



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



ESTIMACIÓN DE LA DEMANDA DE CUIDADOS PALIATIVOS EN URUGUAY

ANÁLISIS DE DATOS DE MORTALIDAD DE 2019

AUTORAS:

Br. Avril Alfonzo¹, Br. Romina Failache¹, Br. Melania Oborsky¹, Br. Carolina Reyes¹, Br. Josefina Suárez¹, Br. Florencia Varela¹.

ORIENTADORAS:

Dra. Valentina Colistro^{2,3},
Lic. Patricia Aguirrezábal^{2,3}.

¹ Ciclo de Metodología Científica II 2023 - Grupo 5 - Facultad de Medicina Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

² Departamento de Medicina Preventiva y Social - Facultad de Medicina - Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

³ Departamento de Métodos Cuantitativos - Facultad de Medicina - Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

Índice de contenidos

Resumen.....	3
Abstract.....	4
Introducción.....	5
Objetivos.....	12
Consideraciones éticas.....	15
Resultados.....	15
Discusión.....	23
Conclusiones y perspectivas a futuro.....	26
Limitaciones.....	27
Referencias bibliográficas.....	28
Agradecimientos.....	30
Anexos.....	31

Índice de tablas y figuras

Tabla 1: Defunciones según departamento de ocurrencia.....	15
Gráfico 1: Requerimiento de CP según Murtagh y Rosenwax.....	16
Tabla 2: CP según Murtagh agrupados por tramo etario.....	17
Tabla 3: CP según Rosenwax agrupados por tramo etario.....	17
Tabla 4: CP según Murtagh discriminados por sexo.....	18
Tabla 5: CP según Rosenwax discriminados por sexo.....	18
Tabla 6: Requerimiento de CP según zona de ocurrencia del fallecimiento.....	18
Gráfico 2: Distribución de causas de muerte pasibles de CP según Murtagh.....	19
Gráfico 3: Distribución de causas de muerte pasibles de CP según Rosenwax.....	19
Tabla 7: Distribución de causas de muerte pasibles de CP según Murtagh.....	20
Tabla 8: Distribución de causas de muerte pasibles de CP según Rosenwax.....	20
Tabla 9: Requerimientos de CP según Murtagh agrupados por grandes grupos de enfermedades y tramos etarios.....	21
Tabla 10: Requerimientos de CP según Rosenwax agrupados por grandes grupos de enfermedades y tramos etarios.....	22
Gráfico 4: Desarrollo de la asistencia en Cuidados Paliativos en Uruguay (2011-2021).....	24

Resumen

Introducción: Los cuidados paliativos (CP) resultan imprescindibles para el acompañamiento de pacientes con enfermedades incurables, más aún en aquellos en etapa de fin de vida. Está demostrado que son eficaces en el control de síntomas, alivian el sufrimiento psíquico y físico, y por lo tanto, mejoran la calidad de vida.

Objetivo: Determinar las necesidades de CP en Uruguay a partir de registros de mortalidad del Ministerio de Salud Pública (MSP) del año 2019.

Materiales y métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo utilizando la base de datos de defunciones del MSP. Se aplicaron las clasificaciones de Murtagh y Rosenwax con el Código Internacional de Enfermedades 10^{ma} edición (CIE-10), para estimar defunciones pasibles de CP. Se realizaron descripciones univariadas de todas las variables y bivariada de la condición de muerte pasible de recibir CP.

Resultados: El porcentaje de muertes que requirieron CP según criterios empleados por Murtagh y Rosenwax fue mayor para el primero (64,52% y 34,03% respectivamente). Los mayores de 75 años muestran la mayor necesidad de CP en ambas clasificaciones. El mayor porcentaje de requerimientos de CP se encuentra en el área metropolitana. Aplicando la clasificación de Rosenwax, los hombres requieren más CP que las mujeres. Según Rosenwax, las neoplasias predominan como causa de muerte requirente de CP en todos los tramos etarios, mientras que Murtagh destaca a las enfermedades cardíacas y cerebrovasculares en el tramo de 0-4 años y mayores de 75 años, coincidiendo con Rosenwax en los restantes grupos etarios.

Conclusiones: La clasificación de Murtagh refleja mejor la demanda de CP en Uruguay, a diferencia de la de Rosenwax que la subestima. La necesidad de CP aumenta con la edad, destacando la importancia de considerar a la población de adultos mayores, aunque todos los grupos etarios deben ser tenidos en cuenta.

Palabras clave: Cuidados paliativos, Uruguay, CIE-10, Murtagh, Rosenwax.

Abstract

Introduction: Palliative care (PC) is essential for the support of patients with incurable diseases, even more so in those at the end of life. It has been proven that they are effective in controlling symptoms, relieving mental and physical suffering, and, therefore, improving quality of life.

Objective: Determine the PC needs in Uruguay based on Ministerio de Salud Pública (MSP) mortality database from 2019.

Materials and methods: A descriptive study was done, using the MSP death database. The Murtagh and Rosenwax classifications were applied with the International Code of Diseases 10th edition (ICD-10), to estimate deaths eligible for palliative care. Univariate descriptions of all variables and bivariate descriptions of the death condition eligible for PC were carried out.

Results: The percentage of deaths that required PC according to criteria used by Murtagh and Rosenwax was higher for the first one (64,52% y 34,03% respectively). Those over 75 years showed the greatest need for PC in both classifications. The highest percentage of PC requirements is found in the metropolitan area. Applying Rosenwax's method, men require more PC than women. According to Rosenwax, neoplasms predominate as the cause of death requiring PC in all age groups, while Murtagh highlights cardiac and cerebrovascular diseases in the age group 0-4 years and those over 75 years, coinciding with Rosenwax in the remaining groups of age.

Conclusions: Murtagh's classification better reflects the demand for PC in Uruguay, unlike Rosenwax's, which underestimates it. The need for PC increases with age, highlighting the importance of considering the older adult population, although all age groups must be taken into account.

Keywords: Palliative care, Uruguay, ICD-10, Murtagh, Rosenwax.

Introducción

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS): “Los CP son un enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.” (1)

Según la Comisión Lancet sobre el acceso global a los CP y el alivio del dolor se estima que “anualmente, más de 61 millones de personas experimentan condiciones de salud asociadas con el sufrimiento que podrían mejorar significativamente a través de CP” (2).

La medicina paliativa es aprobada oficialmente como subespecialidad de la medicina recién en el año 1987, en Gran Bretaña. 15 años después, se incorpora a los programas asistenciales de la OPS, la cual establece que para el año 2010 todos los países de la región debían de contar con CP (3,9). Cabe destacar que en las últimas décadas los CP se han desarrollado ampliamente a nivel de los cinco continentes. Actualmente se cuenta con alrededor de 8000 servicios de CP, en aproximadamente 100 países diferentes. Finalmente en los noventa se adhieren algunos países de América Latina, tales como Argentina, Colombia, Brasil y Chile (3).

Al día de hoy, el acceso a los CP sigue siendo sumamente inadecuado o inexistente en la mayor parte del mundo. El 80% carece de acceso incluso a las intervenciones de CP más básicas, como analgésicos (2).

América Latina presenta una gran diversidad en cuanto al grado de desarrollo de los CP. En años recientes, esta heterogeneidad se ha acentuado. El número de países con un Programa Nacional de CP se ha duplicado entre 2012 y 2020, reflejando que los gobiernos le adjudican una mayor relevancia a estos (4).

