



REVISIÓN

Cuidados paliativos y desigualdades sociales en cáncer. Una revisión narrativa de la literatura

Marina Rodríguez-Gómez¹, Isabel Ruiz-Pérez^{2,3,4}, Vicenta Escribà-Agüir⁵,
Guadalupe Pastor-Moreno^{2,3,4} y Jesús Henares-Montiel^{*2,3,4}

¹Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia, España. ²Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, España. ³Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). España. ⁴Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (ibs.GRANADA). Granada, España. ⁵Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana (FISABIO). Valencia, España.

Recibido el 6 de julio de 2022

Aceptado el 20 de diciembre de 2022

PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos, cáncer, desigualdades sociales, clasificación, acceso, revisión.

Resumen

Objetivos: a) Hacer una propuesta de agrupación y clasificación de los diversos abordajes que se recogen en la literatura para analizar el acceso y la utilización de los cuidados paliativos en pacientes con diagnóstico de cáncer avanzado, y b) revisar las desigualdades sociales que se han abordado en la literatura con relación a los cuidados paliativos en estos pacientes.

Métodos: Revisión narrativa utilizando las bases de datos Embase, CINAHL y PubMed hasta noviembre de 2022.

Resultados: Se realizó cribado por título y *abstract* de los 2666 estudios recuperados y lectura completa de los artículos incluidos para la extracción de datos. Se detectaron 5 temas principales de los diferentes abordajes en relación con el acceso y uso de los cuidados paliativos: a) control de síntomas, b) adecuación y calidad de los cuidados, c) atención paliativa oportuna, d) planificación de los cuidados y e) lugar de fallecimiento. Las personas mayores, hombres, pertenecientes a minorías étnicas, de bajo nivel socioeconómico y residentes en áreas rurales tienen menos posibilidades de acceder a los cuidados paliativos para aliviar el dolor y el sufrimiento producidos durante la enfermedad oncológica y al final de la vida.

Conclusiones: Los cuidados paliativos se consideran un componente esencial para poder proporcionar una atención integral durante el continuo de la enfermedad oncológica. Sin embargo, a pesar de existir evidencia científica que recomienda la aplicación de los cuidados paliativos desde el diagnóstico de la enfermedad, edad, sexo, etnia/raza, nivel socioeconómico y residencia crean inequidad en el acceso y la utilización de los cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado, produciendo grupos de mayor vulnerabilidad estructural.

*Autor para correspondencia:
Jesús Henares-Montiel

Escuela Andaluza de Salud Pública, Campus Universitario de Cartuja. Apartado de Correos 2070, E-18080 Granada, España
Correo electrónico: jesus.henares.montiel@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2022.1358/2022>

e-ISSN: 2340-3292 / © 2023 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

Palliative care and social inequalities in cancer. A narrative literature review

KEYWORDS

Palliative care, cancer, social inequality, classification, access, review.

Abstract

Objectives: To conduct a broad literature review in order to: a) propose a grouping and a classification of the different approaches described in the literature to analyse the access and use of palliative care in advanced cancer patients, and b) review the social inequalities examined in the literature in relation to the access to and use of palliative care in advanced cancer patients.

Methods: A narrative review using the Embase, CINAHL, and PubMed databases until November 2022.

Results: A total of 2,666 articles were retrieved and screened by title and abstract, with included studies read in full for data extraction. Five main themes of the different approaches were identified in relation to access to and use of palliative care: a) symptom management, b) adequacy and quality of care, c) appropriate palliative care, d) advance care planning, and e) place of death. Older people, men, from a minority ethnic group, of low socioeconomic status, and residing in rural areas are less likely to have access to palliative care to relieve the pain and suffering produced by cancer disease and at the end of life.

Conclusions: Palliative care is considered an essential component of comprehensive care all along the cancer disease continuum. However, despite the existence of scientific evidence to recommend the integration of palliative care from diagnosis, age, sex, ethnicity, socioeconomic level and residence create inequity in the access to and use of palliative care in patients with advanced cancer, producing groups of greater structural vulnerability.

Rodríguez-Gómez M, Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Pastor-Moreno G, Henares-Montiel J. Cuidados paliativos y desigualdades sociales en cáncer. Una revisión narrativa de la literatura. *Med Paliat.* 2023;30:95-101.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo y constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial^{1,2}. La Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC: *International Agency for Research on Cancer*) estimó 19,3 millones de casos nuevos de cáncer y 10 millones de muertes por cáncer en el año 2020. Según las proyecciones, en el año 2040 el número de casos nuevos aumentará hasta llegar a los 28,4 millones².

