

PERCEPCIONES MÉDICAS SOBRE LA ATENCIÓN DEL FINAL DE LA VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Arroyo LI^{1,2}, Ortega-Lenis D¹, Calvache JA², De Vries E³

1. Programa de Maestría en Salud Pública, Pontificia Universidad Javeriana – sede Cali.
2. Departamento de Anestesiología, Universidad del Cauca, Popayán.
3. Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana Bogotá.

RESUMEN

Objetivo: Describir las percepciones médicas sobre la atención durante el final de la vida en pacientes oncológicos en hospitales de mediana y alta complejidad en Popayán y Bogotá.

Métodos: Estudio de corte transversal realizado en los años 2019 y 2020 en tres hospitales de Colombia que consistió en aplicar a médicos un cuestionario adaptado y auto administrado que mide la percepción de la atención de fin de vida a partir de la identificación y el seguimiento de pacientes que se encontraban en fin de vida o próximos a ella, en el contexto de enfermedades oncológicas.

Resultados: Se identificó el fallecimiento de 341 pacientes y se obtuvieron 261 respuestas de sus médicos tratantes con una tasa de respuesta del 76,7%. El 70% de los médicos considera que la muerte no fue consecuencia de intervenciones médicas y el 85% clasificó las estrategias terapéuticas como paliación sintomática. La prevalencia de tranquilidad con la atención médica brindada durante el proceso de fin de vida fue del 87%. El 48% y el 73% manifestó que no hablaron con los

familiares y pacientes respectivamente sobre la posibilidad de acelerar el final de la vida como resultado de las intervenciones o no intervenciones.

Conclusiones: Existe interés médico por el fin de vida de los pacientes oncológicos y tranquilidad con la atención médica brindada. La baja comunicación con el paciente o sus familiares durante este periodo puede ser un área de gran mejoramiento. **Palabras clave:** Cuidado terminal, cuidados paliativos, percepciones médicas, cuidado del fin de vida.

INTRODUCCION

El envejecimiento como proceso natural y el aumento de la expectativa de vida han llevado a un incremento en la incidencia, prevalencia y mortalidad de enfermedades crónicas y degenerativas, entre ellas el cáncer (1). En Colombia, existe un reconocimiento legal del cáncer como un problema público (2–4); sin embargo, la implementación de las normas existentes a nivel social y político, como el seguimiento a los actores involucrados y el fortalecimiento institucional para enfrentar esos retos, aún presentan un gran retraso (5).

En Colombia, los pacientes con cáncer enfrentan diversos problemas, entre ellos: la falta de accesibilidad a la atención médica oportuna y de calidad, y los altos costos derivados de la atención que imponen una carga financiera importante en pacientes, familias y en el sistema de salud(6,7).

Entre otros factores, los avances en el contexto asistencial hospitalario han propiciado que los cuidados al final de la vida se hayan desplazado desde el hogar

al ámbito sanitario, convirtiéndolos en una responsabilidad y un reto de los sistemas de salud(8). La manera de tratar a los pacientes que padecen cáncer y se encuentran en fin de vida, ha sido motivo de debates en diferentes países durante las últimas dos décadas y ha sido objeto de continuas y profundas discusiones en diferentes medios que han reflejado las divergencias entre la voluntad de los pacientes y las disposiciones legales, éticas y sanitarias (9).

Las decisiones médicas durante el proceso de fin de vida incluyen elecciones en el tratamiento y en prácticas relacionadas con el morir como: no iniciar o suspender tratamientos específicos de la enfermedad, enfatizar en el manejo del dolor y otros síntomas de la enfermedad avanzada, uso o no de sedación paliativa e incluyen discusiones acerca del suicidio asistido, la distanasia y eutanasia (10,11). Los médicos que habitualmente se encuentran involucrados en el manejo de pacientes oncológicos en fases avanzadas de su enfermedad, tienen un papel esencial en la toma de decisiones sobre el final de la vida (12). Una reciente publicación francesa estudió las percepciones del equipo médico y de enfermería frente a la muerte y encontró que la ansiedad es frecuente entre los profesionales, al igual que la percepción general de falta de comunicación del equipo de salud con las familias y entre profesionales (13). Otros autores refieren que los médicos perciben que los pacientes no están dispuestos a hablar sobre temas relacionados a la muerte y ello dificulta la toma de decisiones (14–16). Estas percepciones pueden tener relación con la falta de capacitación y limitada experiencia del personal hacia la atención del final de la vida (13).

Aun con la regulación existente en Colombia acerca de cuidados paliativos (17) (Ley 1733 de 2014) hay una deficiencia en la implementación de estos servicios y de las prácticas multidisciplinarias que brindan soporte médico y psicológico a los pacientes oncológicos y sus familiares (18). La atención y cuidado del final de la vida han sido poco exploradas en Colombia, pero recientemente han ganado interés. En 2020, un estudio exploró las perspectivas de los profesionales de la salud sobre el proceso de toma de decisiones en la atención del fin de vida en pacientes con cáncer avanzado. Sus autores destacan la preocupación general de los profesionales por el sufrimiento, especialmente el dolor, y el reconocimiento de la empatía y la confianza como atributos de la relación médico-paciente que se favorecen con la comunicación (16).

El objetivo del presente estudio fue describir las percepciones médicas sobre la atención durante el final de la vida en pacientes oncológicos en hospitales de mediana y alta complejidad en Popayán y Bogotá, tanto en términos de la manera de abordar el fin de vida como la tranquilidad que tienen los profesionales con la atención prestada.

MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo de corte transversal. Éste hace parte de un macro proyecto enfocado en el análisis de las decisiones médicas al final de vida en pacientes oncológicos (Proyecto Colciencias: Decisiones médicas al final de la vida en pacientes oncológicos de Colombia).

Este estudio se desarrolló en tres hospitales de Colombia: El Instituto Nacional de Cancerología (INC), el Hospital Universitario San Ignacio (HUSI), y el Hospital Universitario San José (HUSJ). Los dos primeros se encuentran localizados en la ciudad de Bogotá y el tercero en la ciudad de Popayán. A partir de mayo de 2019 y hasta junio de 2020, se identificó a los pacientes oncológicos que se encontraban en la fase final de su vida durante hospitalización o durante atención ambulatoria en los centros participantes. En cada locación se realizó inicialmente una socialización del proyecto con los equipos implicados. Los equipos de Manejo del Dolor y Cuidados Paliativos de cada institución proporcionaban información sobre los pacientes con diagnóstico de cáncer (en general, en estado avanzado) y que se encontraban en fin de vida. Se realizó el seguimiento de estos pacientes en los sistemas de información hospitalaria para evaluar el estado vital del paciente. Cuando estos pacientes fallecieron, se asignó un número de caso al paciente y se obtuvo información básica como sexo, edad, tipo de cáncer y tipo de aseguramiento desde la historia clínica. Adicionalmente, se invitó a cada uno de los médicos tratantes de los pacientes identificados en el periodo de estudio, a completar un cuestionario virtual, auto administrado completamente anónimo sobre las decisiones tomadas, las percepciones sobre su atención y los procesos realizados al final de la vida.