El MSP, a través del Plan Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), propone que los CP se enfoquen en detectar tempranamente la enfermedad y, por lo tanto, reducir sus impactos en la calidad de vida de la persona y sus seres queridos, brindando alivio al sufrimiento causado por el dolor físico, psicológico, relacional, espiritual y otros. En Uruguay desde 1985 se cuenta con servicios de CP en las instituciones de salud. Sin embargo, es a partir del año 2005 que empieza a aumentar el número de equipos, y en 2013 se estandariza el servicio con la resolución 957. Previamente, ya existía el Programa Nacional del Adulto Mayor, creado por la Ley 18.617

promulgada en el año 2009, que contemplaba la atención paliativa en esta subpoblación (5). En 2019 se incorpora la Ordenanza Ministerial Nº 1695/019 para la obligatoriedad de la implementación de los lineamientos para el desarrollo de CP en Uruguay a los prestadores de salud (6).

El PNCP augura por garantizar cobertura universal, desde la infancia hasta la vejez, abarcando toda condición médica pasible de CP. Para cumplir con este objetivo, se obliga a todos los prestadores de salud a contar con recursos para brindar el servicio, tanto de forma directa como mediante convenios, contando con una red nacional de CP (5).

Según la encuesta de CP del MSP del 2022; “Uruguay es el país de América Latina con la cobertura más alta en atención a pacientes con necesidades paliativas, alcanzando un 65 % de la población“(6).

Los modelos de atención paliativa pueden adoptar diversas estructuras. Los equipos básicos deben incluir profesionales médicos y de enfermería, y a medida que se fortalezca la capacidad de captación, formación y desarrollo, también se pueden incorporar psicólogos, trabajadores sociales, personal administrativo y voluntarios para brindar atención integral a los pacientes y sus familias en todos los niveles de atención (5,6).

Según estimaciones de Mc Namara y cifras de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), a nivel internacional 0,5% de la población adulta sería pasible de recibir CP (6). Sin embargo, no se cuenta con ningún tipo de estudio que efectivamente precise la prevalencia de personas pasibles de CP a nivel nacional. Sí existen publicaciones que estiman la oferta pero no así la demanda.

En la “Encuesta anual sobre desarrollo de los CP en Uruguay - análisis del año 2021” se extrajo que, de 101 instituciones de salud, 80 son las que brindan servicio de CP y fueron atendidos 11291 individuos. La mayoría correspondía a patologías oncológicas (7214), las patologías no oncológicas más frecuentes que recibieron CP en orden decreciente fueron: demencias (29%), enfermedades cardiovasculares (17%), enfermedades pulmonares (16%), enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (2%), y otros (36%) (6).

Asimismo, en dicha encuesta, se identificaron los inconvenientes a los que se enfrentan los equipos de CP. Entre las dificultades identificadas, se hallan el aumento de recursos humanos, la disponibilidad horaria que se requiere de los mismos, la falta de medios de transporte

propios y de infraestructura adecuada. Además, el resto del personal de salud muchas veces desconoce o no reconoce la importancia de los CP, lo que lleva a derivaciones tardías o a la falta de identificación de pacientes que podrían beneficiarse de estos cuidados (6).

Como antecedentes de investigaciones sobre la necesidad de CP, se realizó en Alemania una investigación con el objetivo de identificar pacientes que necesitaron CP en el año 2013. Para ello utilizaron bases de datos y analizaron los registros de defunciones usando las clasificaciones Rosenwax et al. 2005 y Murtagh et al. 2014, que luego fueron contrastados con otros resultados de varios países. Los resultados fueron, “según el método definido por Rosenwax, entre el 40,7% (estimación mínima) y el 96,1% (estimación máxima) de los casos de muerte podrían beneficiarse de los CP”. Mientras que utilizando el método de Murtagh, se obtiene que “el 78% de los casos de muerte son potencialmente elegibles para CP”. Además, se constató que la edad es un condicionante para la necesidad potencial de recibir CP. Según Murtagh “en la categoría de edad entre 30 y 39 años, se puede encontrar una demanda potencial de CP para el 40,4% de todas las muertes que ocurren en esta categoría de edad, aumentando este número a 80,3% en el grupo de edad de 80 años y más” (7).

En el año 2008, se estudian 12 países (Bélgica, República Checa, Francia, Hungría, Italia, España, Suecia, Canadá, Estados Unidos, Corea, México y Nueva Zelanda). Para estimar la proporción de fallecidos que potencialmente podrían haber recibido CP se utilizaron las clasificaciones mencionadas anteriormente y la desarrollada por el Observatorio Nacional del Final de la Vida francés. Como resultado se obtuvo que entre un 38% y 74% hubieran sido beneficiados de CP. Los resultados fueron contundentes concluyéndose la imperiosa necesidad de mejorar la atención paliativa para que progrese el sistema de salud pública en general (8).

Tras la necesidad de definir cuál era la demanda de servicios de CP en Colombia y compararlo con la oferta que se tiene hasta el momento, se realiza un estudio transversal en el año 2020 donde se compara lo anteriormente dicho utilizando estadísticas de mortalidad en el país para el período 2012-2016. De los resultados se destaca que “las cifras correspondientes a muertes que requirieron CP aumentaron de 107.065 en el 2012 a 128.670 en el 2016 (61,2% del total de muertes)”. A su vez, se observó un incremento en la cantidad de fallecimientos que necesitaron CP a medida que la edad avanzaba. Se concluye que existió una creciente necesidad de servicios de CP en la población y que la oferta de estos fue insuficiente y restringida (9).

El acceso a los CP es un componente esencial en la atención integral de la salud, tanto para los pacientes en etapa de fin de vida como para todos aquellos que se beneficien de éstos (2,9). Es por eso que, la identificación de pacientes susceptibles de CP en Uruguay y en el mundo, es fundamental para identificar la demanda de recursos humanos, financieros y físicos necesarios para satisfacer las necesidades, reducir las brechas en el acceso a los mismos y de esta manera reforzar su captación y mejorar su manejo clínico y asistencial (2,10).

En los últimos 40 años se ha observado una disminución constante y progresiva de las tasas de natalidad y mortalidad a nivel global. Debido al considerable progreso en el control de enfermedades de índole infecciosa, el aumento de la urbanización e industrialización, los cambios en el estilo de vida y la disminución creciente de fecundidad, ha habido un aumento en las expectativas de vida de la población con el resultante envejecimiento progresivo de la sociedad y una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (3). Asimismo, se suma la lucha de las mujeres por la autonomía y la desvinculación del rol como cuidadora de la familia. Todo lo antedicho conlleva a un incremento en la demanda en la atención de salud y por ende se espera también un crecimiento significativo de la demanda de CP (5,11,12).

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), para el 2050 en América Latina, “el porcentaje de población mayor de 60 años llegará al 80%” y dentro de estos los mayores de 80 años, al 42%. “En esperanza de vida, los latinos alcanzarán, en promedio, los 82,2 años”. Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), “en el ranking actual de la proporcionalidad de la población mayor de 65 años en América Latina, Uruguay ocupa el 1° lugar (25%), considerado un envejecimiento moderadamente avanzado. El envejecimiento de Uruguay es récord en Sudamérica y cercano al de los países europeos” (5).

Amerita señalar que, el 60% de las muertes prematuras a nivel mundial, se deben a enfermedades no transmisibles, dentro de ellas las enfermedades cardiovasculares y el cáncer son las de mayor relevancia, siendo ambas pasibles de requerir CP (3).

En Uruguay, según los datos recabados en el Censo de Población y Vivienda 2011 “las personas mayores de 65 años representan el 14,11% de la población total, o sea 463.726 adultos mayores en el Uruguay. Se destaca que es una población mayoritariamente femenina y envejecida, que el 60% son mujeres y el 27,19% tiene más de 80 años. Predomina el sexo femenino dentro de la población adulta mayor debido a que la mujer en nuestro país tiene una mayor esperanza de vida que el hombre”(11).

Es sabido que existen percepciones e interpretaciones diferentes a nivel mundial sobre la definición de CP, en un espectro que abarca desde quienes piensan que los CP se dedican a aliviar cualquier sufrimiento, hasta quienes consideran que éstos contemplan pacientes con una expectativa de vida muy limitada. La falta de claridad conceptual puede dificultar la implementación universal de la medicina paliativa, sobre todo en países de ingresos bajos y medios (2).

