

Integración de los cuidados paliativos en la atención primaria de salud: estrategias para un enfoque integral

Integração dos Cuidados Paliativos à Atenção Primária à Saúde: estratégias para uma abordagem integral

Integrating Palliative Care into Primary Health Care: strategies for a comprehensive approach

 Isadora da Silveira Altério Resende¹,  Vitória Vitoriano da Costa¹,  Aline Teixeira Silva²
 Iácaro Santos Barbosa Oliveira³,  Amanda Aparecida Borges³,  Mateus Goulart Alves⁴

Recibido: 20/12/2024 Aprobado: 05/07/2025 Publicado: 10/09/2025

Resumen:

Objetivo: identificar publicaciones sobre cuidados paliativos en el ámbito de la atención primaria de salud. **Método:** revisión integradora en la que se seleccionaron artículos de las bases de datos PubMed, Elsevier y Biblioteca Virtual en Salud, analizados mediante la estrategia *Patient, Intervention, Comparison and Outcomes*, con la siguiente pregunta orientadora: “¿Qué estrategias pueden adoptarse para integrar los cuidados paliativos en la esencia de la atención primaria de salud?”. La búsqueda abarcó el período de 2009 a 2024 y se realizó entre julio y agosto de 2024. **Resultados:** de las 30.872 publicaciones iniciales, se seleccionaron 11 trabajos (de los cuales solo dos eran brasileños) cuyos resultados indican que la integración de los cuidados paliativos en la atención primaria mejora la calidad de vida de los pacientes, promueve una reducción significativa de las tasas de hospitalización, disminuye los costos financieros y aumenta la eficiencia de los profesionales de la salud. También se verificó que la heterogeneidad de la población global representa un desafío complejo, lo que impide la consolidación de un modelo eficaz, tanto en su viabilidad financiera como en su aplicabilidad en la formación profesional. En Brasil, donde, aunque la atención primaria de salud tiene una amplia cobertura y es un componente estratégico para la atención integral, los cuidados paliativos siguen estando al margen del sistema. Esta situación se debe a cuestiones como la laguna en la formación profesional, la limitada estructura de los equipos para este enfoque y la escasez de políticas públicas que garanticen su plena integración. **Conclusión:** la atención primaria de salud es un ámbito potente en Brasil, dada su cobertura; sin embargo, es necesario integrar los cuidados paliativos y fomentar más estudios sobre el tema.

Palabras clave: Cuidados paliativos; Atención Primaria de Salud; Muerte; Oncología Médica; Cuidado Terminal.

Resumo:

Objetivo: identificar publicações acerca de cuidados paliativos no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Método:** revisão integrativa em que foram selecionados artigos nas bases de dados PubMed, Elsevier e Biblioteca Virtual em Saúde, analisados por meio da estratégia *Patient, Intervention, Comparison e Outcomes*, com a seguinte questão norteadora: “Quais estratégias podem ser adotadas para integrar os cuidados paliativos na essência da atenção primária à saúde?”. A busca considerou o período de 2009 a 2024 e foi realizada entre julho e agosto de 2024. **Resultados:** das 30.872 publicações iniciais, foram selecionadas 11 produções (das quais apenas duas brasileiras) cujos resultados indicam que a integração dos cuidados paliativos na atenção primária melhora a qualidade de vida dos pacientes promove redução significativa nas taxas de internações, diminuição dos custos financeiros e maior eficiência dos profissionais de saúde. Verificou-se também que a heterogeneidade da população global representa um desafio complexo, o que impede a consolidação de um modelo efetivo, tanto em sua viabilidade financeira quanto em sua aplicabilidade na formação profissional. No Brasil, onde, embora a Atenção Primária à Saúde possua extensa cobertura e seja um componente estratégico para o cuidado integral, os Cuidados Paliativos ainda permanecem à margem do sistema. Esse cenário se deve a questões como a lacuna na formação profissional, limitada estrutura das equipes para essa abordagem e escassez de políticas públicas que garantam sua plena integração. **Conclusão:** a Atenção Primária à Saúde é um local potente no Brasil, dada a sua cobertura; no entanto, é preciso integrar os Cuidados Paliativos e fomentar mais estudos acerca do tema.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Atenção Primária à Saúde; Morte; Oncologia; Assistência terminal.

Abstract:

Objective: to identify publications on palliative care within Primary Health Care. **Methods:** an integrative review was conducted in which articles were selected from the PubMed, Elsevier, and Virtual Health Library databases. They were analyzed using the Patient, Intervention, Comparison, and Outcomes strategy, with the guiding question: “What strategies can be adopted to integrate palliative care into the core of primary health care?” The review was conducted between July and August 2024 and covers the period 2009–2024. **Results:** of the 30,872 initial publications, 11 (only two Brazilian) were selected, demonstrating that the integration of palliative care into primary care improves patient quality of life, significantly reduces hospitalization rates, lowers financial costs, and increases the efficiency of health professionals. The heterogeneity of the global population also poses a complex challenge, hindering the consolidation of an effective model, both in terms of financial viability and applicability in training. In Brazil, although Primary Health Care has extensive coverage and is a strategic location for comprehensive care, Palliative Care remains marginalized. This is due to issues such as gaps in professional training, limited team structure for this approach, and a lack of public policies to ensure its full integration. **Conclusion:** Primary Health Care is a powerful asset in Brazil given its coverage; however, it is necessary to include Palliative Care, as well as further studies on the topic.