Se incluyeron médicos de diferentes especialidades: Oncólogos, Paliativistas, Internistas, Intensivistas, Gerontólogos, Médicos generales, entre otros, de los diferentes servicios hospitalarios. Cada profesional fue contactado a través de una llamada telefónica, vía correo electrónico o a partir de un encuentro personal y

posterior a una breve explicación sobre el estudio, fue invitado a participar en el diligenciamiento del cuestionario. Antes de diligenciar el cuestionario mediante el enlace en la invitación, aceptó su participación voluntaria en el estudio. No se pidieron datos personales ni de especialización o años de experiencia al médico para poder garantizar su anonimato total en el estudio. En cada una de las instituciones, la unidad de análisis correspondió a los pacientes fallecidos y a la percepción de sus médicos sobre estos casos.

El cuestionario se enfocó en las características de la toma de decisiones al final de la vida (muy próximas al fallecimiento) del paciente involucrado. Contenía información demográfica básica, el tipo de afiliación al sistema de seguridad social colombiano y el tipo de cáncer que padecía el paciente. Adicionalmente, contenía preguntas relacionadas con la percepción que tiene los médicos sobre el final de la vida. Este cuestionario fue adaptado a partir de un cuestionario más amplio utilizado en los Países Bajos (19) el cual fue traducido y adaptado mediante consenso de expertos. Se adaptaron algunas preguntas sobre la percepción de los médicos, el proceso de muerte del paciente, incluidas las posibles consecuencias legales de sus decisiones y el grado de tranquilidad emocional con la atención brindada. Las preguntas fueron formuladas de una manera muy respetuosa, rigurosa y amplia siguiendo las recomendaciones del comité de expertos que incluyó un médico ortopedista experto en Bioética, una médica cirujana magister en bioética y un doctor en Filosofía, director del Instituto de Bioética, todos pertenecientes a la Pontificia Universidad Javeriana Bogotá.

Al tratarse de un cuestionario que examina las decisiones y percepciones médicas sobre la última etapa de la vida de los pacientes, se realizó un piloto entre algunos médicos para ajustar preguntas de tal manera que las opciones de respuesta fueran claras y completas. El cuestionario no contiene ninguna escala así que no fue necesario calibrar pesos o puntajes ni realizar un proceso de validación.

Dado que se trata de un estudio exploratorio que procura conocer las percepciones de los médicos sobre el proceso de morir de pacientes con cáncer, no se estableció un tamaño de muestra mínimo. Considerando la naturaleza multicéntrica del estudio, se incluyó la mayor cantidad de cuestionarios de profesionales posible en cada sitio de inclusión. Se identificaron 341 pacientes fallecidos y se invitó a sus médicos tratantes a participar.

La recolección de la información se realizó a partir de la base de datos exportada desde el sistema *SurveyMonkey* y los análisis se realizaron en SPSS v25.0 y el paquete *ggplot2* de R. Se realizaron tablas de frecuencia para control de calidad de la base de datos, revisando posibles datos perdidos o atípicos. Los resultados se presentan de forma completa, incluyendo datos perdidos para cada pregunta.

Se realizó un análisis de las características del cuestionario, incluyendo aceptabilidad por parte del personal para responderlo (a partir de la frecuencia de no respuesta por los profesionales invitados) y se describieron los datos relacionados con las características demográficas de los pacientes.

Las preguntas del análisis estuvieron relacionadas con la posibilidad de acelerar el final de la vida como resultado de las intervenciones o no intervenciones, la comunicación al respecto de estas decisiones con pacientes, familiares y colegas, y la percepción sobre el nivel de tranquilidad con las decisiones y la atención brindada por parte de los médicos. Para los análisis relacionados a la tranquilidad con las decisiones, las categorías de las variables consideradas fueron colapsadas para convertirlas en binarias. Se realizó un análisis estadístico descriptivo a través tablas de frecuencias y sus respectivos porcentajes para las variables categóricas, para las medidas cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central como el promedio y la mediana, y de dispersión como la desviación estándar y el rango intercuartílico.

Consideraciones éticas: El protocolo de investigación de este estudio fue aprobado por los comités de ética en investigación de la Pontificia Universidad Javeriana (número FM-CIE-0086-17), el Comité de ética de la Pontificia Universidad Javeriana Sede Cali (número 011-2020 del CEEI) y el Comité de ética e investigaciones del Instituto Nacional de Cancerología (número INT-OFI-03581-2019).

RESULTADOS

Durante el tiempo de estudio identificamos el fallecimiento de 341 pacientes. Se obtuvieron 261 respuestas de sus médicos con una tasa de respuesta del 76,7% sin diferencias en comparación a las invitaciones sin respuesta (Tabla 1). La mediana de tiempo en días entre la muerte y la respuesta del cuestionario fue 9 días (RIQ 6-

20). El 73% de los pacientes fallecieron en dentro de un hospital, el 17% en casa y un 10% fueron datos perdidos.

Tabla 1. Características generales de los pacientes con y sin respuestas reportadas por sus médicos

	Total (n=341)	Pacientes con respuesta (n=261)	Pacientes sin respuesta (n=80)
Edad promedio	61,2	60,2	62,4
Sexo			
Masculino	156 (46%)	127 (49%)	29 (36%)
Femenino	185 (54%)	134 (51%)	51 (64%)
Tipo de aseguramiento			
Contributivo	198 (58%)	141 (54%)	70 (75%)
Subsidiado	139 (41%)	100 (38%)	22 (24%)
Otro	4 (1%)	20 (8%)	1(1%)
Tipo de cáncer			
Gástrico	50 (15%)	45 (18%)	5 (6%)
Colorectal	37 (11%)	26 (10%)	11 (14%)
Mama	38 (11%)	28 (11%)	10 (13%)
Pulmón	20 (6%)	15 (6%)	5 (6%)

Otro	196 (57%)	125 (48%)	71 (88%)
------	-----------	-----------	----------

El promedio de edad de los pacientes fallecidos fue de 61,2 años, la mitad fueron de sexo femenino y el 58% estuvieron afiliados al régimen contributivo de seguridad social (Tabla 2).

Los tipos de cáncer más frecuentes fueron el cáncer de estómago, de mama y colorectal. La distribución de las características generales de los pacientes diferenció: en el grupo sin respuesta había menos fallecidos del régimen subsidiado, y menos pacientes con cáncer gástrico comparado con el grupo de pacientes con respuestas. La Tabla 2 presenta las características generales de los pacientes incluidos, estratificados por el sitio de atención.