Es por esto que, la Comisión Lancet, formuló una definición de CP en base a un consenso a nivel internacional, la cual establece que: “Los CP son el cuidado holístico activo de personas de todas las edades con sufrimiento grave relacionado con la salud debido a una enfermedad severa y, especialmente, de aquellos que se acercan al final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores.” Esta definición es “oportuna y aplicable a todos los pacientes independientemente del diagnóstico, pronóstico, ubicación geográfica, nivel de atención o nivel socioeconómico.” No obstante, la inclusión de familiares y cuidadores puede ser un desafío para los sistemas de atención médica con recursos limitados (2).

Históricamente, los CP se han centrado en enfermedades en etapa de fin de vida, aliviando el sufrimiento cuando sobrevénía la muerte. Recientemente ha habido un importante cambio de paradigma. En este sentido, hoy en día se considera que el cuidado debe implementarse mucho más tempranamente, cuando el paciente se beneficie de éste. Asimismo, clásicamente los CP se han asociado al cáncer como prototipo de enfermedad grave, mientras que hoy en día el espectro es mucho más grande, incluyendo otras patologías.

Se ha demostrado la efectividad de los CP en las patologías amenazantes para la vida, ya que reducen la carga de síntomas y por tanto mejoran la calidad de vida, tanto para adultos como niños (2).

Los CP implican interacción entre seres humanos, es decir, los pacientes, sus familias y profesionales de la salud, por lo tanto, se trata de un sistema social. El pensamiento sistémico proporciona un marco en el que pueden situarse los problemas complejos y sus soluciones, y favorece una comprensión profunda de los mismos. Un enfoque teórico global es la teoría de los sistemas la cual no se basa en una disciplina específica, sino que se utiliza en diversas áreas temáticas. A partir de esta teoría, a nivel del paciente se identifican 3 subsistemas: físico, psicoespiritual y sociocultural (12).

El subsistema físico comprende “síntomas físicos, signos clínicos, enfermedades, discapacidades primarias y medidas terapéuticas”. El subsistema psicoespiritual abarca “todos los elementos del sistema que se refieren al mundo de experiencia emocional, espiritual y existencial del paciente”, además también incluye el afrontamiento de la enfermedad. Por último, los factores del subsistema sociocultural, tales como los antecedentes culturales y las barreras del idioma, no tienen un rol activo propiamente dicho, ya que no pueden actuar. En cambio, son atributos que inciden en el comportamiento del paciente (12).

Las enfermedades crónicas amenazantes para la vida tienen gran influencia en los subsistemas mencionados anteriormente, tanto para el enfermo que las padece como para su red de contención. En el subsistema físico, algunos de los síntomas tales como, dolor, náuseas, vómitos, anorexia, disnea, entre otros, son de capital importancia. A nivel de los subsistemas psicoespiritual y sociocultural, se evidencian las carencias de las capacidades de afrontamiento de los pacientes; “La persona que está muriendo se encuentra perdiendo todo a la vez y la anticipación de esta pérdida puede ser desbordante, acompañándose de sentimientos intensos de rabia, dolor, tristeza, desesperanza y angustia, entre otros” (12).

Los CP están orientados a acompañar a los pacientes transcurriendo la etapa de fin de vida, comprendiendo la muerte como una etapa más del ciclo vital, acompañando y aliviando el sufrimiento. En este sentido, consideramos importante hacer una breve reseña de las diferentes concepciones de la muerte a lo largo de la historia. Inicialmente, en la alta Edad Media, quien iba a morir organizaba una ceremonia en la cual invitaba a sus seres queridos “a reunirse alrededor de su lecho”. Sin embargo, en la baja Edad Media, la concepción de la muerte se transforma en algo más individualizado, pasa a centrarse en “la muerte de uno mismo”. En cambio, en el siglo XIX aparece la preocupación por la muerte del ser querido, conocida como “la muerte del otro”, la cual persiste hasta la actualidad. Es a partir de la Guerra Mundial que se instala la “muerte prohibida”, excluyéndola de la vida cotidiana, en contraste a la concepción precedente, que acompañaba y aceptaba la muerte como parte del ciclo vital. Actualmente se tiende a reemplazar el domicilio por el hospital para la ocurrencia del deceso y no avalar la demostración de los sentimientos públicamente luego del fallecimiento. No obstante, lo antedicho deja en evidencia como sociedad se ha perdido la capacidad de afrontamiento de la propia muerte y de la del resto.

El avance tecnológico y científico permitió que a partir del siglo XX la medicina fuera capaz de descubrir causas y curas de enfermedades, llevando al manejo sintomático a un segundo

plano. Hasta ese entonces, las enfermedades seguían su curso natural, y la principal tarea del médico era aliviar los síntomas. Es así que, actualmente, se percibe que el principal objetivo de la medicina es prolongar la expectativa de vida, más que la de apelar por mejorar la calidad de esta.

Es importante no perder de foco el respeto por la dignidad humana, entendiendo la muerte como un proceso natural. La implementación de diagnósticos y tratamientos fútiles se conoce como “encarnizamiento terapéutico”, impidiendo el abordaje paliativo oportuno para el paciente en situación de fin de vida, que está fuera del alcance terapéutico curativo.

Otra problemática son las grandes carencias que existen en la formación académica de profesionales de medicina y enfermería en cuanto a los CP (3).

Si bien en el estudio se va a utilizar como estimador de la demanda de CP la causa de muerte, un subsistema puramente biomédico, es bien sabido que ésta depende de una interacción compleja de factores, que va más allá del diagnóstico o condición médica en sí mismos.

Un requisito indispensable para las clasificaciones anteriormente mencionadas, es contar con bases de datos nacionales que registren las causas de muertes de la población. En Uruguay, las estadísticas vitales se generan a partir del procesamiento de los registros administrativos conocidos como "hechos vitales", que abarcan nacimientos, defunciones (tanto fetales como no fetales), adopciones, matrimonios y divorcios. El Departamento de Estadísticas Vitales (Unidad de Información Nacional en Salud, UINS) del MSP es el encargado de llevar a cabo esta tarea.

Estos registros desempeñan un papel fundamental para calcular distintos indicadores de mortalidad, natalidad y fecundidad, y son un componente esencial en el desarrollo, monitoreo y evaluación de diversas políticas, planes y programas en el ámbito de la salud y en otros sectores económicos y sociales del país. La información de fallecimientos se encuentra almacenada en una base de datos que recopila datos tabulados desde finales del siglo XX (13,14).

En la actualidad, la base de datos de defunciones abarca más del 90% de los fallecimientos registrados en el país. La calidad de esta base se evalúa mediante autoevaluación por parte de las autoridades responsables de su mantenimiento o a través de auditorías externas, lo cual implica contar con experiencia técnica especializada (1).

En el presente estudio, se intentará establecer la proporción nacional de individuos fallecidos en el 2019 que potencialmente podrían haber requerido CP. Este análisis ayudará a conocer el estado de situación del país, identificando las necesidades de CP, para potencialmente ayudar a reforzar políticas que incorporen los CP en todos los niveles asistenciales (4). La necesidad surge a partir de investigaciones recientes que muestran que a nivel internacional la demanda de CP no está siendo satisfecha (3).

Objetivos

Objetivo general: Determinar las necesidades de CP en Uruguay a partir de registros de mortalidad del MSP del año 2019.

Objetivos específicos

- Estimar la cantidad de personas fallecidas en Uruguay que hubieran requerido CP en base a las clasificaciones seleccionadas.
- Comparar la cantidad de muertes requirentes de CP según dichas clasificaciones.
- Estratificar las necesidades de CP según edad, sexo y lugar de ocurrencia de la muerte.
- Determinar la distribución de necesidades de CP según grandes grupos de enfermedades en Uruguay.