Keywords: Palliative care; Primary Health Care; Death; Medical Oncology; Terminal care.

Autor Correspondiente: Mateus Goulart Alves – mateus.alves@uemg.br

1. Licenciatura en Medicina, Facultad Atenas. Passos/MG, Brasil

2. Licenciatura en Enfermería, Universidade do Estado de Minas Gerais, Unidad Académica de Passos. Passos/MG, Brasil

3. Licenciatura en Enfermería, Universidade do Estado de Minas Gerais, Unidad Académica de Passos y Licenciatura en Enfermería y Medicina, Facultad Atenas. Passos/MG, Brasil

4. Licenciatura en Enfermería y Medicina, Universidade do Estado de Minas Gerais, Unidad Académica de Passos y Licenciatura en Enfermería y Medicina, Facultad Atenas. Passos/MG, Brasil

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Cuidados Paliativos (CP) se definen como un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familiares ante la presencia de condiciones asociadas a enfermedades que amenazan la vida, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a partir de la detección precoz y el tratamiento de cuestiones físicas, sociales y espirituales. Los CP tienen el objetivo de reconocer las necesidades de los pacientes en una fase de empeoramiento gradual de la enfermedad. El enfoque busca atender a las necesidades del paciente de manera holística, abarcando las dimensiones prácticas, físicas y emocionales¹.

La Atención Primaria de Salud (APS) es el primer nivel de atención sanitaria y se caracteriza por un conjunto de acciones en el ámbito individual y colectivo que buscan la promoción y protección de la salud, previniendo enfermedades y desarrollando una atención integral. La APS, además de ser la ordenadora y el centro de comunicación con las Redes de Atención Sanitaria (RAS), es la principal puerta de entrada del Sistema Único de Salud (SUS), que tiene como principios la integralidad, la universalidad y la equidad. En este sistema, la APS organiza el flujo de los servicios en la red en todos los sectores, desde las Estrategias de Salud de la Familia (ESF) hasta las unidades de atención terciaria².

El Ministerio de Salud de Brasil establece como deber de los profesionales de la APS el seguimiento de los pacientes que reciben CP, destacando el cuidado longitudinal. Además, debido al vínculo establecido entre el equipo y el paciente, existe una mayor interacción entre ambos y una mayor facilidad para identificar las necesidades del enfermo. El equipo de la APS puede, asimismo, seleccionar a los pacientes aptos para recibir Atención Domiciliaria (AD), que se ofrece según la demanda individual con el apoyo de equipos multidisciplinares. El Programa Melhor em Casa, integrante de la red de AD, incluye acciones de CP y de cuidados realizados en el domicilio³.

La OMS publicó en 2018 una guía para la integración de los CP en la APS. En sus indicaciones, se enumeran acciones de educación permanente para enfermeros y médicos de 30-40 horas de nivel intermedio de profundización ofrecidas por las universidades. Los cuidadores y voluntarios recibirían cursos de 3-6 horas sobre las bases y fundamentos de la paliación, y los gestores un curso de 5-6 semanas como el “*Palliative Care Initiators Course*” ofrecido en Uganda. La guía resalta la importancia de las prácticas de salud pública, la integración del ámbito paliativo con los otros servicios de salud, las tareas de la APS en relación con el tema, la participación comunitaria y la asignación de tareas¹.

En Brasil, el aprovechamiento deficiente de los servicios públicos de salud es evidente en el día a día de la población. Los mayores desafíos observados entre 2001 y 2023 se deben a la escasez de recursos financieros y al mal uso de los mismos por parte de gestores incapacitados, el desvío de fondos, la corrupción, la fragmentación del servicio de salud, la baja remuneración de los profesionales del área y las malas condiciones del lugar de trabajo⁴.

En Brasil, se enfrentan múltiples desafíos para la consolidación plena del sistema de salud. Entre los principales obstáculos, destacan la insuficiente formación académica de los profesionales, la frágil comunicación entre el equipo asistencial, los pacientes y los familiares, la limitación en el acceso a medicamentos esenciales y la fragilidad de las políticas públicas dirigidas al área. Históricamente, la formación en Ciencias de la Salud en el país ha ofrecido un escaso enfoque estructurado sobre la paliación, transfiriendo al estudiante la responsabilidad de buscar conocimiento complementario por medios extracurriculares⁵.

Esta carencia de preparación profesional y de políticas públicas consistentes compromete directamente la calidad de la atención paliativa ofrecida. La orden ministerial nº 3.681, del 7 de mayo de 2024, creó la Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) en el ámbito del SUS. La nueva política establece directrices para la implementación progresiva de los CP en todas las esferas de atención, fortaleciendo las prácticas paliativas y la ampliación del acceso de la población a servicios cualificados. Con esta iniciativa, se observa un esfuerzo gubernamental reciente por estructurar y consolidar el cuidado paliativo como un componente esencial de la atención sanitaria en Brasil⁶.

El enfoque de los CP posibilita una menor sobrecarga de los servicios y una congruencia con el elemento crucial de la APS: la resolutividad. En este sentido, el presente estudio tuvo como objetivo identificar publicaciones sobre cuidados paliativos en el ámbito de la Atención Primaria de Salud.