Tabla 2. Características principales de los pacientes fallecidos distribuidas por sitio de inclusión

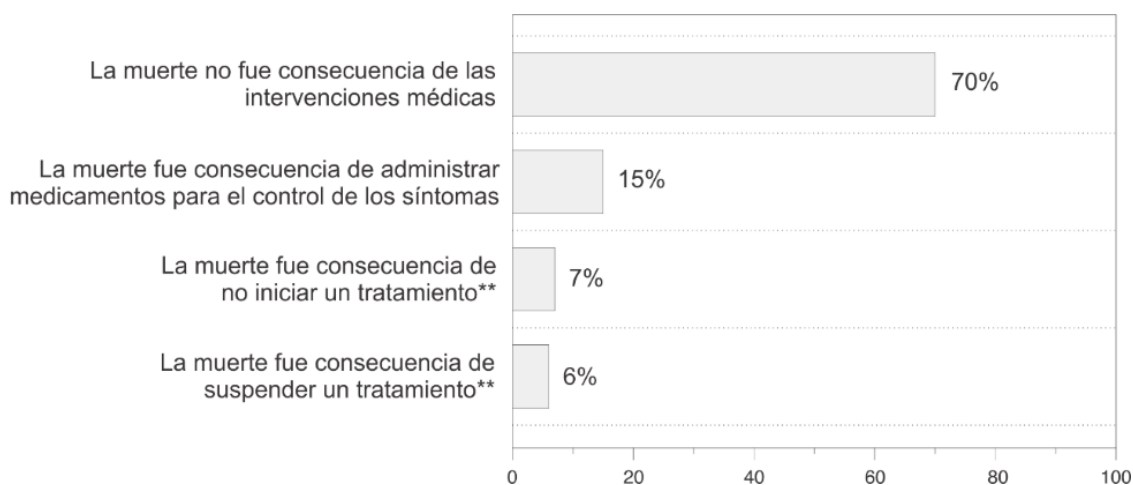
	Total (n=261)	HUSI (n=92)	INC (n=143)	HUSJ (n=26)
Edad* (media ± SD, mediana [IQR])	60,2 ± 16,3 63 [50-72]	60,8 ± 17,1 65 [47-72]	58,8 ± 15,9 60 [49-70]	66,1 ± 14,9 67 [58-76]
Género				
Masculino	127 (49%)	51 (55%)	63 (44%)	13 (50%)
Femenino	134 (51%)	41 (45%)	80 (56%)	13 (50%)

Cinco tipos de cáncer más frecuentes	Otro 125 (48%)	Otro 42 (46%)	Otro 70 (49%)	Otro 13 (50%)
	Gástrico 45 (18%)	Gástrico 15 (17%)	Gástrico 24 (17%)	Gástrico 6 (23%)
	Mama 28 (11%)	Colorectal 13 (15%)	Mama 13 (9%)	Mama 3 (11%)
	Colorectal 26 (10%)	Mama 12 (13%)	Colorectal 12 (8%)	Cervical 2 (8%)
	Pulmón 15 (6%)	Pulmón 8 (9%)	Cervical 11 (8%)	Colorectal 1 (5%)
Aseguramiento en salud	Contributivo 141 (54%)	Contributivo 89 (97%)	Contributivo 42 (29%)	Contributivo 10 (39%)
	Subsidiado 100 (38%)	Subsidiado 2 (2%)	Subsidiado 87 (61%)	Subsidiado 11 (42%)
	Desconocido 17 (7%)	Desconocido 1 (1%)	Desconocido 12 (8%)	Desconocido 4 (15%)
	Régimen especial 2 (1%)		Régimen especial 1 (1%)	Régimen especial 1 (4%)
	Sin aseguramiento 1 (0.4%)		Sin aseguramiento 1 (1%)	

*22 datos perdidos (8.5%): Hospital Universitario San Ignacio (HUSI)=6, Instituto Nacional de Cancerología (INC)=10, Hospital Universitario San José (HUSJ)=6.

En relación con las circunstancias de la muerte, la gran mayoría de los médicos en estudio (94%) respondieron que la información reportada provenía de conocer directamente al paciente antes del momento de su muerte. Adicionalmente, la mayoría reportaron la ocurrencia de la muerte como un evento que estaba dentro de lo esperado (90%, n=235). Durante los últimos días de vida, la mayoría de los médicos clasificaron las estrategias terapéuticas de los pacientes como paliación sintomática (85,4%, n=223). El 70% de los médicos consideró que la muerte del paciente no fue consecuencia de intervenciones médicas (Figura 1).

Figura 1. Respuestas de los médicos a las categorías de la pregunta: ¿La muerte fue consecuencia de uno o más de los siguientes actos, que usted u otro médico decidieron llevar a cabo con la intención explícita de no prolongar el sufrimiento?*



*En este estudio, “tratamiento” incluyó nutrición e hidratación artificial.

**La proporción de cada barra representa las decisiones tomadas para cada categoría por el total de médicos. Corresponden a categorías no mutuamente excluyentes.

Seis médicos participantes (2,3%) respondieron que la muerte fue causada por el uso de un medicamento recetado o administrado con la intención explícita de acelerar el fin de la vida. De ellos, ningún paciente había solicitado de forma explícita este deseo. Un paciente había solicitado de manera no explícita su deseo de acelerar el final de su vida y en los cinco pacientes restantes los médicos respondieron no saber si el paciente había expresado este deseo. Esta pregunta presentó 27 participantes sin respuesta.

En la mayoría de los casos no se reportó una comunicación activa con el paciente ni sus familiares en relación con la posible aceleración del fin de vida dadas las intervenciones o no intervenciones. En situaciones que “no se habló” acerca de acelerar el fin de la vida como resultado de intervenciones o no intervenciones, el médico consideró que el tratamiento recibido por el paciente era “claramente el mejor para el paciente” (34%) (Tabla 3).

Tabla 3. Preguntas y respuestas relacionadas a la comunicación médico paciente durante el final de la vida.