Los avances diagnósticos y terapéuticos del cáncer han permitido un aumento de la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes con cáncer³. Pero, a pesar de estos avances, cuando el cáncer se diagnostica en fases avanzadas, las posibilidades de curación son mínimas. El diagnóstico del cáncer en fases avanzadas supone un gran desafío para los/as pacientes y sus familias, y los cuidados paliativos desempeñan un papel importante^{4,5}.

LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Los cuidados paliativos son la asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con sufrimiento grave relacionado con la salud debido a una enfermedad severa, y especialmente de quienes están cerca del final de la vida.

Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores^{6,7}. Persiguen brindar apoyo para aliviar el sufrimiento y promocionar la mejor calidad de vida posible de la persona enferma y los familiares hasta el final, incluso durante el duelo y son aplicables en todos los ámbitos sanitarios y a todos los niveles^{6,7}. Por tanto, los elementos que componen estos cuidados son muy variados abarcando desde la prevención, identificación temprana, evaluación integral y manejo de problemas físicos, sufrimiento psicológico, sufrimiento espiritual y necesidades sociales. Incluye, por tanto, desde el manejo de síntomas que producen sufrimiento, a la comunicación, la educación y soporte durante el proceso de enfermedad y al final de la vida, la planificación de los cuidados, etc.^{8,9}.

LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Las desigualdades en salud se definen como las diferencias innecesarias y potencialmente evitables en aspectos de la salud en grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente¹⁰.

Existen desigualdades sociales que implican disparidades en la prevención, incidencia, prevalencia, detección, tratamiento y carga de cáncer, incluido también el acceso a los cuidados paliativos en pacientes con cáncer^{11,12}. Estas desi-

gualdades se refieren a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, género, etnia, educación y las condiciones sociales del lugar en el que se vive o trabaja^{10,13}. A pesar de la evidencia científica sobre la efectividad de los cuidados paliativos en la mejora de la calidad de vida de pacientes con cáncer^{14,15}, algunos grupos de población permanecen sin acceso a los mismos.

El propósito de este trabajo es revisar de forma amplia la literatura con el objetivo de: a) hacer una propuesta de agrupación y clasificación de los diversos abordajes que se recogen en la literatura para analizar el acceso y la utilización de los cuidados paliativos en pacientes con diagnóstico de cáncer avanzado, y b) revisar las desigualdades sociales que se han abordado en la literatura en relación con los cuidados paliativos en estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión narrativa de la literatura utilizando las bases de datos biomédicas Embase, CINAHL y PubMed, mediante la combinación de términos relacionados con cáncer, cuidados paliativos, y los diferentes ejes de desigualdad (edad, género, etnia/raza, nivel socioeconómico y territorio). La estrategia de búsqueda principal en PubMed (Anexo 1) se adaptó al resto de las bases de datos, utilizando lenguaje natural y haciendo uso de la terminología controlada Emtree en Embase.

Se recuperaron 2666 estudios, se eliminaron los duplicados, se revisaron los títulos y resúmenes y se quitaron los estudios que no fueron relevantes. Posteriormente se revisaron a texto completo los artículos incluidos para la extracción de información relevante en base a los siguientes criterios: a) pacientes adultos con cáncer, b) el acceso y uso a los cuidados paliativos como variable de estudio y c) los diversos ejes de desigualdad ya referenciados.

RESULTADOS

Los resultados encontrados se agruparon en 2 grandes bloques para dar respuesta a los objetivos planteados.

Propuesta de agrupación: abordajes y usos de los cuidados paliativos en pacientes con cáncer

Los abordajes para evaluar el acceso y uso de los cuidados paliativos en pacientes con cáncer fueron agrupados en las siguientes categorías: a) control de síntomas, b) adecuación y calidad de los cuidados, c) atención paliativa oportuna, d) planificación de los cuidados y e) lugar de fallecimiento.

Control de síntomas

El manejo de los síntomas (dolor, fatiga, náuseas y vómitos, depresión, ansiedad, sufrimiento espiritual, angustia, etc.), derivados de la propia enfermedad o del tratamiento, es uno de los aspectos más importantes en los cuidados paliativos^{16,17}.

Este control de síntomas se realiza mayoritariamente mediante el uso de medidas farmacológicas (opioides y medicación psicotrópica no opioide) como recogen Check y cols.¹⁸ y con tratamientos oncológicos con fines paliativos (radioterapia paliativa) como recogen Åsli y cols.¹⁹.