MÉTODO

Se trata de una revisión integradora realizada conforme al método propuesto por Mendes, Silveira y Galvão⁷, que contempla seis etapas: elaboración de la pregunta de investigación, definición de los criterios de inclusión y exclusión, selección de la muestra, extracción de los datos, análisis crítico de los estudios incluidos y presentación de los resultados. La pregunta orientadora formulada fue: “*¿Qué estrategias se pueden adoptar para integrar los cuidados paliativos en la esencia de la APS?*”.

Se utilizó la estrategia *Patient, Intervention, Comparison and Outcomes* (PICO)⁸ para ayudar en la formulación de la pregunta que guio el tema de investigación. Los elementos se

definieron como: profesionales de la APS con dificultades en el manejo práctico, financiero o sociocultural de los pacientes en CP (P); implementación más efectiva de los CP en la APS mediante la adopción de modelos preestablecidos de educación o referentes al ámbito financiero (I); CP únicamente en servicios de salud con alta especialización o CP en la APS de forma ineficiente (C); una mejor calidad de vida del paciente y/o una reducción de la demanda de servicios especializados, con el fin de aliviar la sobrecarga (O).

Las búsquedas se realizaron entre julio y agosto de 2024 en las bases de datos PubMed, ScienceDirect (Elsevier), Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y en la plataforma de búsqueda en línea Google Scholar. Se utilizaron los descriptores controlados del DeCS/MeSH, combinados con los operadores booleanos: “*palliative care*” AND “*primary health care*” AND “*model health care*”.

Se incluyeron artículos originales publicados en los últimos 15 años, en los idiomas portugués, inglés y español, que respondieran a la pregunta orientadora. Se excluyeron revisiones, capítulos de libros, editoriales, artículos en otros idiomas o que no trataran directamente la temática propuesta. La selección fue realizada de forma independiente por todos los autores, y las discrepancias se resolvieron en reuniones con el grupo y el investigador orientador.

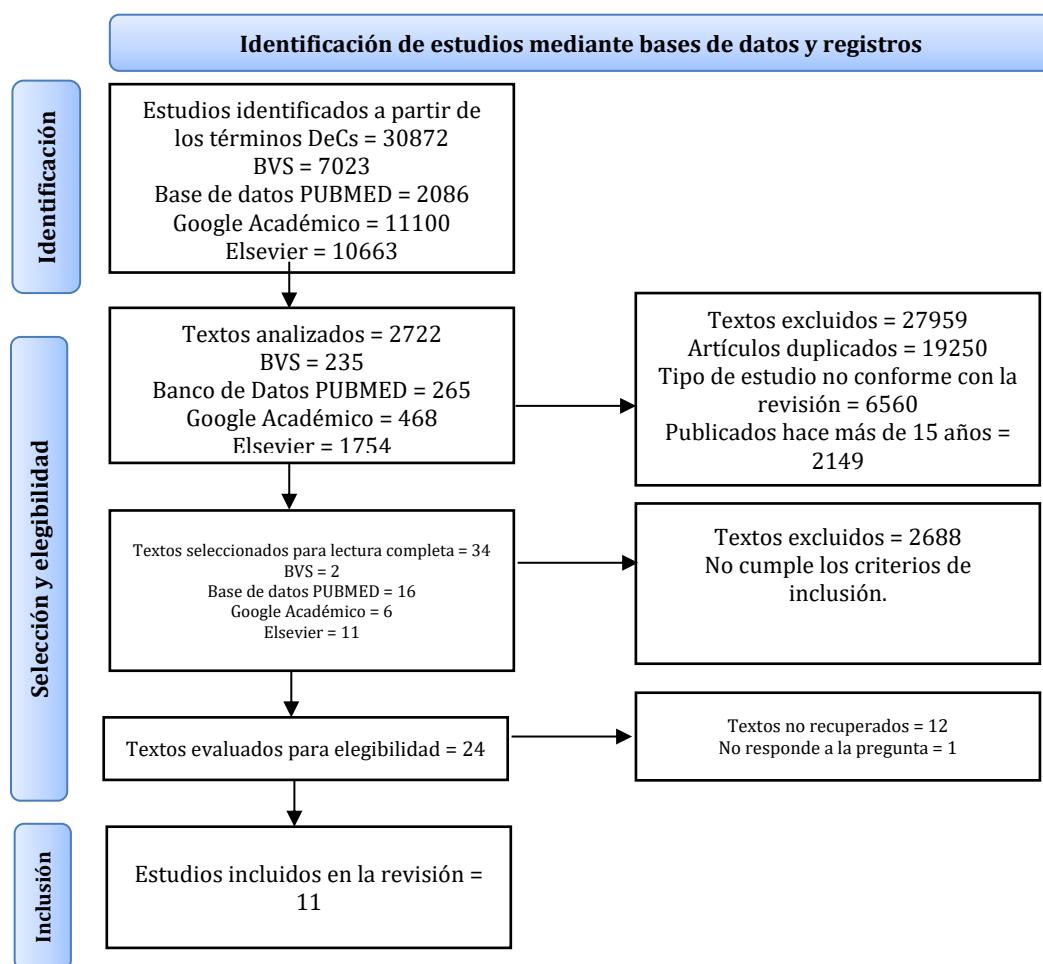
La extracción de los datos se realizó con la ayuda de una hoja de cálculo elaborada en Microsoft Excel, desarrollada específicamente para esta revisión. La hoja de cálculo contenía los siguientes campos: autor, año, país de publicación, tipo de estudio, población investigada, objetivo, intervenciones propuestas, principales resultados y recomendaciones. Este instrumento posibilitó la sistematización de la información y facilitó la etapa de análisis crítico y síntesis de los hallazgos.