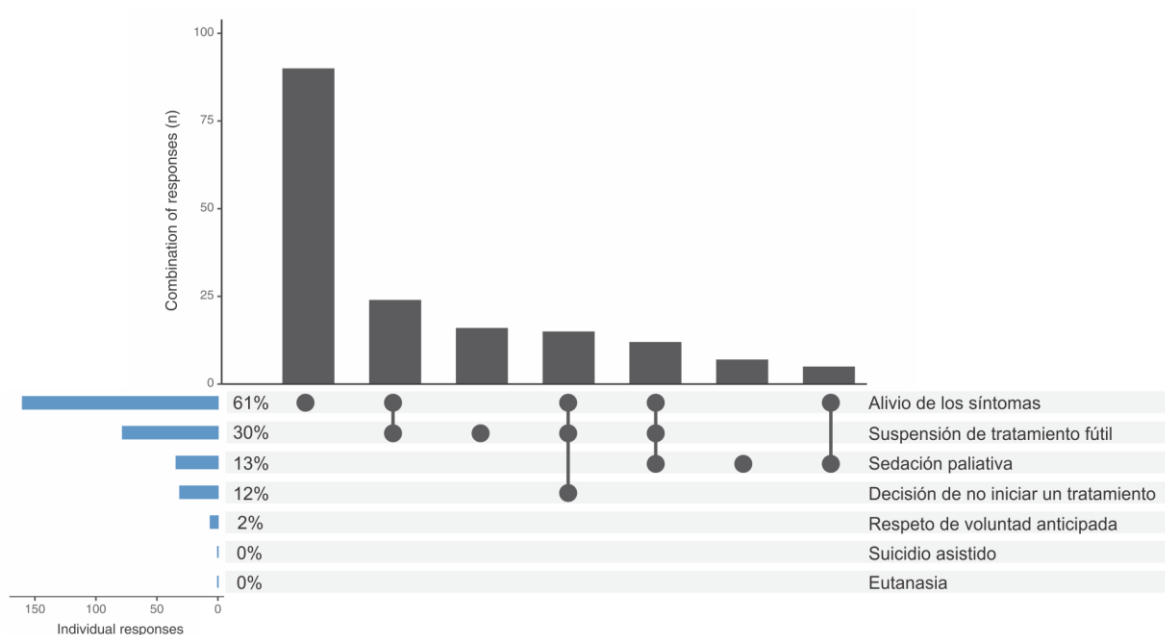
Preguntas	Categorías de respuesta	Frecuencia absoluta (%)
<p>¿En su conocimiento, el paciente había expresado alguna vez el deseo de acelerar el final de su vida? (muestra completa n=261)</p>	<p>a. Sí, de una manera muy clara b. Sí, de una manera no explícita c. No lo había expresado</p>	<p>9 (3%) 14 (5%) 174 (67%)</p>
<p>En los pacientes con solicitudes explícitas acerca del final de su vida, ¿se consideró que el paciente era capaz de comprender su condición médica y de tomar decisiones sobre su salud y su vida de manera adecuada en el momento de la conversación? (muestra: pacientes con solicitudes explícitas n=23)</p>	<p>a. Si, totalmente capaz b. Si, parcialmente capaz c. No era capaz d. Sin respuesta a la pregunta</p>	<p>7 (30%) 2 (9%) 1 (4%) 13 (57%)</p>
<p>¿Se habló con los familiares y/o allegados del paciente sobre la</p>	<p>a. Sí, con la pareja o familiares</p>	<p>47 (42%)</p>

<p>posibilidad de acelerar el final de la vida como resultado de las intervenciones o no intervenciones?</p> <p>(muestra: casos en los cuales se reportó la suspensión de algún tratamiento en el final de la vida n=112)</p>	<p>b. Sí, con otras personas disponibles</p> <p>c. No se habló sobre este tema</p> <p>d. Sin respuesta a la pregunta</p>	<p>2 (2%)</p> <p>54 (48%)</p> <p>9 (8%)</p>
<p>¿Se habló con el paciente sobre la posibilidad de acelerar el final de su vida como resultado de las intervenciones o no intervenciones?*</p> <p>(muestra: casos en los cuales se reportó la suspensión de algún tratamiento en el final de la vida n=112)</p>	<p>a. Sí, en el momento del acto médico</p> <p>b. Sí, un tiempo antes del acto médico</p> <p>c. No se habló sobre este tema</p> <p>d. Sin respuesta a la pregunta</p>	<p>9 (8%)</p> <p>12 (11%)</p> <p>82 (73%)</p> <p>9 (8%)</p>
<p>¿Por qué no se habló sobre la posibilidad de acelerar el final de la vida como resultado de los actos médicos con el paciente?</p>	<p>a. El tratamiento médico recibido era claramente el mejor para el paciente</p> <p>b. El paciente estaba inconsciente</p>	<p>55 (34%)</p> <p>53 (33%)</p>

(muestra: grupo del cual médicos indicaron no haber hablado con pacientes, n=160)	c. No se requería hablar con el paciente sobre esta decisión	37 (23%)
	d. Otra razón para no hablar al respecto	25 (16%)
	e. El paciente tenía algún problema mental/psiquiátrico que impedía el diálogo	15 (9%)
	f. El diálogo hubiese hecho más daño que beneficio al paciente	7 (4%)
	g. El paciente era demasiado joven o demasiado viejo para la discusión	6 (4%)

Durante los últimos días de vida, la mayoría de los médicos clasificaron las estrategias terapéuticas de los pacientes como paliación sintomática (85,4%, n=223). Únicamente cuatro participantes las clasificaron como estrategias curativas (n=4, 1,5%) (Figura 2).

Figura 2. Clasificación de las estrategias terapéuticas por médicos tratantes durante los últimos días de vida de los pacientes



Para la mayoría de médicos, los pacientes tuvieron un fin de vida moderadamente tranquilo o muy tranquilo (n=237, 91%) y se sienten tranquilos con la atención brindada (87%, IC95% 82%-90%) (Tabla 4).

Tabla 4. Percepción médica de tranquilidad con relación a las decisiones tomadas durante la atención (n=261)

Preguntas	Categorías de respuesta	Frecuencia absoluta (%)
Como médico, ¿Se siente tranquilo con la forma como	a. Sí, me siento tranquilo con la atención brindada	226 (87%)

<p>se atendió el proceso de muerte de este paciente? *</p>	<p>b. Pienso que pudieron hacerse algunas intervenciones adicionales o diferentes</p> <p>c. No, pienso que pudo haberse manejado de una manera mejor</p>	<p>24 (9%)</p> <p>10 (4%)</p>
<p>¿Diría usted que este paciente murió tranquilo? *</p>	<p>a. Muy tranquilo</p> <p>b. Moderadamente tranquilo</p> <p>c. Intranquilo</p> <p>d. Muy intranquilo</p>	<p>106 (41%)</p> <p>131 (50%)</p> <p>18 (7%)</p> <p>5 (2%)</p>
<p>¿Siente o sintió temor por usted mismo o por sus colegas, de que las decisiones tomadas con respecto al final de la vida en este paciente trajeran problemas éticos, legales o administrativos?*</p>	<p>a. Si</p> <p>b. No</p>	<p>18 (7%)</p> <p>243 (93%)</p>
<p>Considera que este tipo de decisiones deben: *</p>	<p>a. Mantenerse en el ámbito privado de los pacientes, sus allegados y el médico</p>	<p>121 (46%)</p>

	b. Contar con el apoyo y aprobación de la institución de salud a la que pertenece el paciente y el médico	125 (48%)
	c. Otro**. Deben contar con el apoyo de:	15 (6%)
	- Consenso multidisciplinario	7 (47%)
	- Médico especialista en Cuidado Paliativo	5 (33%)
	- Concepto de especialista en Bioética	2 (13%)

*respuestas perdidas 1 (0.4%), **categorías con mayor frecuencia de respuesta

La muerte del paciente fue percibida como tranquila por el 90,8% de los médicos. Entre estos médicos, la prevalencia de tranquilidad con la atención que brindaron fue del 92% (Tabla 5). La tranquilidad con relación a la atención aumentó a medida que aumentó la edad del paciente.

