos a los enfermos de su unidad hospitalaria.

CONCLUSIÓN

El objetivo general fue analizar la relación entre recursos escasos y dispensación de los Cuidados Paliativos en el sistema sanitario mozambiqueño. Partiendo de la hipótesis de que la escasez de los recursos podría ser la causa para no ofrecerse Cuidados Paliativos a los pacientes terminales, se ha confirmado esta hipótesis en parte. El análisis que hicimos reveló que hay falta de equipamiento médico en muchas unidades sanitarias, se nota ineficiencia en la distribución de medicamentos, casi no hay normas y protocolos en los programas sanitarios. Además, Mozambique está calificado como uno de los 57 países que enfrenta una escasez crítica de profesionales para la salud cuyos indicadores están entre los más bajos del mundo. En este contexto, el 50% de la población tiene acceso a servicios de salud aceptables, 36% tiene acceso a una unidad sanitaria a 30 minutos de su casa a pie, y el 30% tiene totalmente inhabilitado el acceso a los servicios de salud.

Este escenario presentado arriba prueba, en parte, que la causa principal para que el sistema sanitario mozambiqueño no ofrezca Cuidados Paliativos es la falta de recursos. Sin embargo, no es del todo verdad. Primero, porque este país, a pesar de haber aumentado su producto nacional bruto, no significó mejoras en su presupuesto sanitario.

En segundo lugar, los medicamentos para mitigar el dolor físico no son muy costosos, dicho de otro modo, los medicamentos para los Cuidados Paliativos son económicos, seguros, efectivos y, por lo general, fáciles de administrar. En Mozambique, lo que pasa es que la disponibilidad de opioides analgésicos, sobre todo la morfina, está muy controlada y su dispensación se restringe a los hospitales de tercer y cuarto nivel. En los hospitales que están en los pueblos, como los rurales y puestos de salud, por lo general no se usa. Además, en los hospitales en que se emplea, muchas veces se verifica rotura del stock de este opioide, con el agravante de no ser fácil encontrar opioides alternativos. Además, para obtenerlos es necesario que sea prescrito por un hospital de tercer o cuarto nivel. Tal situación obliga a que queden fuera de la asistencia casi todos los pacientes que necesitan de tratamiento paliativo. La morfina es solo usada en el entorno hospitalario, en cantidades muy controladas para los pacientes recién operados que sufren dolor severo. No se habla de morfina para los pacientes de cáncer y SIDA.

En tercer lugar, el sistema de sanidad concentra sus esfuerzos en la salud de la mujer, niños y jóvenes. Por eso, desarrolla las campañas de vacunaciones, crea programas para el desarrollo de conocimiento sanitario en los jóvenes y proyectos de salud escolar. El hecho de tener una población joven no puede ser excusa para dedicar casi atención exclusiva de la sanidad a la salud de la mujer, infantojuvenil y para el combate de las epidemias y ni hacer ninguna referencia a los Cuidados Paliativos.

En cuarto lugar, es un sistema sanitario muy afectado por la corrupción que marginaliza los ciudadanos con poco poder adquisitivo. En Maputo, en concreto, algunas casas de enfermeros y médicos son transformadas en auténticas clínicas, con todos los peligros que ello conlleva. Cabe añadir que los profesionales sanitarios tienen actitudes a veces poco positivas sobre los Cuidados Paliativos, sea porque no tienen motivación para cuidar pacientes terminales o por la falta de formación. Los estudiantes de medicina aprenden sólo las técnicas para curar las enfermedades, hay una visión positivista de la ciencia médica. En los currículos de la medicina, la Bioética es un añadido a la formación, la única asignatura que podría ser fuente dadora de sentido y valores, es la Bioética e Historia de Medicina (constituye única asignatura), que se imparte en un cuatrimestre.