Adecuación y calidad de los cuidados

La adecuación de la estrategia terapéutica es una parte esencial dentro de los cuidados paliativos, pues es objetivo de los cuidados paliativos ofrecer unos cuidados de calidad a lo largo de todo el proceso de enfermedad basados en las necesidades de la persona enferma y de sus familiares^{20,21}. Check y cols.¹⁸ y Nayar y cols.²², entre otros, evaluaron la utilización de servicios sanitarios al final de la vida mediante el análisis de los indicadores de calidad de los cuidados al final de la vida propuestos por Earle y cols. (como visitas a urgencias, ingresos hospitalarios, estancias en unidades de cuidados intensivos, etc.)²³. El estudio de estos indicadores de agresividad terapéutica al final de la vida desempeña un papel importante, ya que ofrecen información sobre la calidad de la atención y la adecuación de la misma. También, ponen de manifiesto la existencia de barreras para el acceso o utilización de los cuidados paliativos y la necesidad de la adecuación de los cuidados²⁴.

Atención paliativa oportuna

La atención paliativa es beneficiosa a lo largo de todo el proceso de enfermedad²⁵. Según Hui y cols.²⁵ y Colomer-Revuelta y cols.²⁶, los cuidados paliativos pueden iniciarse en cualquier momento de la atención del cáncer, desde el diagnóstico hasta el final de la vida, incluso durante el duelo, y pueden ser proveídos en diferentes escenarios como atención primaria, a nivel hospitalario, en centros especializados en cuidados paliativos, en centros sociosanitarios y en el domicilio^{25,26}.

Numerosos estudios evalúan la accesibilidad a la atención paliativa, por ejemplo, a centros especializados en cuidados paliativos¹⁸, a programas de cuidados paliativos²⁷ y a cuidados en entornos hospitalarios²⁸ o en domicilio²⁹.

Planificación de los cuidados

Para lograr unos cuidados de calidad, es necesario establecer un plan de cuidados teniendo en cuenta las necesidades y las preferencias de la persona enferma y sus familiares. Este proceso supone la planificación anticipada de los cuidados, en la que los/as pacientes, tras consensuar con el equipo sanitario y sus familiares, expresan sus preferencias sobre la atención que desean recibir. Esta información puede quedar reflejada en la historia clínica o a través de documentos como las voluntades anticipadas o instrucciones previas^{30,31}.

Saeed y cols.^{32,33} y Smith y cols.³⁴ analizaron el acceso a la planificación anticipada de los cuidados mediante la evaluación de las preferencias sobre los cuidados y la documentación de estas preferencias, como puede ser la cumplimentación de las voluntades anticipadas o instrucciones previas³²⁻³⁴.

Lugar del fallecimiento

El lugar del fallecimiento es un aspecto importante dentro de los cuidados paliativos; tanto es así, que está considerado como un indicador de calidad de los cuidados al final de la vida³⁵. Poder elegir el lugar de fallecimiento es un factor a tener en cuenta durante el proceso de toma de decisiones y planificación de los cuidados. Según la literatura, la mayoría de los pacientes prefieren fallecer en el domicilio e incluso prefieren que los cuidados paliativos a lo largo del curso de la enfermedad se desarrollen en el mismo^{36,37}. Además, la probabilidad de fallecer en el domicilio puede estar relacionada con recibir cuidados paliativos en domicilio. En el estudio de Ko y cols.³⁶, las visitas domiciliarias médicas aumentaron la probabilidad de fallecer en domicilio.

En los estudios de Gatrell y cols.³⁸ y Coupland y cols.³⁹, se analizaron diferentes escenarios en los que los/as pacientes con cáncer fallecen y cómo influyen, en este proceso, los determinantes sociales de la salud. Los escenarios que se estudiaron fueron hospitalarios, domiciliarios, centros sociosanitarios y centros especializados en cuidados paliativos³⁸.

Desigualdades sociales en los cuidados paliativos según los diferentes ejes de desigualdad

Las desigualdades sociales relacionadas con el acceso y uso de los cuidados paliativos se describen a continuación según los ejes de desigualdad.

La edad

Se han observado desigualdades en el acceso y uso de los cuidados paliativos en pacientes con cáncer en función de la edad en el acceso a los cuidados para el control de síntomas¹⁹, en la adecuación de los cuidados⁴⁰, en el acceso a la atención paliativa²⁷, en la planificación de los cuidados³² y en el lugar de fallecimiento entre pacientes más jóvenes y más mayores^{38,41}.