Tabla 5. Prevalencia de tranquilidad con la atención médica brindada durante el fin de vida en relación con algunas variables en estudio

Variables	Total	Percepción de los médicos con relación a la atención del paciente (n=260)*	
		Tranquilos n=226 (87%)	Intranquilos n=34 (13%)
Percepción de la muerte del paciente como tranquila	237 (90,8%)	218 (92%)	19 (8%)
Percepción de haber tenido una comunicación activa con paciente o su familia**	88 (33,7%)	68 (77,3%)	20 (22,7%)
La muerte fue la consecuencia de no iniciar o suspender un tratamiento***	51 (19,5%)	39 (76,5%)	12 (23,5%)
Edad del paciente****			
Menores de 40 años	32 (12,3%)	26 (81,3%)	6 (18,8%)
Entre 40 y 60 años	69 (26,4%)	59 (86,8%)	9 (13,2%)
Mayores de 60 años	138 (52,9%)	126 (91,3%)	12 (8,7%)

Datos perdidos = *1, **63, ***34, ****22

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio muestran que los médicos que atienden a pacientes oncológicos en su última etapa de la vida, reconocen la enfermedad avanzada

aceptándola como un evento esperado. En general, perciben tranquilidad con la atención brindada al final de la vida. No obstante, muchos de ellos no se comunican con el paciente y su familia sobre el final de la vida.

En el mundo, cada vez existen más servicios de salud dedicados al cuidado de pacientes con padecimientos graves, avanzados e incurables, enfocados en mejorar el control de síntomas y la calidad de vida hasta la muerte (20). A la par, también existe una baja aceptación de la muerte como un evento natural, esperable e inevitable(21). Acciones como la conversación y activación de redes de apoyo entre médicos, familiares y la toma de decisiones médicas (22,23) se hacen fundamentales en el proceso de atención para hacer que este evento ocurra de la manera más tranquila y libre de sufrimiento posible. Nuestro estudio soporta que los médicos reconocen la enfermedad avanzada en pacientes oncológicos. La aceptación de la muerte como un evento esperado puede estar influenciada por el diagnóstico de cáncer y el estadio en fin de vida. Su propia condición crónica y las múltiples intervenciones que se han agotado previamente en la atención de estos pacientes puede condicionar la alta aceptación de los eventos futuros.

En este estudio, para la mayoría de los médicos, la muerte no fue consecuencia de las intervenciones médicas y reconocen el cuidado paliativo como estrategia de tratamiento. Los principios de los cuidados paliativos sostienen que en la etapa final de la vida no se deberían utilizar medicamentos innecesarios y se deben priorizar ciertas estrategias de tratamiento (24–26) y el uso de intervenciones farmacológicas se deben contextualizar y poner en consideración frente a la esperanza de vida y los objetivos de su administración (27). Nuestros resultados revelan que una alta

proporción de médicos mencionó haber practicado paliación sintomática al paciente. En el 2019, Cheung et al, encuestaron profesionales en New York; el 78% no asociaron la muerte con el uso de opioides o medicamentos en el final de la vida pues los profesionales refieren que los usan para aliviar los síntomas del momento, entendido como paliación sintomática (28). La percepción de uso de medicamentos como estrategia de paliación implica la conciencia de la muerte como un fenómeno esperado en esta situación. En esta investigación, la conciencia y percepción de la muerte fue interrogado de forma directa y la mayoría de los profesionales consideró la muerte como un evento esperado.

El nivel de tranquilidad que sienten los profesionales con la atención prestada fue muy alto, al igual que el porcentaje que indica no preocuparse por potenciales problemas éticos, legales o administrativos como consecuencia de la atención y sus decisiones. Esta respuesta difiere de algunos estudios reportados previamente en otras locaciones. Chandar et al, señala que el 34% de los médicos participantes en su estudio informaron tener falta de educación sobre la adquisición de los documentos legales necesarios para llevar a cabo el cuidado de fin de vida (17). La literatura resalta en varias ocasiones una percepción general entre los profesionales de la salud que las conversaciones sobre el fin de vida tienen lugar demasiado tarde en el curso de la enfermedad, en un punto en el que la carga de responsabilidad recae de manera inapropiada sobre el hospital (29) y se quedan asuntos pendientes por aclarar. La falta de conocimientos sobre asuntos médico-legales y la escasa formación para garantizar el manejo de los síntomas del fin de vida, se considera motivo de preocupación entre los profesionales sanitarios (30–33).

En su mayoría, los médicos percibieron una muy alta tranquilidad con la atención que brindaron durante el final de la vida. Algunos autores como Cheung et al, se refieren a la “comodidad” percibida por el médico durante el cuidado del final de la vida de pacientes y la atención de sus familiares. Entre algunos determinantes de la percepción de comodidad han documentado a la edad, dando cabida a la experiencia durante la atención de esta fase de la enfermedad (28). Al igual que la aceptación de la enfermedad avanzada, la percepción de tranquilidad durante la muerte puede ser afectada por diversos factores y se puede describir como un constructo individual de cada profesional, sus experiencias y convicciones previas.

Un hallazgo muy llamativo es la ausencia de comunicación entre personal médico, el paciente y su familia. La literatura respalda que las discusiones amplias sobre el final de la vida se asocian con tasas más bajas de intervenciones agresivas, menores costos de atención médica y una mejor calidad del final de la vida de los pacientes (34). La comunicación puede comportarse como facilitadora, o como obstáculo, en las decisiones médicas (35,36); una comunicación de mala calidad puede resultar en una continuación inútil del soporte vital, implementando medidas de tratamiento fútiles, no benéficas que exacerbaban sentimientos de angustia y frustración en el paciente y los miembros de la familia (37,38). Una buena comunicación es el principal factor facilitador para los pacientes, pero también se ha reportado que cuando es inadecuada es la principal barrera (36) en la toma de decisiones efectiva. Con una comunicación ineficiente se pierde la oportunidad de discutir con el paciente de manera abierta y directa sobre su situación médica, ello

supone preparación y disposición acerca del abordaje y enfrentamiento por ambas partes.