El análisis de los datos se realizó mediante un enfoque cualitativo, utilizando la síntesis narrativa, en la cual los resultados se agruparon por similitud temática, permitiendo identificar las principales estrategias y modelos de integración de los cuidados paliativos en la APS. La selección de los estudios siguió las directrices de PRISMA¹⁰.

RESULTADOS

Inicialmente, se identificaron 30.872 publicaciones, de las cuales 2.487 artículos estaban relacionados con la temática del estudio. De estos, 33 fueron seleccionados para una revisión completa y la aplicación de los criterios de inclusión, considerándose finalmente 11 artículos. El diagrama de flujo del proceso de selección se representa en la Figura 1.

Figura 1. Diagrama de flujo para la inclusión de los artículos revisados, según la metodología PRISMA. Passos, MG, 2025.



El Cuadro 1 presenta los tipos de estudios: dos ensayos clínicos aleatorizados, dos estudios transversales, un estudio exploratorio, un estudio de cohorte, un trabajo multicéntrico, un estudio de cuatro fases, un relato de caso, un estudio retrospectivo observacional y un artículo de opinión, publicados entre 2013 y 2024. En cuanto a la nacionalidad de los artículos, se identificaron: dos brasileños, dos canadienses, un estadounidense, un iraní, un español, un indio, un árabe, un portugués y un noruego. Los principales aspectos evaluados fueron la eficacia de la implementación del modelo, la satisfacción del usuario (profesional, cuidador o paciente en CP), la reducción de la tasa de hospitalización y la reducción de costes (Cuadro 1).

Cuadro 1. Estudios primarios incluidos según: autor y año, revista, base de datos, objetivos, país de origen y metodología. Passos, MG, Brasil, 2025.

Autor/ año	Periódico	Base de datos	Objetivos	Origen	Metodología
Rao et al, 2024	J Pain Symptom	PubMed	Determinar si un modelo integrado y multicéntrico de cuidados paliativos, liderado	Estados Unidos	Estudio retrospectivo

11	Manage		por la atención primaria, mejora los resultados clínicos, de utilización y económicos.		observacional
Alizadeh et al, 2024 ¹²	Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing	Elsevier	Analizar si la integración temprana de los CP en los servicios de atención sanitaria a domicilio es esencial para que los pacientes oncológicos mejoren su calidad de vida y reduzcan sus costes sanitarios. Por lo tanto, el estudio tuvo como objetivo desarrollar un modelo de cuidados paliativos domiciliarios para pacientes con cáncer en Irán.	Irán	Estudio de 4 fases: revisión integrativa (1); estudio cualitativo de entrevistas semiestructuradas (2); integración de los resultados (3); estudio Delphi (4)
Pelayo-Alvarez et al, 2013 ¹³	J Palliat Med	PubMed	Probar la eficacia de una herramienta de enseñanza en línea sobre cuidados paliativos para médicos de atención primaria a través de los impactos en el control de los síntomas, la calidad de vida y los conocimientos adquiridos en 18 meses.	España	Ensayo clínico aleatorizado
Atreya et al, 2019 ¹⁴	J Family Med Prim Care	Google Scholar	Buscar llenar la brecha entre el especialista hospitalario y el médico de familia y de comunidad mediante la implementación del modelo centrado en el paciente en la APS, llegando así a pacientes que vivían lejos de la atención especializada.	India	Estudio original exploratorio
Howard et al, 2019 ¹⁵	J Palliat Med	Google Scholar	Examinar si el uso de diferentes modelos de atención de la APS está asociado con el final de la vida y sus resultados.	Canadá	Estudio de cohorte retrospectivo
Alshammary et al, 2020 ¹⁶	Cureus	PubMed	Evaluuar el resultado de la integración de los servicios de CP en la atención primaria de salud y evaluar la satisfacción de los pacientes con los servicios prestados por la APS.	Arabia Saudita	Estudio transversal
Matthew et al, 2023 ¹⁷	BMC Palliative Care	PubMed	Explorar cualitativamente las experiencias de los equipos de atención primaria de salud en Ontario, Canadá, que participaron en la prueba piloto de CAPACITI, con el fin de comprender los factores que ayudaron o dificultaron a los equipos participantes en la aplicación de los componentes en la práctica.	Canadá	Ensayo clínico aleatorizado
Corrêa et al, 2017 ¹⁸	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	Google Scholar	Presentar el proceso de identificación de pacientes de CP en un equipo de la ESF en Brasil.	Brasil	Estudio transversal
Junges et al, 2022 ¹⁹	Revista de Políticas Públicas	Google Scholar	Discutir el caso de una paciente con cronicidad grave y afecciones incapacitantes atendida en una unidad de salud en el municipio de la región metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, como candidata a recibir CP en la APS.	Brasil	Informe de caso
Gouveia et al, 2023 ²⁰	Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar	Google Scholar	Analizar el método ACERTAR, acrónimo que reúne los siete objetivos (y las intervenciones derivadas) de la prestación de cuidados domiciliarios: Evaluar; Comunicar; Empoderar; Revisar/Reducir; Tratar; Anticipar y Referir.	Portugal	Artículo de opinión y debate
Kittang et al, 2024 ²¹	BMC Health Services Research	PubMed	Describir el impacto de la pandemia del coronavirus en una residencia de ancianos y sus repercusiones en las personas mayores que necesitaban CP a nivel primario.	Noruega	Estudio retrospectivo observacional

El Cuadro 2 presenta los profesionales analizados, la intervención realizada y los principales resultados encontrados. Se demostró que los CP en la APS por equipos multidisciplinarios eran esenciales: diversas especialidades médicas, así como enfermeros, asistentes sociales y políticos. En relación con los pacientes considerados aptos para recibir CP en APS, los estudios destacaron a los pacientes oncológicos, de edad avanzada y con enfermedades crónicas.