Los pacientes de mayor edad tienen 3 veces menos probabilidades de acceder a radioterapia paliativa¹⁹, reciben menos agresividad en los cuidados al final de la vida (p. ej. un 20 % menos de visitas a urgencias)⁴⁰ y acceden casi 3 veces menos a programas de cuidados paliativos²⁷, en comparación con pacientes más jóvenes. Por otro lado, los pacientes de mayor edad acceden más a la planificación anticipada de los cuidados mediante la cumplimentación de instrucciones previas³² y presentan un 10 % más de probabilidades de fallecer en centros sociosanitarios³⁸ y hasta 3 veces más probabilidades de fallecer en el domicilio⁴¹, comparado con pacientes más jóvenes.

Esto puede deberse a la infravaloración de las necesidades o a la difícil identificación en la práctica de las necesidades paliativas de los/as pacientes mayores. También, a causa de la diferente complejidad de las necesidades entre los/as pacientes más jóvenes y los/as pacientes más mayores relacionadas con la presencia de comorbilidades y una mayor fragilidad de los pacientes mayores y un mayor impacto en el desarrollo social de los pacientes más jóvenes⁴²⁻⁴⁴.

El sexo y el género

Se ha detectado un acceso y uso desigual de los cuidados paliativos en pacientes con cáncer relacionados con el género respecto al control de síntomas¹⁹, en la adecuación de los cuidados⁴⁵, en la atención paliativa²⁷, en la planificación de los cuidados entre hombres y mujeres³³ y en variaciones en el lugar de fallecimiento³⁸.

Comparado con los hombres, las mujeres acceden casi un 10 % menos a radioterapia paliativa¹⁹, reciben menos agresividad en los cuidados al final de la vida (p. ej. un 30 % menos de ingresos hospitalarios)⁴⁵, prefieren casi 3 veces más que los hombres los cuidados paliativos³³, y fallecen un 40 % más en centros sociosanitarios y un 20 % menos en domicilio³⁸. Por otro lado, los hombres presentan un 20 % menos de probabilidad de acceder a programas de cuidados paliativos que las mujeres²⁷.

Estas diferencias pueden estar relacionadas con diversos factores físicos o psicosociales y culturales⁴⁶. Es decir, los roles sociales que son atribuidos a hombres y mujeres en una sociedad determinada y las diferencias entre hombres y mujeres en la presentación, detección y evaluación de la enfermedad y los síntomas relacionados, que pueden influir en las decisiones respecto a la salud^{46,47}.

La etnia/raza

La pertenencia a una minoría étnica también es un determinante social de la salud que afecta al acceso de pacientes con cáncer avanzado a los cuidados paliativos⁴⁸.

Estas desigualdades en función de la etnia o la raza se han observado en el acceso a los cuidados para el control de síntomas, en la adecuación de los cuidados, en la atención paliativa, en la planificación de los cuidados y en el lugar de fallecimiento entre pacientes pertenecientes a etnia/raza distinta a blanca o caucásica^{18,34,49}.

La personas con cáncer avanzado pertenecientes a un grupo étnico/raza diferente a raza blanca acceden casi un 50 % menos a medidas farmacológicas (medicación de soporte)¹⁸, 4 veces menos a cuidados paliativos al final de la vida⁴⁹ y un tercio menos a la planificación anticipada de los cuidados³⁴. Por otro lado, reciben con hasta un 30 % más de frecuencia mayor agresividad en los cuidados al final de la vida y fallecen hasta con un 60 % más de frecuencia en hospital de agudos¹⁸.

Según Dixon y cols.⁴², estas desigualdades pueden ser debidas a la existencia de potenciales barreras de acceso como pueden ser la falta de sensibilidad cultural y religiosa en la prestación de los servicios, discriminación racial, barreras lingüísticas, diferentes valores culturales respecto a la enfermedad y al proceso de morir, etc.

El nivel socioeconómico

El nivel socioeconómico (nivel de ingresos, nivel de estudios y/u ocupación) es un factor que claramente determina desigualdades en salud⁵⁰, observándose también estas desigualdades en el acceso y utilización de los cuidados paliativos⁵¹.

Se han notado desigualdades sociales en función del nivel socioeconómico en pacientes con cáncer avanzado en cuanto al control de síntomas¹⁹, en la adecuación de los cuidados⁵², en la atención paliativa⁵³, en la planificación de los cuidados³² y en el lugar de fallecimiento⁵².