En quinto lugar, estamos seguros que la tecnificación de la medicina, en parte, influye de manera negativa en la consideración que se puede hacer de los Cuidados Paliativos. La mayor inversión de los gobiernos e instituciones sanitarias está hecha para conseguir nuevas técnicas de curación de enfermedades; además se ha creado el mito de que se puede curar todo.

A nuestro juicio, no obstante la escasez, el Estado, al garantizar un derecho a la asistencia sanitaria como un derecho humano, debe reconocer el carácter prioritario de que se reviste el desarrollo de servicios de Cuidados Paliativos. Por ello, es obligado a facilitar los medicamentos básicos para el alivio del dolor e implementar políticas nacionales específicas de Cuidados Paliativos. Asimismo, estará a tornar efectivo el derecho de no sufrir. En el cumplimiento de este derecho, la administración de opioides, la morfina es más empleada, si bien se puede emplear opioides alternativos como fentanilo, oxicodona, metadona y sus diferentes fórmulas para una mayor flexibilidad a la hora de ajustar el régimen determinado a las características de cada paciente. Empleando estos analgésicos se pretende mitigar el dolor, promover el confort y la mejora de la calidad de vida del paciente. La preocupación de los profesionales de la

salud deber ser ayudar al enfermo a vivir los últimos momentos de su vida en función de sus valores y a conseguir que muera en paz. Para nosotros, siguiendo el principio ético de la justicia, sería discriminatorio un derecho a la asistencia sanitaria que no incluyera Cuidados Paliativos, a no ser que el estado garantice el derecho a la asistencia médica sólo para algunas enfermedades, lo que no es el caso de Mozambique.

Como ya hemos afirmado la atención a los enfermos terminales es un buen índice para conocer el grado de estima que tiene una sociedad respecto a la dignidad de las personas. Para concretizar eso, el sistema sanitario mozambiqueño podría construir unidades de Cuidados Paliativos donde trabajen equipos formados por médico, enfermera, asistente social, psicólogo, agentes comunitarios de la salud y pastor, realizando un servicio en todos los puestos de salud. Dada la escasez de médicos en las unidades sanitarias de las zonas rurales, donde vive la mayor parte de la población, en los equipos el médico podría ser sustituido por un técnico superior formado en los Cuidados Paliativos.

Es urgente la formación de personal sanitario en Cuidados Paliativos. En las carreras de medicina y sanitarias, se deben afrontar los problemas sobre el final de la vida, en particular las enfermedades terminales. Se ofrecerá a los alumnos herramientas científicas, integrando los nuevos saberes sobre el dolor y su tratamiento (neurofisiología, medición del dolor, técnicas quirúrgicas), y herramientas humanistas para saber luchar contra el dolor y humanizar el proceso de morir de las personas.

El sistema sanitario mozambiqueño debe preocuparse más en adquirir, almacenar y suministrar la morfina de acuerdo con las necesidades de los enfermos. Sin duda alguna es razonable habilitar a todos los técnicos superiores la facultad para poder recetar y administrar la morfina oral en los enfermos. Además, es preciso abrir la posibilidad del uso de la morfina en domicilios. Teniendo en cuenta la realidad de Mozambique, la facultad de recetar morfina se debe ampliar al personal de enfermería en los distritos y zonas rurales, para que puedan recetar y administrar analgésicos opioides, incluyendo la morfina oral.

Los profesionales deben desarrollar un espíritu de amor empático para con el enfermo en su sufrimiento y agonía, ayudando al paciente a enfrentar con paz y serenidad su estado; eso sólo es posible si el profesional interviene con delicadeza en todos los momentos que pueden causar dolor al enfermo, empleando siempre paciencia para realizar convenientemente los Cuidados Paliativos. En lo referente a los

profesionales sanitarios, deben cultivar una ética de razonamiento práctico para tratar pacientes específicos y en situaciones únicas, poniendo en el centro su unicidad (el referente debe ser el cuerpo y la biografía del paciente) como también su dignidad como persona. Por ello, se exige un ejercicio continuo de responsabilidad, actuando en situaciones y problemas concretos, sin dejar jamás de considerar los valores culturales y religiosos del enfermo.