Metodología

El presente estudio se clasifica según objetivos como un estudio descriptivo, de tipo observacional y de corte transversal.

Se trabajó con el registro de mortalidad de la población Uruguaya en el año 2019, solicitado al Departamento de Estadísticas Vitales del MSP en coordinación con el Programa de Cuidados Paliativos. Los datos se solicitaron de forma desagregada e irreversiblemente anonimizada y la recolección de los mismos fue realizada con los resguardos éticos correspondientes y contemplando la normativa vigente. Dicha fuente es pública, legítima y recopilada con fines epidemiológicos y de control.

Este registro tiene una cobertura superior al 98% de las muertes ocurridas en el país lo cual permite realizar un estudio poblacional sin la necesidad de requerir una técnica de muestreo.

Considerando que las muertes neonatales (<28 días) configuran un análisis específico, las mismas se excluyeron del presente estudio.

El Registro de Mortalidad es exhaustivo y cuenta con más de 100 variables. En este caso se solicitaron únicamente las relevantes para este estudio, estas son:

- Sexo biológico
- Edad en años del fallecido
- Año de la defunción
- Código de Causa Básica de muerte CIE-10: se solicitaron los datos con un nivel de desagregación a tres dígitos para la practicidad del análisis.
- Lugar de ocurrencia de la defunción

Se realizó una revisión de las clasificaciones existentes de CP en la etapa final de la vida y se identificaron las clasificaciones propuestas por Rosenwax et al. 2005 y Murtagh et al. 2014 las cuales son usadas mundialmente para estimar la necesidad de CP. Las mismas utilizan la clasificación del CIE-10 para determinar las causas básicas de muerte posibles de CP. Se entiende causa básica de muerte como “enfermedad o lesión que inició la secuencia de eventos directamente relacionada con la muerte o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal” (9,15).

La clasificación de Rosenwax comprende todas las muertes por neoplasias, pero a diferencia de Murtagh este incluye tanto neoplasias benignas como malignas. Dentro de las enfermedades no neoplásicas se incluyen: Enfermedades cardiovasculares (I50, I501, I509, I111, I130, I132), enfermedad renal crónica (N180, N188, N189), nefritis tubulointersticial (N102, N112, N120, N131, N132), trastornos hepáticos (K704, K711, K721, K729), bronquitis y enfisema (J40, J410, J411, J418, J42, J430, J431, J432, J438, J440, J441, J448, J449), atrofia muscular, espinal y síndromes afines (G122), enfermedad de Parkinson (G20), enfermedad de Huntington (G10), enfermedad de Alzheimer (G300, G301, G308, G309), enfermedad por VIH (B20-B24) (9).

Por otro lado, la clasificación de Murtagh et al. 2014 surge de redefinir las causas establecidas por Rosenwax previamente. La misma comprende tumores malignos (C00-C97), excluyendo las neoplasias benignas, y enfermedades no neoplásicas: enfermedades cardiovasculares (I00-I52), enfermedades cerebrovasculares (I60-I69), insuficiencia renal aguda y crónica (N17-N18), otros trastornos del riñón y del uréter (N28), trastornos hepáticos (K70-K77), infecciones respiratorias agudas (J06-J18; J40-J47), insuficiencia respiratoria no clasificada (J96), enfermedad de Huntington (G10), enfermedad de Parkinson (G20), esclerosis múltiple (G35), atrofia muscular, espinal y síndromes afines (G122), trastorno del sistema nervioso autónomo

(G903), otras enfermedades degenerativas de los núcleos de la base (G231), demencia (F01; F03), enfermedad de Alzheimer (G30), senilidad (R54), enfermedad por VIH (B20-B24) (9).

Se realizó una descripción univariada de todas las variables consideradas y la descripción bivariada con respecto a la condición de muerte pasible de recibir CP.

En la descripción univariada, las variables cualitativas se presentaron a través de tablas mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentuales). La única variable cuantitativa del presente estudio (edad), se describió mediante medidas de resumen (media, desvío y rango). Para la media y las proporciones más relevantes se calcularon los intervalos al 95% de confianza.

Para estudiar la posible asociación entre los criterios de Murtagh y Rosenwax se compararon las proporciones de muertes pasibles de recibir CP utilizando intervalos de confianza al 95% y se realizó un gráfico de barras apiladas.

Para la descripción bivariada se utilizaron tablas de contingencia donde se presenta la distribución de la condición de muerte pasible de recibir CP según grupo etario, sexo y lugar de ocurrencia de la muerte.

Se determinó la distribución de necesidades de CP según grandes grupos de enfermedades en Uruguay, teniendo en cuenta la agrupación que realiza Murtagh y Rosenwax. La misma se representa a través de gráficos de barras y tablas. Asimismo, se agregó al análisis la distribución de grandes grupos de enfermedades según tramos etarios, representando los datos en tablas de contingencia.

El procesamiento de los datos y la generación de nuevas variables se realizó en el software JASP versión 0.18.0.0 (16) y para las visualizaciones gráficas se utilizó el software R versión 3.5 (17).

Consideraciones éticas

El protocolo del presente trabajo de investigación cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina, Universidad de la República. No se requiere la solicitud de consentimiento informado. Para mitigar el riesgo potencial de individuos con patologías raras en áreas de baja densidad poblacional, se evitará hacer referencia a casos específicos y se

optará por brindar una información más general. Esto garantiza la confidencialidad y protección de la privacidad de las personas involucradas.

Resultados

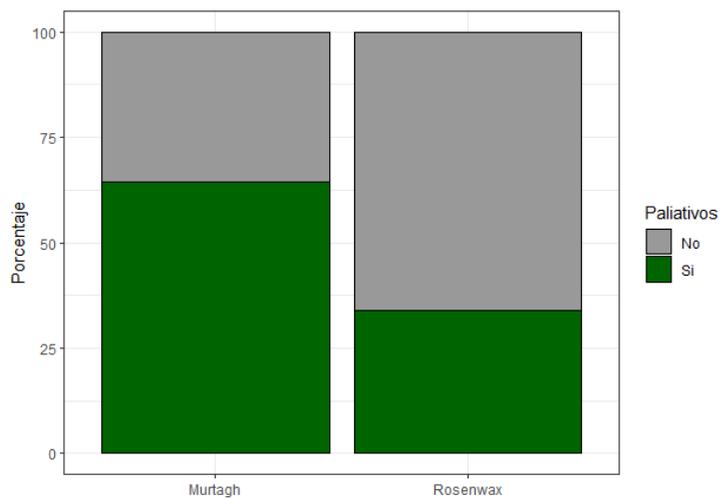
Se analizaron datos de 34.639 personas fallecidas en Uruguay en el año 2019, cuya media de edad es de $74,69 \pm 17,01$ años (IC 95% 74,52-74,87). El rango de edad de la población de estudio comprende desde 28 días a 119 años. El 49,96% corresponden a sexo femenino y 50,03% a sexo masculino. La distribución de las defunciones según departamento de ocurrencia se describe en la Tabla 1.

Tabla 1: Defunciones según departamento de ocurrencia

Departamento de ocurrencia	Frecuencia	Porcentaje
Montevideo	16660	48,10%
Canelones	3703	10,69%
Maldonado	1596	4,61%
Colonia	1246	3,60%
Salto	1158	3,34%
Rivera	1070	3,09%
Paysandú	1063	3,07%
San José	934	2,70%
Tacuarembó	920	2,66%
Cerro Largo	835	2,41%
Soriano	830	2,40%
Rocha	806	2,33%
Lavalleja	746	2,15%
Florida	702	2,03%
Artigas	611	1,76%
Durazno	575	1,66%
Treinta y Tres	492	1,42%
Río Negro	461	1,33%
Flores	231	0,67%

En primer lugar, se analizaron los requerimientos de CP según los criterios empleados por los autores Murtagh y Rosenwax, los cuales se ilustran en el gráfico 1. Del total de la población analizada, 64,52% (IC 95% 64,01- 65,02) hubiesen requerido CP según los criterios de Murtagh, y 34,03% (IC 95% 33,53- 34,53) según Rosenwax. Al observar los intervalos de confianza se evidencia una diferencia estadísticamente significativa entre ambas clasificaciones.