Autores como Beckstrand entre otros, han estudiado el fenómeno de la comunicación con los familiares y pacientes que se encuentran en fin de vida. En relación a las decisiones tomadas han definido dos aspectos importantes: 1) los miembros de la familia a veces no entienden realmente el significado de palabras como “medidas que salvan vidas”, por ejemplo, la reanimación cardiopulmonar, y 2) el desacuerdo médico sobre la atención del paciente puede verse relacionado a la formación y experiencia de cada médico” (32,35). En nuestra interpretación, no sólo es suficiente incrementar la información que se entrega a los a los pacientes y familias sino garantizar también su calidad. El proceso de comunicación exige una contextualización detallada, culturalmente adaptada a las interpretaciones y un ajuste a los escenarios en los cuales -en la actualidad de cada sistema de salud- se atienden los pacientes en el final de la vida.

Algunos médicos consideran que las conversaciones con los pacientes sobre el uso de medicamentos u otras intervenciones podrían causar dilemas éticos tales como disminuir la esperanza del paciente y por esta razón deciden no discutir sobre el tema (27). La evidencia disponible es contraria a esta apreciación y no respalda que una comunicación efectiva aumente la desesperanza del paciente (39–41). Por el contrario, las prioridades para la atención al final de la vida resaltan la importancia del paciente y a su familia como eje central, donde la información abierta y honesta sobre la medicación o el pronóstico, permite abordar de una manera más sensata

la situación y favorece la toma de decisiones, la expresión libre de miedos y expectativas (27). La comprensión de los objetivos de atención del paciente en el contexto de una enfermedad grave es un elemento esencial de la atención de alta calidad (39,42).

Considerando las falencias encontradas en este estudio en la comunicación efectiva, es posible que las dificultades de los profesionales se deban a la falta de entrenamiento, educación y experiencia para explicar el manejo y los cuidados que requiere el proceso del fin de vida. Algunas de estas destrezas pueden no estar desarrolladas como la capacidad de diálogo, de escucha, de acompañamiento, de apoyo al otro, como lo refiere Villamizar (20). El cuidado paliativo y la atención del fin de vida deben ser temas de discusión y entrenamiento continuo. Sus necesidades nacionales y mundiales son muy altas (43,44) y a pesar de su demanda existe una baja oferta de programas académicos de formación en Colombia (18).

Nuestros resultados sugieren la importancia que la educación en cuidados paliativos tiene en la atención de pacientes que se encuentran en fin de vida. En la actualidad, no existe información amplia sobre la percepción en términos de cuidado médico al final de la vida, la aceptabilidad de la misma tanto de pacientes, familiares, como de profesionales de salud ni como se está dando el proceso de morir en el contexto del Sistema de salud en Colombia; aún hay deficiencias en la implementación de servicios de cuidados paliativos y de prácticas multidisciplinarias que ayuden a dar soporte médico a los pacientes (45,46) oncológicos que cursan con fin de vida. El

desarrollo en Colombia sigue siendo considerado de provisión aislada (47), con desigualdades en la atención, aún con los avances en la generación de una política nacional (48). Esta investigación invita a los actores del sistema de salud de Colombia y principalmente a la comunidad académica desde las Facultades de Salud, no sólo desarrollar programas para mejorar la calidad de atención en cuidados paliativos y con esto la calidad de morir, sino también a sensibilizar al sector salud sobre la búsqueda e implementación de estrategias de comunicación asertiva y humanizada para casos como la información de malas noticias, las condiciones subyacentes a la enfermedad crónica avanzada y el fin de vida (49) que garanticen el reconocimiento de la magnitud del problema y permitan una adecuada toma de decisiones(38). Las actividades y servicios integrales del cuidado paliativo se deberían prestar de acuerdo al Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud y las guías de manejo que adopten el Ministerio de Salud y Protección Social y la Comisión de Regulación en Salud presente en la Ley 1733 de 2014 (17).

En esta investigación, que indaga sobre estas percepciones entre médicos, un punto fuerte es la alta tasa de participación (76%) en un tema cultural, médico, ético y jurídicamente sensible. Esta participación parece indicar un interés por mejorar los procesos de atención en esta población. Conocer las percepciones de los médicos, así como identificar qué herramientas requieren para afrontar las situaciones adversas en la etapa de final de vida, resalta la necesidad de abordar el problema de salud expuesto mediante una metodología que permita analizar y evaluar de forma consciente los factores que envuelven al profesional durante el cuidado del

paciente con enfermedad avanzada. Asegurar que los pacientes entiendan sus opciones de atención al final de la vida es fundamental para brindar atención médica de alta calidad, especialmente en pacientes con afecciones médicas que limitan la vida, como el cáncer en fases avanzadas (29).

La naturaleza exploratoria de este estudio permite generar hipótesis con relación a las percepciones sobre la atención en fin de vida por parte de médicos y otros profesionales de la salud, por ejemplo la percepción de tranquilidad en la atención podría mejorar si se mejora la comunicación entre el médico y el paciente; además abre posibilidades de estudio de este fenómeno en los diferentes niveles de atención y contribuye a identificar otros aspectos que favorecen el abordaje del final de la vida y la calidad de la atención en el contexto de la enfermedad oncológica avanzada.

Limitaciones

Es importante destacar que no se registraron datos de identificación del paciente o médico que contestó el cuestionario, así como tampoco la edad o los años de experiencia ni el perfil profesional en los servicios asistenciales. Esto limitó una descripción más detallada del perfil de profesional y sus características. Este anonimato también hizo imposible realizar una revisión de registros médicos para validar la información y se desconoce si el mismo médico contestó el cuestionario para varios pacientes. Sin embargo, consideramos que el anonimato pudo influir en el obtener respuestas honestas y reducir sesgos de información. Este estudio no

consideró un marco muestral aleatorio y dada su naturaleza exploratoria buscó incluir a una gran cantidad de profesionales en instituciones nacionales diversas.

Nuestros resultados sólo presentan percepciones médicas de la atención prestada en las tres instituciones participantes y, por tanto, no pueden ser generalizados a otras instituciones hospitalarias de menor complejidad o personal relacionado con el final de la vida de pacientes con enfermedad oncológica. Desafortunadamente, nuestro estudio no profundizó acerca de contenidos de conversaciones, ni los motivos que impidieron hablar con los pacientes o familiares en fin de vida, lo cual requiere metodologías cualitativas. El estudio reciente de Luna-Meza et al, señala que a pesar de que Colombia es el único país de Latinoamérica con una regulación sobre la eutanasia y cuidados paliativos, los procesos para acceder a la atención son largos y dispendiosos (50) y explora en mayor detalle las percepciones cualitativas de la atención.