Al proponer unidades de Cuidados Paliativos, no excluimos la posibilidad de que estos sean ofrecidos en cualquier especialidad. Pues, admitimos que ellos no son propiedad de ninguna especialidad médica, como a veces pasa de reducirlos a enfermos oncológicos.

Teníamos como objetivo general analizar la relación entre recursos escasos y acceso a los Cuidados Paliativos. El análisis que hicimos demostró que, en parte, hay relación visto que la escasez de recursos obliga al gobierno a invertir en las áreas que considera más importantes de la medicina, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Él concentra los programas de salud en las necesidades urgentes, como la salud de la mujer, los niños y jóvenes. Por otra parte, vimos que no hay una relación exacta. Lo cierto es que el gobierno no invierte lo suficiente en la sanidad. Además, debe mejorar las políticas de adquisición, provisión y distribución de los analgésicos opioides, sobre todo de la morfina. En esta línea, trabajará por eliminar la corrupción que crea marginalización de los enfermos con pocos recursos. Sin duda, motivará y formará a los profesionales sanitarios para que cuiden de los enfermos terminales, ofreciendo Cuidados Paliativos.

Con eso, queremos decir que el Estado Mozambiqueño, a pesar de la escasez de recursos, puede brindar los pacientes terminales con Cuidados Paliativos, y así cumplirá el derecho a la asistencia sanitaria que garantiza en su constitución y no hará sufrir más a los que ya sufren la cercanía del fin de sus vidas biológicas (la muerte).

La falta de bibliografía sobre el asunto, que hemos investigado, constituyó la gran dificultad. Pero nuestro ánimo e interés en ofrecer una perspectiva de abordaje nos hicieron ultrapasar las vallas que nos separaban del objeto de estudio. Los pocos libros, los artículos que tuvimos acceso a través de internet y el diálogo con profesionales de salud mozambiqueños hicieron posible este trabajo. Esperamos contribuir con él para la necesaria reflexión sobre los Cuidados Paliativos en sanidad mozambiqueña y en un futuro no lejano se tenga claro que no podemos hablar de dignidad humana sin cuidar de los enfermos terminales.

BIBLIOGRAFÍA

Libros

- AA.VV, *Asistencia a domicilio de enfermos terminales. Manual de consulta para el voluntario y los familiares*, Editorial y Distribuidora, S.A, Madrid 1992.
- ALARCOS, F. J., *Bioética y pastoral de la salud*, San Pablo, Madrid 2002².
- B. LUCAS LUCAS, *Antropología y problemas bioéticos*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid 2005.
- BAUMAN, Z., *Modernidad líquida*, Fondo de Cultura Económica de Argentina, Buenos Aires 2003.
- BENÍTEZ DEL ROSARIO, M. A. (coord.), *Cuidados Paliativos*, EDIDE, Barcelona 1998.
- CAAMAÑO LÓPEZ, J. M. CAAMAÑO LÓPEZ, *La eutanasia: problemas éticos al final de la vida humana*, San Pablo, Madrid 2013.
- COUCEIRO, A. (ed.), *Ética en Cuidados Paliativos*, Triacastela, Madrid 2004.
- FRANKL, V. E., *El Hombre en Busca del Sentido Último: El análisis existencial y la conciencia espiritual del ser humano*, Paidós, Barcelona 2010, 8ª Reimpresión.
- _____, *El hombre doliente*. Herder, Barcelona 2003.
- _____, *En El Principio Era El Sentido*, Paidós Ibérica, S.A, Barcelona 2000.
- FUKUYAMA, F., *El fin del hombre. Consecuencias de la revolución biotecnológica*, B, S. A, Madrid 2003.
- HUMAN RIGHTS WACTCH, *Por favor, no nos hagan sufrir más. El acceso al tratamiento del dolor como derecho humano*, New York 2009.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, *Moçambique – inquérito demográfico e de saúde*, Ministério da Saúde, Maputo 2013.
- MARIJUÁN, Mabel, *El tratamiento del dolor y sus problemas éticos*, en. COUCEIRO, A. (ed.), *Ética en Cuidados Paliativos*, Triacastela, Madrid 2004, 129.
- MASIA CLAVEL, J., *Cuidar la vida. Debates bioéticos*, Herder, Madrid 2012.
- MOSSE, M. y CORTEZ, E., *A corrupção no sector da saúde em Moçambique*, Maputo: Centro de Integridad Pública de Moçambique, Maputo 2006.

- ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS, *Humanizar el proceso de morir. Sobre la ética de la asistencia en el morir*, Fundación Juan Ciudad, Madrid 2007.
- PEREZ CAYUELA, P., *et ali* (dir.) , *Programa de atención a los pacientes en fase terminal*, INSALUD, Madrid 1997.
- REMIRO VELAZQUEZ, Francisco, *La eutanasia y la humanización de la medicina*, Prologos, Madrid, 1991.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE, Ministério das Finanças, *Orçamento cidadão. Orçamento de Estado 2015*, Maputo: Ministério de Finanças, 2015⁴.
- ROLDÁN FRANCO, M. A., *Trastornos psicológicos en el siglo XXI*, U P Comillas, Madrid 2008.
- TOLEDANO, J. Luis, *A la sombra del cajueiro: españoles en Mozambique mozambiqueños en España*, AECID, Madrid 2015.

Artículos y capítulos de libros

- AGUILAR, L. Joyanes, *Bioinformática y salud. Un nuevo paradigma de la sociedad in Estudios – Biotecnología y salud de La Persona y de la sociedad*, Madrid: Fundación Pablo VI, 2004, 159 – 176.
- ALBASINI, N. P. F., *Saúde pública em Moçambique no atendimento rural unidade sanitária móvel* (Tesis de Máster), Universidade de São Paulo, São Paulo 2013.
- CONILL, J., *Ética de la economía de la salud. Financiación y gestión* in J. GAFO (editor), *El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos*, U P Comillas, Madrid 1999, 113 -133.
- ESQUERDA, Montse y ROIG, Helena, *¿podrá la bioética salvar a la medicina del siglo XXI?* en *Bioética & debat*, mayo – agosto 2015; 21 (75).
- GALVE CALVO, E., *Manejo de los síntomas más frecuentes en Cuidados Paliativos (dolor y síntomas gastrointestinales)* en ASTUDILLO, Wilson et al (Eds.), *Los Cuidados Paliativos, una labor de todos*, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, San Sebastián 2007.

- GONZALEZ FABRE, R., *Salud, Justicia y economía*, in J. de La TORRE DÍAZ, *Salud, justicia y recursos limitados*, Madrid: Servicios de Publicaciones da la Universidad Pontificia de Comillas, 37-81.
- HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO – III Jornadas científicas do HCM 2015 (www.jornadascientificashcm.org, 16.02.2016).
- ISTITUTO SICILIANO DI BIOETICA, *Le cure palliative e la spiritualità del morente*, Bioetica e Cultura, XII (2014) 2.
- LÓPEZ IMEDIO, E. y LUQUE MEDEL, J. M., *Filosofía de los Cuidados Paliativos* en COUCEIRO, A. (ed.), *Ética en Cuidados Paliativos*, Triacastela, Madrid 2004.
- MAZIVE, A., *Moçambique vai introduzir radioterapia* en 2015 in <http://noticias.sapo.mz> 20 de Marzo de 2016, 22h.
- NEGRI, Stefania, *Cuidados Paliativos y derecho internacional de los derechos humanos: el derecho universal a no sufrir* en www.academia.edu. (acceso el 20/02/2016)
- REAL INSTITUTO ELCANO, Área: África Subsahariana - ARI N° 78/2009 Fecha: 18/05/2009, 2.
- RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, J., *Modelos de política sanitaria en un mundo globalizado* en J. de La TORRE DÍAZ, *Salud, justicia y recursos limitados*, U P Comillas, Madrid 2012, 59-81.
- SÁNCHEZ CARAZO, C., *Salud y recursos limitados desde los usuarios del sistema sanitario*, in J. de La TORRE DÍAZ, *Salud, justicia y recursos limitados*, UP Comillas, Madrid 2012, 56 - 83.
- SÁNCHEZ, F. Martín, *Aplicaciones presentes y futuras de las tecnologías genómicas en medicina* in Estudios – Biotecnología y salud de La Persona y de la sociedad, Fundación Pablo VI, Madrid 2004, 59 –77.
- SULTANE, Thebora, *Padrões de ocorrência dos cancros diagnosticados no Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Central de Maputo 2009 – 2010*, en I Jornadas Científicas do Hospital Central de Maputo 27 e 28 de Mayo de 2011.