Gráfico 1: Requerimiento de CP según Murtagh y Rosenwax.



En las tablas 2 y 3 se muestra la distribución de los pacientes según tramos etarios, discriminando según los criterios de Murtagh y Rosenwax, respectivamente. A excepción del primer tramo etario (28 días - 4 años) con el segundo (5 años a 14 años) en la clasificación de Murtagh, los requerimientos de CP incrementan según aumenta la edad de los individuos. Según Rosenwax, la necesidad de CP incrementa a medida que aumenta la edad. El tramo etario que requiere mayor necesidad de CP es el de personas mayores de 75 años en ambas clasificaciones.

Tabla 2: CP según Murtagh agrupados por tramo etario.

Tramo etario	Frecuencia	Porcentaje
28 días-4 años	27	0,12%
5-14 años	12	0,05%
15-34 años	182	0,81%
35-54 años	1323	5,92%

55-74 años	6970	31,19%
≥75 años	13817	61,82%
Sin especificar	18	0,09%

Tabla 3: CP según Rosenwax agrupados por tramo etario.

Tramo etario	Frecuencia	Porcentaje
28 días-4 años	6	0,05%
5-14 años	12	0,10%
15-34 años	126	1,07%
35-54 años	948	8,04%
55-74 años	4526	38,40%
≥75 años	6163	52,29%
Sin especificar	6	0,05%

Las siguientes tablas muestran las frecuencias absolutas y porcentajes de CP según sexo, separadas por autores. En la tabla 4 se aplica la clasificación de Murtagh. Se visualiza que 11277 corresponden a sexo femenino (50,46%) mientras que 11072 a sexo masculino (49,54%)

Tabla 4: CP según Murtagh discriminados por sexo.

	Frecuencia	Porcentaje	IC al 95%
Femenino	11277	50,46%	49,80- 51,11
Masculino	11072	49,54%	48,89- 50,20

En la tabla 5 se muestran los mismos resultados según Rosenwax. En este caso 5455 (46,28%) corresponden a sexo femenino, mientras que existen 6332 identificados como sexo masculino (53,72%).

Tabla 5: CP según Rosenwax discriminados por sexo.

	Frecuencia	Porcentaje	IC al 95%
Femenino	5455	46,28%	45,38- 47,18
Masculino	6332	53,72%	52,81- 54,62

En la tabla 6 se visualiza la distribución geográfica de los pacientes según el lugar de ocurrencia del fallecimiento, discriminando según los criterios de Murtagh y Rosenwax.

Tanto según la clasificación de Murtagh como Rosenwax la mayoría de los pacientes que requieren de CP fallecieron en el área metropolitana (60,99% y 60,91% respectivamente), en comparación con los que fallecieron en el interior del país (39,01 % y 39,09% respectivamente).

Tabla 6: Requerimiento de CP según zona de ocurrencia del fallecimiento.

Clasificación de CP	Zona de fallecimiento	Frecuencia	Porcentaje	IC al 95%
Murtagh	Área metropolitana	13632	60,99%	60,35- 61,63
	Interior	8717	39,01%	38,36- 39,65
Rosenwax	Área metropolitana	7179	60,91%	60,02- 61,79
	Interior	4608	39,09%	38,21- 39,98

Se realizaron los siguientes gráficos de barras y tablas con el fin de establecer la distribución de necesidades de CP según grandes grupos de enfermedades. Los datos se encuentran divididos según cada autor.

En el caso de Murtagh (gráfico 2, tabla 7), se vió que las enfermedades cardíacas y cerebrovasculares adquieren mayor jerarquía a la hora de requerir CP (37,04%) en comparación con Rosenwax (gráfico 3, tabla 8), donde las neoplasias ocupan el primer lugar superando ampliamente a las demás enfermedades.

Gráfico 2: Distribución de causas de muerte pasibles de CP según Murtagh

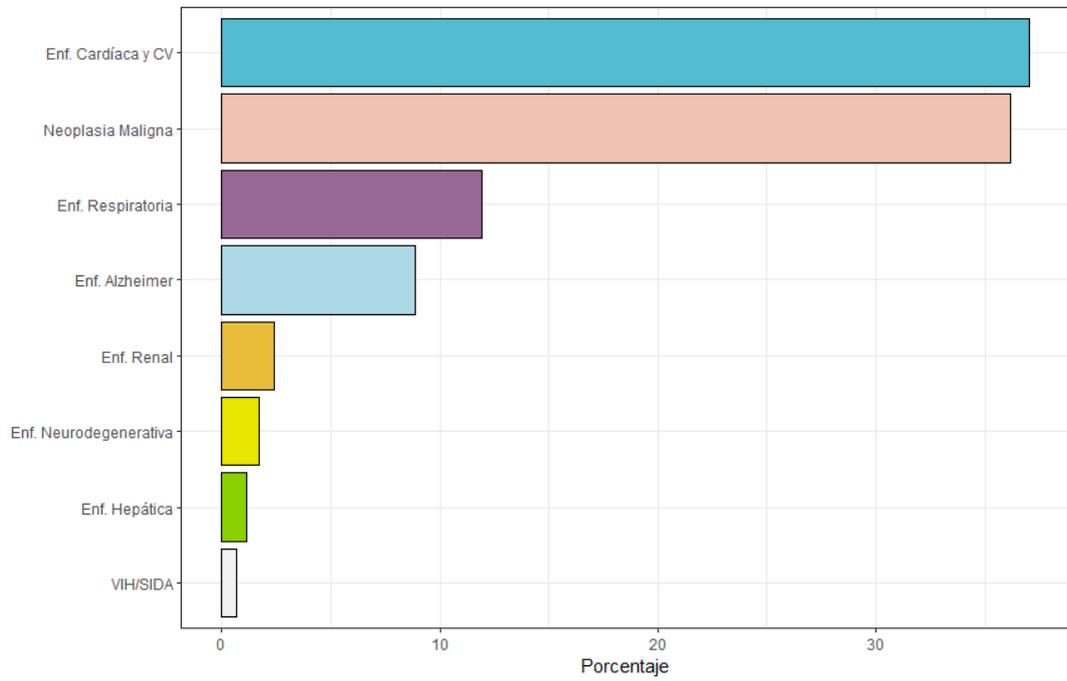


Gráfico 3: Distribución de causas de muerte pasibles de CP según Rosenwax.