En conclusión, existe interés médico por el fin de vida de los pacientes oncológicos y tranquilidad con la atención médica brindada. La baja comunicación con el paciente o sus familiares durante este periodo puede ser un área de gran mejoramiento.

REFERENCIAS

1. Pardo Ramos C, Cendales Duarte R. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia, 2007-2011 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y

- Protección Social : Instituto Nacional de Cancerología; 2015. Available from:
<https://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/incidencia1.pdf>
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 247 de 2014 [Internet]. 2014. Available from: <http://www.cuentadealtocosto.org>
 3. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1383 de 2013 [Internet]. 2013 [cited 2020 Oct 12]. Available from:
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución 1383 de 2013.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_1383_de_2013.pdf)
 4. Congreso de la República de Colombia. Ley 1384 de 2010 [Internet]. Diario Oficial No. 47.685 de 19 de abril de 2010 2010 p. 9. Available from:
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1384_2010.html
 5. Ministerio de Salud y Protección Social. Observatorio Nacional de Cáncer ONC Colombia - Guía Metodológica [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 12]. Available from:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GC/Fl/guia-ross-cancer.pdf>
 6. Dalal S, Bruera E. End-of-Life Care Matters: Palliative Cancer Care Results in Better Care and Lower Costs. *Oncologist* [Internet]. 2017 Apr [cited 2020 Feb 9];22(4):361–8. Available from:
<http://theoncologist.alphamedpress.org/lookup/doi/10.1634/theoncologist.2016-0277>
 7. de Vries E, Vergara-García OE, Karduss-Preciado S, Castro VB, Rodríguez SP, Forero MS, et al. The financial impact of a terminal cancer on patient's families in Colombia – a survey study. *J Cancer Policy*. 2021 Feb

1;28:100272.

8. Youens D, Moorin R. The Impact of Community-Based Palliative Care on Utilization and Cost of Acute Care Hospital Services in the Last Year of Life. *J Palliat Med*. 2017 Jul;20(7):736–44.
9. Sánchez C de M, Romero AL. Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregón y Australia (I). *Med Paliativa* [Internet]. 2006 [cited 2019 Oct 8];13(4):207–2015. Available from: <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/04/eutanasia-y-suicidio-asistido-conceptos-generales-y-situacion-legal.pdf>
10. National Institute on Aging. Providing Care and Comfort at the End of Life [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 12]. Available from: <https://www.nia.nih.gov/health/providing-comfort-end-life>
11. Raijmakers JNH. End of life care and decision making. Opinions and experiences of the general public, bereaved relatives, and professionals. Erasmus University Rotterdam; 2013.
12. Emanuel L, von Guten C, Ferris F. Module 11: Withholding, withdrawing therapy. In: *Education for Physicians on End-of-Life Care Participant's Handbook*. EPEC Project, The Robert Wood Johnson Foundation; 1999. p. M11-23.
13. Kouyoumdjian V, Perceau-Chambard E, Sisoix C, Filbet M, Tricou C. Physician's perception leading to the transfer of a dying nursing home resident to an emergency department: A French qualitative study. *Geriatr Gerontol Int* [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2020 Mar 14];19(3):249–53. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/ggi.13600>

14. Onyeka TC, Velijanashvili M, Abdissa SG, Manase FA, Kordzaia D. Twenty-first century palliative care: A tale of four nations. *Eur J Cancer Care (Engl)* [Internet]. 2013 Sep [cited 2021 Mar 3];22(5):597–604. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23647421/>
15. Shen MJ, Wellman JD. Evidence of palliative care stigma: The role of negative stereotypes in preventing willingness to use palliative care. *Palliat Support Care* [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar 3];17(4):1–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30520405/>
16. Luna-Meza A, Godoy-Casasbuenas N, Diaz E, Gempeler F, Morales O, Leal F. Decision making in the end-of-life care of patients who are terminally ill with cancer-a qualitative descriptive study with a phenomenological approach from the experience of healthcare workers. 2021 Mar 1 [cited 2021 Mar 3]; Available from: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-155936/v1>
17. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Ley 1733 de 8 de septiembre de 2014 [Internet]. 2014. Available from: [http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/LEY 1733 DEL 08 DE SEPTIEMBRE DE 2014.pdf](http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/LEY_1733_DEL_08_DE_SEPTIEMBRE_DE_2014.pdf)
18. Jose A. Calvache, Fabian Gil E de V. How many people need palliative care for cancer and non-cancer diseases in a middle-income country?. *Analysis of routine mortality data. Colomb J Anesthesiol.* 2020;4.
19. van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML, Buiting HM, van Delden JJM, Hanssen-de Wolf JE, et al. End-of-Life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *N Engl J Med* [Internet]. 2007 May 10 [cited 2020 Aug 31];356(19):1957–65. Available from:

<http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMsa071143>

20. Villamizar Rodríguez E. El morir y la muerte en la sociedad contemporánea. *Gerenc y Políticas Salud* [Internet]. 2002 [cited 2021 Mar 1];1(2). Available from: revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2902
21. Mazzetti Latini C. Nombrar la muerte. Aproximaciones a lo indecible. *Andamios* [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 9];14:45–76. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/anda/v14n33/1870-0063-anda-14-33-00045.pdf>
22. Alicia Ordóñez Vázquez N, Becerra Sánchez M, Nasr ZM. La beneficencia del médico en el tratamiento del enfermo con cáncer terminal desde la experiencia del familiar. Vol. 24, *Acta Bioethica*. 2018.
23. Jarrett N, Porter K, Davis C, Addington-Hall J, Duke S, Corner J, et al. The networks of care surrounding cancer palliative care patients. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2015 Dec [cited 2021 Mar 1];5(4):435–42. Available from: <https://spcare.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjspcare-2014-000782>
24. Becker CA, Wright G, Schmit K. Perceptions of dying well and distressing death by acute care nurses. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2017 Feb 1 [cited 2020 Mar 14];33:149–54. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0897189716303172>
25. McCaughan D, Roman E, Smith AG, Garry AC, Johnson MJ, Patmore RD, et al. Haematology nurses' perspectives of their patients' places of care and death: A UK qualitative interview study. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2020 Mar 14];39:70–80. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1462388919300183>
26. LeBlanc TW, O'Donnell JD, Crowley-Matoka M, Rabow MW, Smith CB,