Documentos

APLICACIÓN DEL PACTO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Disponible en <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>, (1 de Abril de 2016).

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS, Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948.

JUAN PABLO II, Motu proprio. *Dolentium Hominum*, n. 2, in <http://w2.vatican.va>, 19.03.2016.

MINISTERIO DA SAÚDE, Conselho Nacional da Saúde, CARTA DOS DIREITOS E DEVERES DOS DOENTES, aprovado a 20/12/2011, Maputo 2001.

_____, *Las políticas de lucha contra el VIH/SIDA en Mozambique: retos para la cooperación internacional (ARI)* (www.realinstitutoelcano.org acceso el 3/3/2016)

_____, *Manual de Diagnóstico e Tratamento de Tuberculose Resistente e Multi-Droga Resistente*, MISAU, Maputo, 2009.

_____, *Plano estratégico do sector da saúde PESS 2014 – 2019*, Maputo, Ministério da Saúde, 2013.

OECD/ THE INTERNATIONAL AND IBERO AMERICAN FOUNDATION AND PUBLIC POLICIES (FIIAPP), *Fomentando la cultura tributaria, el cumplimiento fiscal y ciudadanía: Guía sobre educación tributaria en el mundo*, Paris: OECD, 2015.

OMS, *Alivio del dolor en el cáncer*, OMS, Ginebra 1996.

OMS, *o sistema de saúde*
www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Mozambique:the_Health_System/pt, acceso en 17/02/2016.

- _____, *Informe Mundial Onusida*, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013. Catalogación por la Biblioteca de la OMS Informe mundial: ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013. “ONUSIDA/JC2502/1/S”, 58.
- _____, preguntas más frecuentes (<http://www.who>, acceso en 28/01/2016, 20h).
- _____, *Programas de nacionales de lucha contra el cáncer: directrices sobre política y gestión. Resumen de orientación*, OMS, Ginebra, 2002².

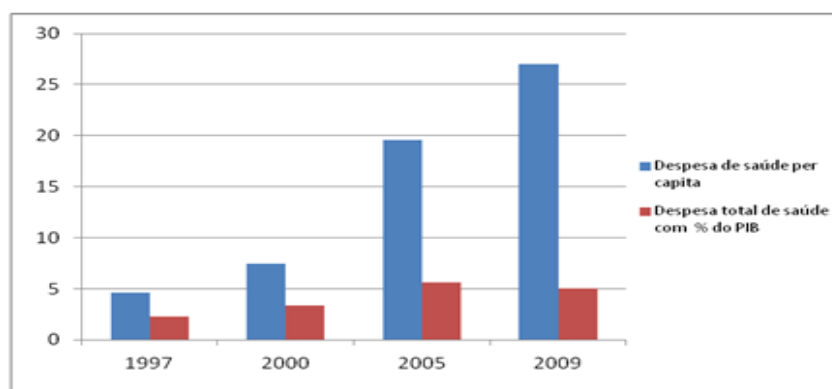
REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE, Ministério da Saúde, *Relatório da Revisão do Sector da Saúde*, Maputo Dezembro de 2012.