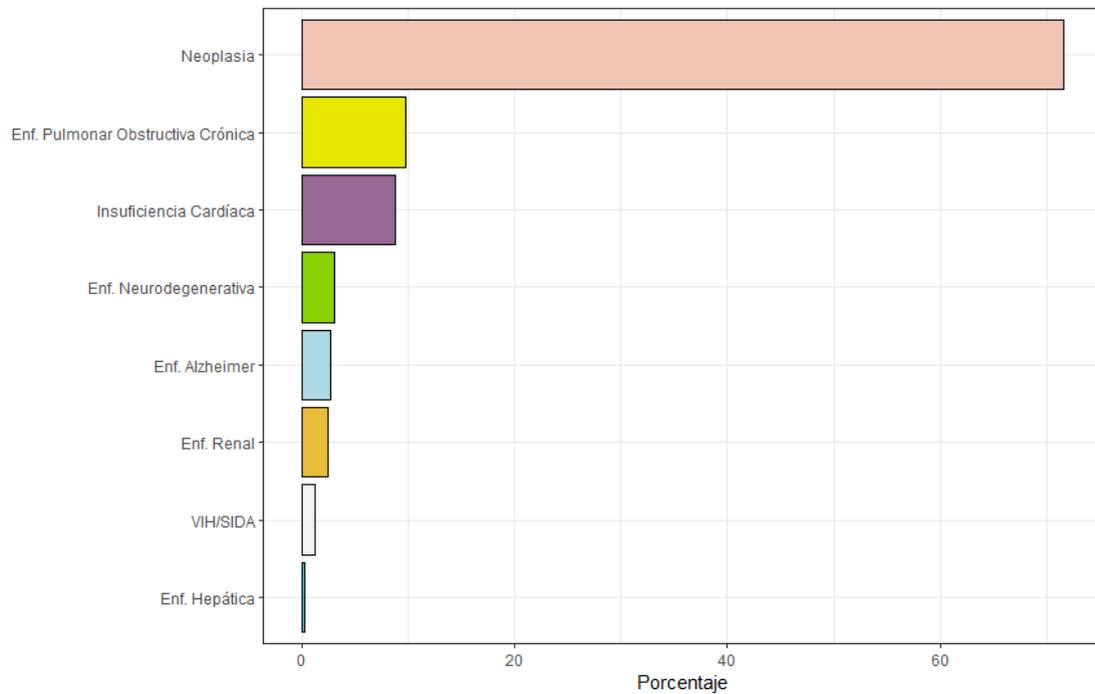


Tabla 7: Distribución de causas de muerte pasibles de CP según Murtagh.

Causa de muerte	Frecuencia	Porcentaje	IC al 95%
Alzheimer	1985	8,88%	8,51- 9,26
Enfermedad cardíaca y cerebrovascular	8278	37,04%	36,40- 37,68
Enfermedad hepática	257	1,15%	1,01- 1,30
Enfermedad neurodegenerativa	386	1,73%	1,56- 1,91
Enfermedad renal	533	2,38%	2,19- 2,60
Enfermedad respiratoria	2669	11,94%	11,52- 12,38
Neoplasia maligna	8087	36,19%	35,56- 36,82
VIH/SIDA	154	0,69%	0,59- 0,81

Tabla 8: Distribución de causas de muerte pasibles de CP según Rosenwax.

Causa de muerte	Frecuencia	Porcentaje	IC al 95%
Alzheimer	321	2,72%	2,44- 3,04
Insuficiencia cardíaca	1038	8,81%	8,30- 9,34
Insuficiencia hepática	27	0,23%	0,15- 0,34
Enfermedad neurodegenerativa	366	3,11%	2,80- 3,43
Enfermedad renal	293	2,49%	2,22- 2,79
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1152	9,77%	9,25- 10,33
Neoplasia	8436	71,57%	70,74- 72,38
VIH/SIDA	154	1,31%	1,11- 1,53

Como se muestra en la tabla 9, según la agrupación de grandes enfermedades requerentes de CP que realiza el autor Murtagh, en el primer tramo etario correspondiente a 28 días a 4 años predomina la enfermedad cardíaca y cerebrovascular (40,74%) como causa de muerte. En los tramos etarios de 5 a 14 años, 15 a 34 años, 35 a 54 años y de 55 a 74 años predomina neoplasia maligna (91,67%, 52,20%, 55,86%, 50,70% respectivamente). Por último, en el grupo de fallecidos mayores de 75 años predomina la enfermedad cardíaca y cerebrovascular (41,13%).

Por otro lado, según la agrupación de grandes enfermedades de Rosenwax discriminadas por tramo etario (tabla 10), la enfermedad neoplásica prevalece en todas las franjas de edad. En el grupo de 0 a 4 años, ocurre en el 100% de los casos, en el rango de 5 a 14 años, en un 91,67%, entre 15 y 34 años, en un 78,57%, de 35 a 54 años, en un 80,70%, de 55 a 74 años, en un 80,80%. Finalmente, en personas mayores de 75 años, en un 63,18%.

Tabla 9: Requerimientos de CP según Murtagh agrupados por grandes grupos de enfermedades y tramos etarios

Causa según Murtagh	0-4 (%)	5-14 (%)	15-34 (%)	35-54 (%)	55-74 (%)	≥ 75 (%)	Sin dato (%)
Enf. alzheimer	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (0,30)	128 (1,84)	1848 (13,37)	5 (27,78)
Enf. cardíaca y cerebrovascular	11 (40,74)	0 (0)	37 (20,33)	336 (25,40)	2205 (31,64)	5683 (41,13)	6 (33,33)
Enf. hepática	0 (0)	0 (0)	3 (1,65)	37 (2,80)	139 (1,99)	78 (0,56)	0 (0)
Enf. neuro-degenerativa	0 (0)	0 (0)	1 (0,55)	15 (1,13)	106 (1,52)	264 (1,91)	0 (0)
Enf. renal	0 (0)	0 (0)	3 (1,65)	13 (0,98)	113 (1,62)	404 (2,96)	0 (0)
Enf. respiratoria	10 (37,04)	1 (8,33)	22 (12,09)	87 (6,58)	708 (10,16)	1837 (13,3)	4 (22,22)
Neoplasia maligna	6 (22,22)	11 (91,67)	95 (52,20)	739 (55,86)	3534 (50,70)	3699 (26,77)	3 (16,67)
VIH/SIDA	0 (0)	0 (0)	21 (11,54)	92 (6,95)	37 (0,53)	4 (0,03)	0 (0)

Tabla 10: Requerimientos de CP según Rosenwax agrupados por grandes grupos de enfermedades y tramos etarios

Causa según Rosenwax	0-4 (%)	5-14 (%)	15-34 (%)	35-54 (%)	55-74 (%)	≥ 75 (%)	Sin dato (%)
Enf. Alzheimer	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0,21)	39 (0,86)	280 (4,54)	0 (0)
Insuficiencia cardíaca	0 (0)	0 (0)	3 (2,38)	36 (3,80)	154 (3,40)	845 (13,71)	0 (0)

Insuficiencia hepática	0 (0)	0 (0)	1 (0,79)	5 (0,53)	14 (0,31)	7 (0,11)	0 (0)
Enf. neuro-degenerativa	0 (0)	0 (0)	0 (0)	8 (0,84)	96 (2,12)	262 (4,25)	0 (0)
Enf. renal	0 (0)	0 (0)	2 (1,59)	4 (0,42)	63 (1,39)	224 (3,63)	0 (0)
Enf. pulmonar obstructiva crónica	0 (0)	1 (8,33)	0 (0)	36 (3,80)	466 (10,30)	647 (10,50)	2 (33,33)
Neoplasia	6 (100)	11 (91,67)	99 (78,57)	765 (80,70)	3657 (80,80)	3894 (63,18)	4 (66,67)
VIH/SIDA	0 (0)	0 (0)	21 (16,67)	92 (9,70)	37 (0,82)	4 (0,06)	0 (0)

Discusión

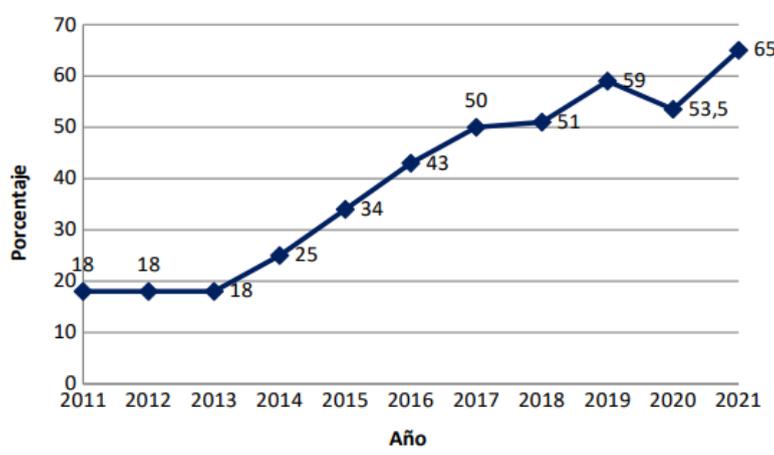
Del total de muertes ocurridas en 2019 en Uruguay la mayoría ocurrieron en el departamento de Montevideo (48,10%), lo que está en concordancia con la distribución de población en el territorio nacional.