Los pacientes con un nivel socioeconómico más bajo acceden casi un 40 % menos al control de síntomas con radioterapia paliativa¹⁹ y casi un 50 % menos a cuidados paliativos especializados⁵³, en comparación con pacientes con un nivel socioeconómico más alto. También acceden con menor frecuencia a la planificación anticipada de los cuidados³². Por otra parte, los pacientes con un nivel socioeconómico más alto reciben con un 20 % menos de frecuencia agresividad en los cuidados al final de la vida (p. ej. un 20 % menos de visitas urgencias)⁵² y fallecen casi un 40 % menos en hospital de agudos⁵², comparado con pacientes con un nivel socioeconómico más bajo.

Chang y cols.⁵² y Saeed y cols.³² sugieren que estas desigualdades pueden deberse a barreras relacionadas con los costes de la atención sanitaria, con un menor acceso a la información y a la educación, y con un mayor aislamiento social y estrés laboral que influye en las oportunidades de acceso.

Territorio/Accesibilidad geográfica

El concepto accesibilidad geográfica o desigualdades geográficas en salud hace alusión a aquellas desigualdades relacionadas con el entorno geográfico, la localización geográfica y el lugar o zona geográfica de residencia que determinan o influyen en la salud y en el acceso a la atención sanitaria^{12,54}.

Se han identificado desigualdades relacionadas con factores geográficos en el acceso a los cuidados para el control de síntomas¹⁹, en la adecuación de los cuidados⁵⁵, en la atención paliativa⁴⁹ y en el lugar de fallecimiento³⁸.

Los/as pacientes que residen a más distancia de los centros de atención acceden un 30 % menos a radioterapia paliativa¹⁹ y hasta un 70 % menos a programas de cuidados paliativos⁴⁹. También se ha observado que el lugar de fallecimiento varía en función del centro más próximo y que los/as pacientes residentes en zonas rurales fallecen hasta un 30 % y casi un 70 % más en el domicilio u hospital de agudos, respectivamente³⁸.

Estas desigualdades en el acceso se explicarían, como apuntan Cerni y cols.¹² y Lutfiyya y cols.⁵⁶, por las características de estas poblaciones (demográficas, culturales, socioeconómicas, estructurales, geográficas, etc.) que, en general, tienen más dificultades para acceder a los servicios sanitarios.

CONCLUSIONES

Esta revisión narrativa de la evidencia sobre el acceso y la utilización de los cuidados paliativos en pacientes con cáncer se enfocó en proponer una agrupación de los diferentes abordajes para analizar el acceso y uso de los cuidados paliativos, y en revisar las desigualdades sociales que influyen en el acceso y utilización de este tipo de cuidados en la literatura científica. Los diferentes abordajes de acceso y utilización de los cuidados paliativos identificados en los artículos revisados fueron agrupados en 5 categorías y se relacionaron con los determinantes sociales y su efecto sobre estos.

Las personas mayores, hombres, pertenecientes a minorías étnicas, de bajo nivel socioeconómico y residentes en áreas rurales y lejanas tienen menos posibilidad de acceder a los cuidados paliativos para el alivio del dolor y el sufrimiento producido durante la enfermedad oncológica y al final de la vida.

En resumen, los cuidados paliativos se consideran un componente esencial para poder proporcionar una atención integral durante el continuo de la enfermedad oncológica⁵⁷. Pero, a pesar de existir evidencia científica que recomienda la aplicación de los cuidados paliativos desde el diagnóstico de una enfermedad avanzada hasta el final de la vida e incluso durante el duelo, existen desigualdades sociales en el acceso a este tipo de cuidados relacionados con la edad, género, etnia/raza, nivel socioeconómico y lugar de residencia, produciendo grupos de mayor vulnerabilidad estructural. Sin olvidar que los ejes de desigualdad estudiados no solo disminuyen la probabilidad de acceder a este tipo de cuidados, sino que aumentan la posibilidad de padecer enfermedades que se beneficiarían de este tipo de cuidados.

Según las proyecciones mundiales a partir de datos de la OMS⁵⁸, la carga del sufrimiento grave relacionado con la salud casi se duplicará de aquí a 2060, y los aumentos más rápidos se producirán en los países con rentas más bajas, entre las personas mayores y las personas con demencia. Una acción global inmediata para integrar los cuidados paliativos en los sistemas de salud es un imperativo ético y económico.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Este proyecto no ha recibido financiación de ninguna institución pública ni privada.