Los principales resultados observados en general en los trabajos seleccionados fueron: la posibilidad de fallecer en el domicilio, menos hospitalizaciones, menores gastos, mayor satisfacción de los usuarios, mayor conocimiento por parte de los profesionales y una mayor integración de la atención.

Cuadro 2. Estudios primarios incluidos, según autor y año, profesionales analizados, pacientes analizados, intervención y principales resultados.

Passos, MG, Brasil, 2025.

Autor y año	Profesionales analizados	Pacientes analizados	Intervención	Principales resultados
Rao et al, 2024 ¹¹	Profesionales de APS del oeste de Nueva York (n = 47), Ohio Central (n = 258), noreste de Ohio (n = 89), oeste de Pensilvania (n = 46), sureste de Ohio (n = 30) y noroeste de Ohio (n = 67). Se incluyeron médicos, enfermeros y trabajadores sociales.	Beneficiarios del programa Medicare fallecidos entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de enero de 2023 (n=889).	Se establecieron ocho grupos en seis comunidades que contaban con veinte o más pacientes en cuidados paliativos. Todos recibieron formación. Los grupos tuvieron la flexibilidad de elegir entre asociarse con una agencia local especializada en cuidados paliativos o formar un grupo con profesionales especializados en este ámbito. El modelo del estudio buscaba priorizar un menor gasto financiero por parte de los pacientes (Value Based Care Chassis).	Los CP centrados en la APS mostraron una mejora en la calidad de vida de los pacientes. Se enumeraron en una combinación entre los grupos: 5,4 días más en casa ($P < 0,001$), un 40% menos de hospitalizaciones ($p < 0,001$), un 17% menos de muertes en hospitales ($p < 0,001$) y una reducción de 10.393 dólares en los costes generales por paciente ($p < 0,001$).
Alizadeh et al, 2024 ¹²	Fase 1: no aplicable. Fase 2: 2 oncólogos, 1 médico especialista en cuidados paliativos, 1 médico generalista, 7 enfermeras, 1 psicólogo, 1 fisioterapeuta, 1 asistente social, 1 especialista en cuestiones religiosas, 3 gestores, 3 profesores del curso de Enfermería. Fase 3: 2 profesores especializados en enfermería oncológica y salud comunitaria, y 2 gestores políticos de salud del MOHME (Ministerio de Salud y Educación Médica) especializados en cáncer CP y 1 estudiante de doctorado en Enfermería especializado en Enfermería médico-quirúrgica. Fase 4: de los 23 especialistas en CP, solo 12 permanecieron en el estudio (1 médico paliativista, 1 oncólogo, 1 gestor, 1 director de un centro de atención domiciliaria, 4 profesores y 4 enfermeros).	Fase 1: no aplicable. Fase 2: 10 pacientes oncológicos y 7 cuidadores (familiares o no). Fase 3: no aplicable. Fase 4: no aplicable.	Fase 1: revisión integradora de 12 artículos con el objetivo de identificar las barreras de los CP en el hogar. Fase 2: entrevistas semiestructuradas realizadas en 20-60 minutos. Análisis de datos basado en el método de Hsieh y Shannon a través de la guía de la OMS con el software MAXQDA-10. Fase 3: integración de los datos con reevaluación realizada por especialistas. Fase 4: estudio Delphi para determinar la importancia de los indicadores y crear el borrador inicial del modelo y validarla.	Fase 1: se encontraron 52 indicadores divididos en 7 pilares (elaboración de políticas = 11, financiación de la atención sanitaria = 5, prestación de servicios = 12, desarrollo de la fuerza laboral = 11, acceso a medicamentos = 5, información e investigación = 6 e indicadores de cuestiones éticas y legales = 2). Fase 2: se obtuvieron 546 códigos, 22 subcategorías y se extrajeron 8 pilares. La diferencia con respecto a la fase 1 fue la incorporación del pilar "empoderamiento familiar". Fase 3: se obtuvieron 118 indicadores en 8 pilares de estudio para la preparación del cuestionario de la siguiente fase. Fase 4: El modelo fue aprobado tras 4 reajustes con la inclusión del "enfoque en el principio de integralidad" y la adición del "desarrollo de un programa de seguimiento para los profesionales ambulatorios de CP". Los ocho pilares finales fueron las cuestiones éticas y legales, la elaboración de políticas, los recursos financieros, la prestación de servicios, el desarrollo de la fuerza de trabajo, la información y la investigación, el acceso a los medicamentos y el empoderamiento familiar. Todos estos pilares deben contemplarse para lograr un modelo de PC eficaz y sin lagunas en cuanto al nivel de atención contemplado.