ANEXOS

Tabla 1. Indicadores del estado de salud, Mozambique.

Indicador	IDS 1997	IDS 2003	IIM 2008	IDS 2011
Esperanza de la vida al nacer	42	50.9	-	53.1
Tasa de Fecundidad	5.6	5.5	-	5.9
Tasa de Mortalidad Materna (100000 NV)	690	408	-	408
TM < 5 años (1000 NV)	201	178	138	97
TM infantil (1000 NV)	135	124	93	64
TM neonatal (1000 NV)	54	48	-	30
Malnutrición crónica (%)	35.9	41	-	43

Tabla 2. Gastos de sanidad en Mozambique.



Fuente: www.who.afro.who.int 28.02.2016, 13h.

Tabla 3. Radio teórico de la red primaria del Sistema Nacional de Sanidad⁹⁶.

Provincias	Unidad Sanitaria (US) Por Nivel (2012)					Radio teórico US I
	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Total	
Niassa	152	2	1	0	155	16
Cabo Delgado	107	4	1	0	112	16
Nampula	197	9		1	207	11
Zambézia	212	7	1	0	220	13
Tete	99	5	1	0	105	18
Manica	74	3	1	0	78	17
Sofala	191	4	0	1	196	11
Inhambane	120	3	1	0	124	13
Gaza	108	4	1	0	113	15
Maputo Prov.	103	2	0	0	105	8
Maputo Ciudad	32	5	0	2	39	2
Mozambique	1 395	48	7	4	1454	14

Tabla 4. Criterios para la admisión al tratamiento antirretroviral.

Estadio de la OMS	CD4 No disponible	CD Disponible
I	No tratar	Tratar se CD4 ≤ 250cel/mm³
II	No tratar	
III	Tratar	Tratar se CD4 ≤ 350 cel/mm³
IV	Tratar	Tratar independientemente De la contaje del CD4

Fuente: MISAU, 2009/2010

⁹⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Plano estratégico do sector da saúde PESS 2014 – 2019*, Ministério da Saúde, Maputo 2013, 17.

Tabla 5. Características de los principales opioides y equivalencias⁹⁷.

Opioide	Dosis y equivalências	Efectos Secundários	Observaciones
Codeína	30 mg/4h	Mareo, náuseas y Estreñimiento	Analgésico, antitusígeno y antidiarreico
Dihidrocodein a	30-60 mg/4-6h	No en insuficiencia Renal	Presentación liberación Retardada
Tramadol	50-100 mg/6h retardad /12-24h VO=IV=SC	Estreñimiento Menor	VO, SC, IV, rectal, IM
Buprenorfina	Parches 35 mg/h/72h 35 mg= 30-60mg morfina oral		Retard. Rescates con buprenorfina sublingual
Fentanilo transdermico	Parches /72h Morfina oral 24h= fentanilo 2:1	< estreñimiento y Somnolencia	No si dolor agudo o no estable
Fentanilo oral Transmucoso	Sticks de 200 a 1600mg		Sólo para dolor Incidental
Metadona	Cad 8,12 ó 24 h Equianalgesia Variable	< estreñimiento < neurotoxicidad	Vida media prolongada
Oxicodona	10 mg/ 12 h de oxi a morfi 3:4 de morfi a oxi 2:3	Efecto más rápido <alucinacione s	Liberación retard y aguda

⁹⁷ E. GALVE CALVO, *Manejo de los síntomas más frecuentes en Cuidados Paliativos (dolor y síntomas gastrointestinales)* en Wilson ASTUDILLO et al (Eds.), *Los Cuidados Paliativos, una labor de todos*, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, San Sebastián, 2007, p. 39.