ANEXO 1**Estrategia de búsqueda****Términos**

- 1) "Sexual minorit*" OR "Gender Minorit*" OR Homosexuality OR Bisexual* OR LGBT OR GLBT OR LGB OR GLBTQ OR "gender role*" OR "Gender identity" OR "Healthcare Disparities" OR "Healthcare Care Disparit*" OR "Healthcare Inequilit*" OR "Health Status Disparit*" OR Poverty OR "Vulnerable Population*" OR "Medical Indigency" OR Rural OR "Low-income" OR inequit* OR inequalit* OR disadvantage* OR disparit* OR "inner-city" OR "Social Condition*" OR "Social Class*" OR "Ethnic Group*" OR "Cultural Diversity" OR "Minority Health" OR "Minority Group*" OR "Socioeconomic factors" AND
- 2) Neoplasms OR CANCER OR Oncology AND
- 3) "Terminal Care" OR "Palliative Care"

PubMed*Términos Mesh:**

- Cancer[TW] incluye también el Mesh Cancer pain
- Oncology[TW] incluye también el Mesh Oncology nursing, Psicooncology

Búsqueda:

((("Neoplasms"[Mesh] OR CANCER[TW] OR Oncology[TW]) AND ("Terminal Care"[Mesh:noexp] OR "Palliative Care"[TW] OR "terminal care"[title/abstract]) AND (Sexual minorit*[Title/Abstract] OR Gender Minorit*[Title/Abstract] OR "sexual and gender minorities"[Mesh] OR Homosexuality[TW] OR Bisexual*[Title/Abstract] OR LGBT[Title/Abstract] OR GLBT[Title/Abstract] OR LGB[Title/Abstract] OR GLBTQ[Title/Abstract] OR gender role*[Title/Abstract] OR "Gender identity"[Mesh] OR "Healthcare Disparities"[TW] OR Healthcare Care Disparit*[Title/Abstract] OR Healthcare Inequilit*[Title/Abstract] OR Health Status Disparit*[TW] OR "Poverty Areas"[TW] OR Poverty[TW] OR Vulnerable Population*[Title/Abstract] OR "Medical Indigency"[Title/Abstract] OR Rural[TW] OR low-income[Title/Abstract] OR inequit*[Title/Abstract] OR inequalit*[Title/Abstract] OR disadvantage*[Title/Abstract] OR disparit*[Title/Abstract] OR inner-city[Title/Abstract] OR Social Condition*[Title/Abstract] OR Social Class*[Title/Abstract] OR Ethnic Group*[Title/Abstract] OR "Cultural Diversity"[Title/Abstract] OR "Minority Health"[MH] OR Minority Group*[TW] OR "Socioeconomic factors"[TW])) AND Humans[Mesh]) Sort by: Best Match Filters: Human

REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO). Global Health Estimates: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2019 [Internet]. World Health Organization; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71:209-49.
3. SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos). Guía de cuidados paliativos. [publicada 2014; acceso 10 Feb 2021]. Disponible en: <https://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>
4. Bruera E, Yennurajalingam S. Palliative care in advanced cancer patients: How and when? *Oncologist.* 2012;17:267-73.
5. Haun MW, Estel S, Rucker G, Friederich HC, Villalobos M, Thomas M, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;6:1-94.
6. Radbruch L, de Lima L, Knaut F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining palliative care—A new consensus-based definition. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60:754-64.
7. International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC). Palliative care definition. [acceso 10 Dic 2022]. Disponible en: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>
8. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Smith TJ. Integration of palliative care into standard oncology care: ASCO clinical practice guideline update summary. *J Oncol Pract.* 2017;13:119-21.
9. Gómez-Batiste X, Connor S, editores. Building integrated palliative care programs and services. 1o. Barcelona: Liberdúplex; 2017.
10. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Heal Serv.* 1992;22:429-45.
11. Parajuli J, Tark A, Jao YL, Hupcey J. Barriers to palliative and hospice care utilization in older adults with cancer: A systematic review. *J Geriatr Oncol.* 2020;11:8-16.
12. Cerni J, Rhee J, Hosseinzadeh H. End-of-life cancer care resource utilisation in rural versus urban settings: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17:1-15.
13. Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit.* 2008;22:465-73.
14. De Palma R, Fortuna D, Hegarty SE, Louis DZ, Melotti RM, Moro ML. Effectiveness of palliative care services: A population-based study of end-of-life care for cancer patients. *Palliat Med.* 2018;32:1344-52.
15. Higginson IJ, Evans CJ. What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families? *Cancer J.* 2010;16:423-35.
16. Are M, McIntyre A, Reddy S. Global disparities in cancer pain management and palliative care. *J Surg Oncol.* 2017;115:637-41.
17. Alexander K, Goldberg J, Korc-Grodzicki B. Palliative care and symptom management in older patients with cancer. *Clin Geriatr Med.* 2016;32:45-62.
18. Check DK, Samuel CA, Rosenstein DL, Dusetzina SB. Investigation of racial disparities in early supportive medication use and end-of-life care among medicare beneficiaries with stage IV breast cancer. *J Clin Oncol.* 2016;34:2265-70.
19. Åsli LM, Myklebust TÅ, Kvaløy SO, Jetne V, Møller B, Løvernes SG, et al. Factors influencing access to palliative radiotherapy: A Norwegian population-based study. *Acta Oncol (Madr).* 2018;57:1250-8.
20. Pérez Pérez FM. Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. *Semergen.* 2016;42:566-74.
21. Bátiz J. Adecuación del esfuerzo diagnóstico y terapéutico en cuidados paliativos. *Gac Médica Bilbao.* 2014;111:57-62.
22. Nayar P, Qiu F, Watanabe-Galloway S, Boilesen E, Wang H, Lander L, et al. Disparities in end of life care for elderly lung cancer patients. *J Community Health.* 2014;39:1012-9.