En segundo lugar, comparando las clasificaciones de Murtagh y Rosenwax, se observa claramente que los criterios del primero tienden a incluir un espectro más amplio de pacientes que hubieran sido posibles de recibir CP (64,52%), siendo la segunda clasificación más restrictiva (34,03%). Rosenwax da mayor peso relativo a la patología neoplásica incluyendo neoplasias benignas, en contraste a Murtagh que no incluye éstas últimas. Esta disparidad se manifiesta en los resultados: según Rosenwax la patología neoplásica ocupa un 71,57% de las muertes posibles de CP, superando ampliamente al resto de las patologías en todos los tramos etarios. En cambio, en la clasificación de Murtagh, las patologías neoplásicas son el 36,19%, y se adjudica mayor relevancia a patologías no oncológicas, siendo la enfermedad cardíaca y cerebrovascular la categoría con mayor número de pacientes posibles de recibir CP (37,04%). Lo antedicho explica la gran diferencia entre ambos criterios.

Esta discrepancia se evidencia al analizar las causas de mortalidad posibles de recibir CP según grupo etario. Según Rosenwax, en todos los tramos etarios las neoplasias son la categoría más frecuente pero para Murtagh, en el primer y último grupo etario (0-4 y ≥ 75 años) lo ocupan las enfermedades cardíacas y cerebrovasculares. Esto podría tener implicancias en la gestión y distribución de recursos especializados en CP pediátricos y geriátricos.

Según Mc Namara el 0,5% de la población adulta es pasible de recibir asistencia paliativa, lo que en el caso de Uruguay, correspondería a 15258 uruguayos en 2019. En la “Encuesta anual sobre desarrollo de los CP en Uruguay”, se determinó que para ese mismo año el 59% de la demanda fue cubierta, lo que se corresponde con aproximadamente 9002 personas (6). Teniendo en cuenta estas cifras y refiriendo a las estimaciones hechas en este estudio según las clasificaciones propuestas por Rosenwax y Murtagh, la cobertura sería 76% y 40,3% respectivamente, por lo que continúa siendo insuficiente. Además se evidencia la marcada diferencia entre ambas clasificaciones y la necesidad imperiosa de determinar una única clasificación que permita evaluar cuál es la situación real del país con respecto a las necesidades de CP. Vale la pena mencionar que las estimaciones hechas en este estudio refieren únicamente a las muertes del país, mientras que Mc Namara lo propone en población general adulta.

Gráfico 4: Desarrollo de la asistencia en Cuidados Paliativos en Uruguay (2011-2021)



Fuente: MSP (6).

La estimación de la demanda de CP en Uruguay es similar a la encontrada en países como Colombia y Alemania. En el período 2012 a 2016 en Colombia, la estimación se incrementó de 57,8% en el 2012 a 61,2% en el 2016 (9). En Alemania se obtuvieron valores similares, encontrándose la mayor proporción de CP en el tramo etario mayor a 75 años, como sucede en Uruguay (5,7). Cabe destacar que tanto Alemania, Colombia y Uruguay tienen una distribución poblacional parecida, siendo países en estado de regresión con una estructura envejecida lo

que tiene como consecuencia una mayor carga de enfermedades crónicas no transmisibles (7,9,18).

Respecto a los factores de riesgo para estas enfermedades, según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ENFRENT) del año 2013, hay 8 factores que son los de mayor prevalencia en la población entre 25 y 64 años: bajo consumo de frutas y verduras (90,9%), sobrepeso u obesidad (64,9%), hipertensión arterial (36,6%), tabaquismo (28,8%), sedentarismo (22,8%), hipercolesterolemia (21,5%), consumo problemático de alcohol (8,1%) y diabetes mellitus (7,6%) (19,20). A la luz de estos datos, la implementación de políticas de promoción y prevención en salud enfocadas en disminuir la prevalencia de estos factores de riesgo y enfermedades altamente prevalentes en la población tendría un impacto directo en la disminución de la carga de enfermedades no transmisibles, sobre todo en la población añosa, y en consecuencia una posible menor demanda de CP en Uruguay.

En cuanto a los requerimientos de CP según sexo, poniendo en contraste ambas clasificaciones, se evidenció que según Murtagh no existe una diferencia estadísticamente significativa. Sin embargo, según Rosenwax el sexo masculino requiere CP en un porcentaje mayor al femenino con una diferencia estadísticamente significativa (53,72% y 46,28% respectivamente). Una posible explicación puede ser que la clasificación de Rosenwax toma únicamente a la insuficiencia cardíaca como enfermedad cardiovascular pasible de recibir CP, mientras que Murtagh abarca mayor cantidad de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares. En este trabajo, según la clasificación de Murtagh, se observó que en mujeres las enfermedades que mayoritariamente requieren de CP son las cardiovasculares y cerebrovasculares. Esto se encuentra en concordancia con los datos de mortalidad de Uruguay, que según el Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) en 2019 el 26,6% de la población de sexo masculino falleció por causas cardiovasculares y 32,1% por neoplasias, en contraposición con el sexo femenino el cual falleció mayoritariamente por causas cardiovasculares en un 32,4%, siendo que las causas neoplásicas fueron un 27,4% (21).

En la “Encuesta anual sobre desarrollo de los CP en Uruguay - análisis del año 2021” se observó que del total de CP brindados, el 63,9% correspondía a patologías oncológicas, seguido por demencias (29%) y en tercer lugar las enfermedades cardiovasculares (17%) (6). Esto deja

al descubierto que las enfermedades cardíacas y cerebrovasculares son desatendidas en lo que respecta a CP.

Si bien se constató que para ambas clasificaciones la necesidad de CP predomina en el área metropolitana (60,99% y 60,91% para Murtagh y Rosenwax respectivamente), no es despreciable la necesidad de CP en el interior del país (39,01% y 39,09%, respectivamente). Según datos aportados por el MSP en 2019 y aplicando la estimación de Mc Namara, la cobertura de CP alcanzaba el 95% en la capital del país, siendo notoriamente menor en los departamentos del interior. Los departamentos con menor cobertura fueron Tacuarembó (16%), Artigas (18%), Canelones (21%) y Cerro Largo (24%) (22). Por tanto, es de suma importancia garantizar una cobertura homogénea en todo el territorio nacional, contribuyendo a la descentralización de los servicios de salud.

Por otro lado, los datos obtenidos en el presente estudio, responden a la distribución de la mortalidad en Uruguay, donde el 61,49% de las muertes ocurren en el área metropolitana. Es decir, que la distribución de mortalidad no presenta una diferencia estadísticamente significativa respecto a la distribución de las muertes requirentes de CP. De esta forma, el lugar de ocurrencia de la defunción no es un condicionante para el requerimiento de CP.

Conclusiones y perspectivas a futuro

La clasificación de Murtagh es más representativa de la demanda de CP en Uruguay, mientras que la de Rosenwax subestima la misma. La diferencia entre ambas es atribuible a que la clasificación de Murtagh abarca mayor cantidad de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, siendo las mismas una importante carga de morbimortalidad en el país.

Ambas clasificaciones plantean escenarios contrastantes, lo que tiene un impacto directo a la hora de planificar y asignar los recursos económicos y humanos necesarios para garantizar una atención acorde. Esto deja en evidencia la necesidad de una clasificación de CP que se ajuste a la distribución de las enfermedades crónicas amenazantes para la vida en Uruguay.