- White DB, et al. Perceptions of palliative care among hematologic malignancy specialists: a mixed-methods study. *J Oncol Pract* [Internet]. 2015 Mar [cited 2020 Mar 15];11(2):e230-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25784580>
27. Dees MK, Geijteman ECT, Dekkers WJM, Huisman BAA, Perez RSGM, van Zuylen L, et al. Perspectives of patients, close relatives, nurses, and physicians on end-of-life medication management. *Palliat Support Care* [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 3];16(5):580–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28805170>
 28. Cheung NY, Gorelik A, Mehta P, Mudannayake L, Ramesh A, Bharathan T, et al. Perception of palliative medicine by health care professionals at a teaching community hospital: what is the key to a “palliative attitude”? *J Multidiscip Healthc* [Internet]. 2019 [cited 2019 Oct 3];Volume 12:437–43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31239696>
 29. Chandar M, Brockstein B, Zunamon A, Silverman I, Dlouhy S, Ashlevitz K, et al. Perspectives of Health-Care Providers Toward Advance Care Planning in Patients With Advanced Cancer and Congestive Heart Failure. *Am J Hosp Palliat Med* [Internet]. 2017 Jun 2 [cited 2020 Mar 14];34(5):423–9. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049909116636614>
 30. Arbelaéz-Vásquez A, Carreño C, Conãzos-Ramírez L, Castillo A. Implementación de la nueva guía práctica clínica para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino en mujeres de la ciudad de Cali, Colombia. *Infectio*. 2020;24(1):20–6.
 31. Grudzen CR, Richardson LD, Major-Monfried H, Kandarian B, Ortiz JM,

- Morrison RS. Hospital administrators' views on barriers and opportunities to delivering palliative care in the emergency department. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2013 Jun [cited 2019 Oct 11];61(6):654–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22771203>
32. Beckstrand RL, Lamoreaux N, Luthy KE, Macintosh JLB. Critical Care Nurses' Perceptions of End-of-Life Care Obstacles: Comparative 17-Year Data. *Dimens Crit Care Nurs* [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2020 Oct 29];36(2):94–105. Available from: <http://journals.lww.com/00003465-201703000-00006>
 33. Sepúlveda-Sánchez JM, Morales-Asencio JM, Morales-Gil IM, Canca-Sánchez JC, Crespillo-García E, Timonet-Andreu EM. El derecho a morir con dignidad en un hospital de agudos: Un estudio cualitativo. *Enferm Clin*. 2014 Jul;24(4):211–8.
 34. Zhang B, Wright AA, Huskamp HA, Nilsson ME, Maciejewski ML, Earle CC, et al. Health care costs in the last week of life associations with End-of-life conversations. *Arch Intern Med* [Internet]. 2009 Mar 9 [cited 2020 Apr 12];169(5):480–8. Available from: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinternmed.2008.587>
 35. Almansour I, Seymour JE, Aubeeluck A. Staff perception of obstacles and facilitators when providing end of life care in critical care units of two teaching hospitals: A survey design. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2019 Aug 1 [cited 2020 Mar 14];53:8–14. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0964339718302064>

36. Bar-Sela G, Bagon S, Mitnik I, Baziliansky S, Bar-Sella A, Vornicova O, et al. The perception of Israeli oncology staff members regarding advance care planning. *Support Care Cancer* [Internet]. 2020 Jan 3 [cited 2020 Mar 14]; Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00520-019-05253-7>
37. Cuevas Rivero V. Humanización en Cuidado Paliativo Escuchar, acompañar y respetar al otro [Internet]. [Bogotá]: Pontificia Universidad Javeriana; 2016 [cited 2021 Mar 3]. Available from: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/19449/CuevasRiveroVirginia2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
38. Gempeler :, Fe R, Almonacid T, Dm C, Rodríguez B, Londoño S, et al. Intervenciones médicas no proporcionales al final de la vida en un hospital de alta complejidad en Colombia. *Univ Medica* [Internet]. 2021 Jan 18 [cited 2021 Mar 3];62(1). Available from: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed62-1.imnp>
39. Kylmä J, Duggleby W, Cooper D, Molander G. Hope in palliative care: An integrative review. In: *Palliative and Supportive Care* [Internet]. 2009 [cited 2020 Oct 27]. p. 365–77. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1478951509990307/type/journal_article
40. Duggleby W, Wright K. Elderly palliative care cancer patients' descriptions of hope-fostering strategies. *Int J Palliat Nurs* [Internet]. 2004 Jul [cited 2020 Nov 2];10(7):352–9. Available from: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/ijpn.2004.10.7.14577>
41. Dees MK, Geijteman ECT, Dekkers WJM, Huisman BAA, Perez RSGM, Van

- Zuñen L, et al. Perspectives of patients, close relatives, nurses, and physicians on end-of-life medication management [Internet]. Vol. 16, Palliative and Supportive Care. Cambridge University Press; 2018 [cited 2020 Mar 15]. p. 580–9. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28805170>
42. Bernacki RE, Block SD. Communication about serious illness care goals: A review and synthesis of best practices. JAMA Intern Med [Internet]. 2014 Dec 1 [cited 2020 Oct 27];174(12):1994–2003. Available from:
<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamainternmed.2014.5271>
43. Morin L, Aubry R, Frova L, MacLeod R, Wilson DM, Loucka M, et al. Estimating the need for palliative care at the population level: A cross-national study in 12 countries. Palliat Med [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2020 Nov 2];31(6):526–36. Available from:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216316671280>
44. Rosenwax LK, McNamara B, Blackmore AM, Holman CDJ. Estimating the size of a potential palliative care population. Palliat Med [Internet]. 2005 Oct [cited 2020 Nov 2];19(7):556–62. Available from:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1191/0269216305pm1067oa>
45. Line D. 2015 Quality of Death Index [Internet]. The Economist Intelligence Unit. 2015 [cited 2019 Sep 16]. Available from:
<https://eiuperspectives.economist.com/healthcare/2015-quality-death-index>
46. Ministerio de de Salud y Protección Social. Resolución 1216 de 2015 [Internet]. Colombia; 2015 p. 8. Available from:

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución 1216 de 2015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_1216_de_2015.pdf)

47. World Health Organization (WHO). Global Atlas of Palliative Care at the end of life [Internet]. World Palliative Care Alliance. 2014 [cited 2021 Mar 1]. p. 111. Available from: www.ehospice.com
48. Quality of Death Index Ranking palliative care across the world [Internet]. The Economist Intelligence Unit. 2015 [cited 2021 Mar 1]. Available from: [https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015 EIU Quality of Death Index Oct 29 FINAL.pdf](https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015_EIU_Quality_of_Death_Index_Oct_29_FINAL.pdf)
49. The Economist Intelligence Unit Limited (EIU). The 2015 Quality of Death Index. Ranking palliative care across the world. 2015;
50. Luna-Meza A, Godoy-Casasbuenas N, Calvache JA, Eduardo D, Fritz G, Morales O, et al. Decision making in the end-of-life care of patients who are terminally ill with cancer – a phenomenological approach from the experience of healthcare workers. Pontificia Universidad Javeriana; 2020.