Pelayo-Alvarez et al, 2013 ¹³	169 médicos de 17 regiones sanitarias de España.	117 pacientes con cáncer avanzado bajo CP.	<p>Los médicos se dividieron en un grupo de intervención ($n = 85$) y un grupo de control ($n = 84$). El grupo de intervención recibió un curso en línea de 96 horas sobre CP, y el 86,6% ($n = 71$) completó el curso. El grupo de control recibió opcionalmente un curso presencial de 20 horas, que el 13,4% ($n = 11$) decidió realizar.</p> <p>Los pacientes se dividieron entre los médicos que recibieron el curso en línea y entre los que recibieron el curso presencial o no recibieron ningún curso. El grupo de intervención contó con 63 pacientes y el de control con 54.</p> <p>El control de los síntomas se analizó mediante el Brief Pain Inventory (BPI) y la Palliative Care Outcome Scale (POS), ambos respondidos por los pacientes. El cuestionario de los profesionales incluía el estado de rendimiento del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG).</p> <p>La calidad de vida se analizó mediante la Rotterdam Symptom Checklist (RSCL).</p> <p>La satisfacción del cuidador se midió mediante el SERVQUAL, que analizaba los aspectos tangibles, la fiabilidad del tratamiento/cuidado, la seguridad, la capacidad de respuesta y la empatía.</p> <p>Los conocimientos de los médicos se analizaron mediante un cuestionario al final de los 18 meses.</p>	<p>De los 169 médicos del análisis, solo 67 atendieron, en conjunto, a 117 pacientes. Los otros 78 afirmaron no haber atendido a pacientes en CP.</p> <p>El grupo de intervención tuvo sus escalas de dolor, síntomas y ansiedad familiar reducidas en comparación con el grupo de control. ($p=0,039$).</p> <p>No se observó un cambio significativo en la calidad de vida entre los grupos.</p> <p>La satisfacción del cuidador no presentó diferencias significativas.</p> <p>Los conocimientos de los médicos se midieron mediante un cuestionario con una puntuación máxima de 33, que mostró una diferencia significativa entre los grupos de intervención y control que recibieron la formación presencial ($p = 0,0001$) y los que no la recibieron ($p = 0,0018$).</p>
Atreya et al, 2019 ¹⁴	165 médicos de familia o que trabajan en la APS de Calcuta.	No aplicable.	Estudio exploratorio con el objetivo de comprender los facilitadores y retos de los CP integrados en la APS a través del Modelo de CP Primarios Integrados.	100 de los 165 médicos completaron la encuesta. En cuanto a las barreras, se observó que el 62% había atendido a un paciente paliativo en el último año y el 34% se sentía seguro a la hora de proporcionar los cuidados paliativos necesarios. La falta de confianza se asoció con la falta de conocimientos (32%), la falta de confianza en sí mismos (34%), la falta de recursos (67%), la falta de tiempo (89%) y la deficiente comunicación del hospital de origen del paciente (87%). En cuanto a los facilitadores, el 46% de los médicos estaría dispuesto a ofrecer apoyo a los pacientes en CP, el 21% a discutir el plan de cuidados con el paciente y la familia, el 32% intentó prepararse para cuidar a pacientes en CP a través de Internet y el 75% está dispuesto a recibir formación sobre CP primarios.
Howard et	Se analizaron tres grupos de	194.112 pacientes	Se analizaron los historiales médicos de los últimos	El 62,7% de los fallecidos tuvieron más contacto con un

al, 2019 ¹⁵	médicos en Ontario, Canadá. El primero estaba compuesto por médicos de familia y generalistas, el segundo por médicos paliativistas y el tercero por otros médicos especialistas.	fallecidos que recibieron CP, divididos en tres grupos: captación (n = 98.578), FFS (fee-for-service, tarifa por servicio) mejorado (n = 64.913) y FFS tradicional (n = 30.621).	seis meses de vida de pacientes en cuidados paliativos entre abril de 2010 y marzo de 2013 en Ontario. Los datos obtenidos se analizaron de acuerdo con el modelo de remuneración adoptado por la institución con el fin de obtener en sus resultados un menor costo y menores tasas de hospitalización. Para ello, se analizaron el gasto total del paciente, los servicios prestados, la participación de los profesionales, la realización de visitas domiciliarias y el lugar de fallecimiento del paciente. Se utilizó el software SAS 9.3 para todos los análisis.	especialista que con el médico de familia y de comunidad al final de sus vidas. El 22,5% de los pacientes recibieron la visita del médico de familia antes de fallecer y el 1,1% la de un especialista. Dentro de los modelos de remuneración, los que realizaron más visitas domiciliarias fueron los del modelo FFS mejorado (23,3%), seguidos por el modelo de captación (22,9%) y el FFS tradicional (19,5%). La participación de un médico paliativista fue mayor en el FFS mejorado (41,5%). El coste total por paciente en el modelo FFS mejorado fue de 38.905 dólares canadienses, en el modelo de captación fue de 36.229 y en el tradicional de 36.752. Los pacientes del modelo FFS mejorado eran más propensos a fallecer en instituciones que los del modelo de captación ($p = 0,02$).
Alshammary et al, 2020 ¹⁶	Médicos de familia que trabajan en la APS del distrito de Riad, Arabia Saudí, y que recibieron formación durante tres meses.	110 participantes entre pacientes y cuidadores (7:3) que tenían demanda de CP a nivel de APS.	Los cuestionarios fueron respondidos únicamente por los pacientes y cuidadores, y las preguntas se respondieron en una escala Likert. Los datos se analizaron con el software SAS.	En términos generales, la valoración global de satisfacción fue del 88%. El tiempo de espera obtuvo una valoración de satisfacción extrema del 83%, satisfacción del 9% e insatisfacción del 1%. En cuanto a la divulgación adecuada de la información, el 89% se mostró extremadamente satisfecho o satisfecho, el 4% se mostró neutral y nadie tuvo quejas sobre la información recibida. En cuanto a la dignidad del paciente, el 96% se sentía extremadamente satisfecho con la forma en que fue tratado. En la evaluación de los PC generales, el 84% se consideraba extremadamente satisfecho, el 3% satisfecho y solo 1 paciente insatisfecho.
Matthew et al, 2023 ¹⁷	Participantes de CAPACITI (159): médico (n=39); enfermera titulada (n=29); enfermeros practicantes (n=28); administrador (n=27); trabajador social (n=15); farmacéutico (n=7); enfermera practicante registrada (n=7); dietista (n=4); otros (n=3).	No aplicable.	Equipos de salud de Ontario, Canadá, invitados a participar en CAPACITI, ofrecido de forma gratuita. En esta implementación inicial, se llevaron a cabo sesiones virtuales a través de la aplicación Zoom Video Communications en 10 módulos facilitadores. Cada sesión tenía un tema central, como la mejora de las habilidades de comunicación, la identificación y evaluación tempranas, la formación de equipos y la participación de cuidadores expertos. En todas las sesiones se incluyeron apoyo educativo, herramientas basadas en la evidencia y formación y facilitación para el	El programa educativo multicéntrico en cuestión (CAPACITI) fue diseñado para desarrollar la capacidad de CP dentro de los equipos de atención primaria. Con un enfoque facilitado para la traducción del conocimiento, ayudó a los equipos de atención primaria a desarrollar los principios para aplicar un enfoque paliativo a la atención.