23. Earle CC, Landrum MB, Souza JM, Neville BA, Weeks JC, Ayanian JZ. Aggressiveness of cancer care near the end of life: Is it a quality-of-care issue? *J Clin Oncol*. 2008;26:3860-6.
24. De Roo ML, Leemans K, Claessen SJJ, Cohen J, Pasman HRW, Delyens L, et al. Quality indicators for palliative care: Update of a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2013;46:556-72.
25. Hui D, Bruera E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nat Rev Clin Oncol*. 2016;13:159-71.
26. Colomer Revuelta C, Palanca Sánchez I, Elola Somoza J, Pascual López A. Unidad de Cuidados Paliativos: estándares y recomendaciones [Internet]. Ministerio de Sanidad; 2009. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cuidadospaliativos.pdf>.
27. Burge FI, Lawson BJ, Johnston GM, Grunfeld E. A population-based study of age inequalities in access to palliative care among cancer patients. *Med Care*. 2008;46:1203-11.
28. Okafor PN, Stobaugh DJ, Nnadi AK, Talwalkar JA. Determinants of palliative care utilization among patients hospitalized with metastatic gastrointestinal malignancies. *Am J Hosp Palliat Care*. 2017;34:269-74.
29. Barbera L, Sussman J, Viola R, Husain A, Howell D, Librach L, et al. Factors associated with end-of-life health service use in patients dying of cancer. *Healthc Policy*. 2010;5:e-125-43.
30. Ranganathan A, Gunnarsson O, Casarett D. Palliative care and advance care planning for patients with advanced malignancies. *Ann Palliat Med*. 2014;3:144-9.
31. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: An international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol*. 2017;18:e543-51.
32. Saeed F, Xing G, Tancredi DJ, Epstein RM, Fiscella KA, Norton SA, et al. Is annual income a predictor of completion of advance directives (ADs) in patients with cancer. *Am J Hosp Palliat Med*. 2019;36:402-7.
33. Saeed F, Hoerger M, Norton SA, Guancial E, Epstein RM, Duberstein PR. Preference for palliative care in cancer patients: Are men and women alike? *J Pain Symptom Manage*. 2018;56:1-6.e1.
34. Smith AK, McCarthy EP, Paulk E, Balboni TA, Maciejewski PK, Block SD, et al. Racial and ethnic differences in advance care planning among patients with cancer: Impact of terminal illness acknowledgment, religiousness, and treatment preferences. *J Clin Oncol*. 2008;26:4131-7.
35. Barbera L, Seow H, Sutradhar R, Chu A, Burge F, Fassbender K, et al. Quality indicators of end-of-life care in patients with cancer: What rate is right? *J Oncol Pract*. 2015;11:e279-87.
36. Ko MC, Huang SJ, Chen CC, Chang YP, Lien HY, Lin JY, et al. Factors predicting a home death among home palliative care recipients. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96:1-7.
37. Vidal M. Exploring the preferences for place of death among cancer patients and their family caregivers. *J Clin Oncol*. 2015;33(29 suppl):40.
38. Gatrell AC, Harman JC, Francis BJ, Thomas C, Morris SM, McIlmurray M. Place of death: Analysis of cancer deaths in part of North West England. *J Public Health Med*. 2003;25:53-8.
39. Coupland VH, Madden P, Jack RH, Møller H, Davies EA. Does place of death from cancer vary between ethnic groups in South East England? *Palliat Med*. 2011;25:314-22.
40. Tang S, Liu T, Shyu Y, Huang E, Koong S, Hsiao S. Impact of age on end-of-life care for adult Taiwanese cancer decedents, 2001-2006. *Palliat Med*. 2012;26:80-8.
41. Hegagi M, James P, Hsu A, Tanuseputro P. Home care use and out-of-hospital death in pancreatic cancer patients: A retrospective cohort study. *J Palliat Care*. Published online 2022. doi:10.1177/08258597221075088.