La necesidad de CP incrementa a medida que aumenta la edad de los individuos, por lo que la población de adultos mayores es la principal a tener en cuenta. No obstante, todos los tramos etarios deben ser contemplados.

No se encuentran diferencias en cuanto a la necesidad de CP según sexo en la clasificación de Murtagh. En la clasificación de Rosenwax predomina el sexo masculino, lo cual puede deberse a que dicha clasificación abarca menos enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, las cuales son la principal causa de muerte en la población femenina de Uruguay.

Si bien la mayor parte de la población requirente de CP se encuentra en el área metropolitana, esta distribución concuerda con la distribución de mortalidad general, por lo que la relación entre causas de muerte requirentes de CP y no requirentes de CP se mantiene al comparar área metropolitana e interior del país.

Sería de capital importancia poder contar con datos de una serie temporal mayor a 10 años para así poder realizar una evolución en el tiempo de los requerimientos de CP en el país, así como generar modelos predictivos de las necesidades a futuro de CP que ayudarán enormemente a una gestión óptima de recursos.

Si bien en el estudio se utilizó como estimador de la demanda de CP la causa de muerte, también se debería de contabilizar los requerimientos de CP en enfermedades crónicas amenazantes para la vida.

Finalmente, para poder tener una cifra más representativa se debería de poder cuantificar el tiempo que las personas debieran de haber recibido CP. Esta cifra es de suma importancia para poder determinar si la demanda se encuentra cubierta, así como también poder gestionar los recursos necesarios.

Limitaciones

En el presente estudio no se analizaron datos de mortalidad del período 2020-2022, por lo que no se evaluó el impacto de la pandemia por el virus SARS-CoV2, tanto como causa de mortalidad en sí misma como agravante de otras patologías. Según el informe epidemiológico del MSP actualizado el 3 de diciembre de 2022, hasta esa fecha se acumularon 7541 fallecidos con diagnóstico de COVID-19 (23). Hubiera sido interesante evaluar el impacto de las medidas sanitarias adoptadas en este contexto y la redistribución de los recursos humanos y económicos en la mortalidad por las enfermedades pasibles de CP que pudiesen haber sido desatendidas.

Referencias bibliográficas

1. Cuidados paliativos - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 24 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>
2. 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*. octubre de 2020;60(4):754-64.
3. Dra. Alejandra Palma PSMI del R. Cuidados paliativos: Historia y desarrollo. *Bol Esc Med UC Pontif Univ CATÓLICA CHILE*. 32:7.
4. Pastrana T, De Lima L. Palliative Care in Latin America: Are We Making Any Progress? Assessing Development Over Time Using Macro Indicators. *J Pain Symptom Manage*. enero de 2022;63(1):33-41.
5. Simão VM, Miotto RCT. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. *Saúde Em Debate*. marzo de 2016;40:156-69.
6. Lic. Enf. Ana Núñez DraADV. ENCUESTA ANUAL SOBRE DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN URUGUAY- ANÁLISIS DEL AÑO 2021 [Internet]. Av. 18 de Julio 1892, Montevideo, Uruguay; 2022. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/ENCUESTA%20CP%20-%2003-08-2022.pdf>
7. Scholten N, Günther AL, Pfaff H, Karbach U. The size of the population potentially in need of palliative care in Germany--an estimation based on death registration data. *BMC Palliat Care*. 8 de marzo de 2016;15:29.
8. 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*. junio de 2017;31(6):526-36.
9. Calvache JA, Gil F, de Vries E. How many people need palliative care for cancer and non-cancer diseases in a middle-income country? Analysis of mortality data. *Colomb J Anesthesiol* [Internet]. 15 de julio de 2020 [citado 24 de mayo de 2023];Latest Articles. Disponible en: https://journals.lww.com/rca/Abstract/9000/How_many_people_need_palliative_care_for_cancer.99928.aspx
10. Martínez Ríos I, López Alonso SR, Martín Carabante S, Morales Infante L, Soriano Ruiz SI, Martínez García AI. [Prevalence and typology of patients susceptible of palliative care deceased at home]. *An Sist Sanit Navar*. 26 de diciembre de 2018;41(3):321-8.
11. Sandra Sande DN. Feminización del envejecimiento. Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social;
12. Hodiamont F, Jünger S, Leidl R, Maier BO, Schildmann E, Bausewein C. Understanding complexity - the palliative care situation as a complex adaptive system. *BMC Health Serv Res*. 12 de marzo de 2019;19(1):157.
13. Ministerio de Salud Pública [Internet]. [citado 24 de mayo de 2023]. Estudio carga global

de enfermedad. Disponible en:

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/estudio-carga-global-enfermedad>

14. Estadísticas Vitales [Internet]. [citado 27 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://uins.msp.gub.uy/>
15. Clasificación Internacional de Enfermedades 10° CIE 10° REVISION [Internet]. Disponible en: https://www.sssalud.gob.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf
16. Team J. JASP (Versión 0.17.3) [Internet]. 2023. Disponible en: <https://jasp-stats.org/>
17. R: The R Project for Statistical Computing [Internet]. [citado 27 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.r-project.org/>
18. Destatis Statistisches Bundesamt [Internet]. Disponible en: https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Population/Current-Population/_node.html#_iyygd4zpl
19. Oficina de Planeamiento y Presupuesto de la Presidencia de la República. Una mirada a la salud de los uruguayos y las uruguayas en el largo plazo. 2020; Disponible en: https://uruguay.un.org/sites/default/files/2020-06/Una%20mirada%20a%20la%20salud%20de%20los%20uruguayos%20y%20las%20uruguayas%20en%20el%20largo%20plazo_web.pdf
20. Ministerio de Salud Pública. 2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/2da-encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo-de-enfermedades-no>
21. Institute for Health Metrics and Evaluation [Internet]. 2019. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
22. Ministerio de Salud Pública. Desarrollo de Cuidados Paliativos en Uruguay Resultados de Encuesta Nacional a los Prestadores [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/cuidados_paliativos_informe_situacion.pdf
23. Informe epidemiológico COVID-19 [Internet]. DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EN SALUD - ÁREA VIGILANCIA EN SALUD DE LA POBLACIÓN – DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD; 2022. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/Informe%20epidemiol%C3%B3gico%2003122022.pdf>

Agradecimientos

Al programa de Cuidados Paliativos del Ministerio de Salud Pública, en particular a su coordinadora, Dra. Adriana Della Valle y Lic. Enf. Ana Núñez, integrante del Equipo de Trabajo del mismo programa. Este trabajo fue iniciativa de ellas en coordinación con los departamentos de Medicina Preventiva y Social y Métodos Cuantitativos de Facultad de Medicina. También al Departamento de Estadísticas Vitales del MSP cuya responsable es la Dra. Adriana Misa, quienes dieron acceso a las bases de datos utilizados en este trabajo.

A las orientadoras Dra. Valentina Colistro y Lic. Patricia Aguirrezábal por su gran disposición, apoyo y acompañamiento durante todo este proceso tan importante en nuestra formación.

Anexos

A1 - Formulario de solicitud de información

 Ministerio de SALUD	Dpto. de Estadísticas Vitales	FO-13320-001
	DIGESA- MSP Formulario de Solicitud de Información	Página 1 de

Fecha de solicitud:	
---------------------	--

1. Datos del Solicitante			
Nombre y Apellido			
Cédula de identidad			
Teléfono de contacto			
Correo electrónico			
Solicitud	Personal		Institucional
En caso de solicitud institucional, indique el nombre de la Institución			
2. Datos solicitados (detalle completo de las variables y año(s)) Especifique si son datos nominalizados o no nominalizados y fuente(s) (CNV; CD; SIP):			
3. Motivo de la solicitud (resumen del proyecto o protocolo):			