			apoyo de los profesionales.	
Corrêa et al, 2017 ¹⁸	Profesionales de un equipo de APS de la ciudad de Rio Grande (RS).	38 pacientes.	Proyecto Estar ao Seu Lado [Estar a tu Lado], que se centra en los cuidados primarios con un enfoque en el desarrollo de cuidadores comunitarios junto con equipos de atención primaria. Con el fin de identificar a los pacientes que necesitan atención primaria, el proceso de identificación se llevó a cabo 1) utilizando el sistema de trabajo de un Equipo de Estrategia de Salud Familiar y los principios de la atención primaria y 2) aplicando el SPICT, una herramienta para ayudar a identificar a los pacientes que podrían beneficiarse de la atención primaria.	Al final del período de 12 meses, se identificaron 38 personas con necesidades paliativas de una población total de 3000 (1,2% de la población de la práctica). De ellas, el 58% (n = 22) eran mujeres, el 63% (n = 24) tenían más de 65 años y el 74,7% (n = 28) declararon ser de raza blanca. Los diagnósticos principales más frecuentes fueron cáncer (39,5%), enfermedad psiquiátrica (18,4%), enfermedad cardiovascular (15,8%), debilidad (10,5%), demencia (10,5%) y enfermedad respiratoria (7,9%). La multimorbilidad fue mayor en pacientes mayores de 65 años (prueba t, p = 0,009), con una mediana de cuatro enfermedades. Las patologías más prevalentes entre los que padecían multimorbilidad fueron enfermedad cardiovascular (73,7%), enfermedad psiquiátrica (65,8%), cáncer (50%), fragilidad (39,5%), diabetes mellitus (31,6%) y enfermedades respiratorias. La aplicación de la herramienta resultó práctica y viable en el contexto en el que se insertó.
Junges et al, 2022 ¹⁹	Profesionales sanitarios de la APS responsables de los CP de la paciente en cuestión en el caso relatado.	Paciente diabética y con insuficiencia renal crónica.	En el caso de la paciente que presenta fragilidad mental, solo la atención considerada erróneamente esencial para la salud, como el tratamiento farmacológico para la diabetes y la hemodiálisis para la afección renal, el equipo de salud observó la necesidad de una intervención más profunda. La paciente necesitaba atención con tecnologías médicas ligeras porque el foco de su necesidad dejó de ser la cura para convertirse en el alivio y la calidad de vida mediante el suministro de la información adecuada y el diálogo sobre los deseos de la paciente en ese momento de su vida.	Los CP en la APS pueden proporcionar una mayor calidad de vida a los pacientes con secuelas graves de la enfermedad crónica que padecen y facilitar la conversación sobre el proceso de morir, si el paciente así lo desea. Las diversas facetas de la atención requieren una combinación de capacitación profesional para reconocer el momento de introducir los cuidados paliativos, acompañamiento psicológico y espiritual, junto con el seguimiento clínico. El análisis del uso de tecnologías ligeras en combinación con tecnologías ligeras-duras es esencial para el mejor enfoque de los cuidados paliativos en la APS.
Gouveia et al, 2023 ²⁰	Médico de familia y enfermero de familia de Portugal.	No aplicable.	La dificultad para prestar servicios en el ámbito de los cuidados paliativos es evidente debido a la ausencia de normas y modelos que orienten a los profesionales de la atención primaria. Para resolver este problema, se propuso el uso del método ACERTAR, un acrónimo que sirve de guía para estructurar de forma práctica la metodología de aplicación de los cuidados paliativos por parte del profesional en una visita domiciliaria. El acróstico	El seguimiento del paciente por parte del médico o enfermero de familia de la APS es de extrema importancia, aún más en el ámbito paliativo. El método de intervención guía al profesional en la prestación de cuidados paliativos, divulgando y difundiendo los conocimientos necesarios para atender a los pacientes sin sufrimiento evitable.