42. Dixon J, King D, Matosevic T, Clark M, Knapp M. Equity in the provision of palliative care in the UK: Review of evidence [Internet]. PSSRU; 2015. Disponible en: www.pssru.ac.uk/publication-details.php?id=4962
43. Hall S, Petkova H, Tsourous AD, Costantini M, Higginson IJ. Palliative Care for Older People: Better Practices [Internet]. World Health Organization; 2011. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326378>
44. Abdelaal M, Mosher PJ, Gupta A, Hannon B, Cameron C, Berman M, et al. Supporting the needs of adolescents and young adults: Integrated palliative care and psychiatry clinic for adolescents and young adults with cancer. *Cancers (Basel)*. 2021;13:770.
45. Lindskog M, Schultz T, Strang P. Acute healthcare utilization in end-of-life among Swedish brain tumor patients - a population based register study. *BMC Palliat Care*. 2022;21:133
46. Gott M, Morgan T, Williams L. Gender and palliative care: a call to arms. *Palliat Care Soc Pract*. 2020;14:1-15.
47. Ullrich A, Grube K, Hlawatsch C, Bokemeyer C, Oechsle K. Exploring the gender dimension of problems and needs of patients receiving specialist palliative care in a German palliative care unit-the perspectives of patients and healthcare professionals. *BMC Palliat Care*. 2019;18:1-10.
48. Johnson KS. Racial and ethnic disparities in palliative care. *J Palliat Med*. 2013;16:1329-34.
49. D'Angelo D, di Nitto M, Giannarelli D, Croci I, Latina R, Marchetti A, et al. Inequity in palliative care service full utilisation among patients with advanced cancer: A retrospective cohort study. *Acta Oncol*. 2020;59:620-7.
50. Arpey NC, Gaglioti AH, Rosenbaum ME. How socioeconomic status affects patient perceptions of health care: A qualitative study. *J Prim Care Community Heal*. 2017;8:169-75.
51. Lewis JM, DiGiacomo M, Currow DC, Davidson PM. Dying in the margins: Understanding palliative care and socioeconomic deprivation in the developed world. *J Pain Symptom Manage*. 2011;42:105-18.
52. Chang C, Wu C, Yin W, Juang S, Yu C, Lee C. Low socioeconomic status is associated with more aggressive end-of-life care for working-age terminal cancer patients. *Oncologist*. 2014;19:1241-8.
53. Adersens M, Thygesen LC, Neergaard MA, Sjøgren P, Mondrup L, Nissen JS, et al. Higher admittance to specialized palliative care for patients with high education and income: A nation-wide register-based study. *J Palliat Med*. 2022. doi:10.1089/JPM.2022.0087.
54. Delamater PL, Messina JP, Shortridge AM, Grady SC. Measuring geographic access to health care: Raster and network-based methods. *Int J Health Geogr*. 2012;11:1-18.
55. Walter J, Tufman A, Leidl R, Holle R, Schwarzkopf L. Rural versus urban differences in end-of-life care for lung cancer patients in Germany. *Support Care Cancer*. 2018;26:2275-83.
56. Lutfiyya MN, McCullough JE, Haller IV, Waring SC, Bianco JA, Lipsky MS. Rurality as a root or fundamental social determinant of health. *Dis Mon*. 2012;58:620-8.
57. World Health Assembly. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course (WHA 67.19) [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2014. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/162863>
58. Sleeman KE, de Brito M, Etkind S, Nkhoma K, Guo P, Higginson IJ, et al. The escalating global burden of serious health-related suffering: Projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. *Lancet Glob Health*. 2019;7:e883-92.