			enumera los siete objetivos de la prestación de CP: A: evaluar las necesidades del paciente y sus allegados; C: comunicarse de manera eficaz con los participantes; E: empoderar a los involucrados; R: revertir y/o reducir con intervenciones terapéuticas adecuadas; T: tratar los síntomas presentes y prever los probables; A: anticipar mediante un plan de cuidados eficaz; R: derivar en casos y situaciones pertinentes.	
Kittang et al, 2024 ²¹	Ala de enfermería de 23 residencias públicas y 11 privadas del municipio de Bergen, Noruega.	257 pacientes con COVID-19 tratados en la sala de enfermería, todos diagnosticados mediante RT-PCR para SARS-CoV-2. Se evaluaron según su fragilidad actual, que variaba de 1 (muy apto) a 9 (enfermo terminal). Ochenta y cinco pacientes (33,1%) fueron trasladados desde el hospital, mientras que los 172 restantes procedían de residencias de ancianos (n = 149), servicios domiciliarios (n = 10) o sus propios domicilios (n = 13). Diez pacientes (3,9%) fueron hospitalizados con insuficiencia respiratoria grave por COVID-19 o sepsis por infección respiratoria.	Los médicos y enfermeros utilizaron el método "Livets Siste Dager/Los últimos días de vida", el reglamento noruego para hospitales y unidades primarias, desarrollado por Liverpool Care Pathway. La planificación anticipada del CP se llevó a cabo en el 95,3% de los pacientes y 29 fallecieron con alivio de la sintomatología y la terapia, con una clasificación de fragilidad inferior a 7 (moderadamente frágiles).	Con la planificación anticipada de la CP para las personas mayores afectadas por la infección por COVID-19 (n = 90%), se redujo la mortalidad aún en la fase inicial de la pandemia. El cuidado con la evaluación sistemática de la intensidad adecuada del tratamiento individual para cada paciente y la CP para los que la necesitan.

DISCUSIÓN

La eficacia de la integración de los CP fue señalada en todos los estudios incluidos, ya sea por factores socioeconómicos, por la mejora de la calidad de vida del paciente terminal o por el conocimiento médico obtenido a través de la intervención, destacando los beneficios de esta fusión y, sobre todo, subrayando que los CP no deben restringirse a los niveles de atención secundaria y terciaria^{11,21}.

Desde el punto de vista financiero, el estudio estadounidense evidenció un modelo que permitía una mayor flexibilidad basado en el *Value Based Healthcare* (VHBC) -Salud Basada en el Valor-, en el cual los profesionales sanitarios son remunerados según la calidad del servicio y no la cantidad de procedimientos⁹. Además, la posibilidad de una mayor flexibilidad y autonomía por parte de los integrantes de la APS para seleccionar una terapéutica más individualizada promovió un menor coste ($p<0,001$) y una menor tasa de fallecimientos durante las hospitalizaciones ($p<0,001$), favoreciendo el fallecimiento del paciente rodeado de sus seres queridos en el entorno familiar¹¹.

En la investigación norteamericana se observó una considerable reducción de los costes de los cuidados (diferencia de -\$10.393 del grupo de tratamiento respecto al grupo de control), una reducción de las hospitalizaciones globales (intervalo de confianza, IC = -0,49, -0,25), una disminución de los días en la UCI (-0,6), una disminución del porcentaje de fallecimientos en hospitales (-17% con IC = -0,20, -0,13), además de un aumento de los días pasados en casa (+5,42 con IC = 3,67, 7,18)¹¹.

Sin embargo, a diferencia del modelo brasileño, en el que la APS es mayoritariamente pública y de acceso universal a través del SUS, el sistema de atención primaria en Estados Unidos es predominantemente privado, con un acceso frecuentemente condicionado a la cobertura de seguros de salud²².

De manera complementaria, otro estudio señala que en 16 de los 21 trabajos analizados, se constata que el coste de los CP domiciliarios disminuyó significativamente los costes del servicio y las tasas de hospitalización²³. Asociada a esto, otra investigación aborda la temática con cuestiones legislativas sobre los CP que carecen de políticas públicas para su debida y eficaz implementación consolidada en el escenario de la APS²⁴.

Desde otra perspectiva económica, esta vez canadiense, se analizaron tres métodos diferentes de remuneración para los profesionales que ofrecían CP domiciliarios: (1) capitación, (2) pago por servicio y (3) pago por servicio mejorado. No obstante, la investigación demuestra la preferencia de los pacientes por recibir cuidados domiciliarios de especialistas en comparación con el Médico de Familia y Comunidad (MFC). Un total del 62,7% tuvo más

contacto con el especialista que con el MFC, lo que puede explicarse por la falta de conocimiento de un generalista en las prácticas de CP, ya que dichos cuidados no se exigen en la mayoría de los planes de estudio¹⁵.

En cuanto a los modelos financieros, el mayor ahorro se observó en el modelo de capitación, con un total de 36.229 dólares canadienses por paciente. El modelo de pago por servicio mejorado registró un mayor índice de fallecimientos en instituciones en comparación con el modelo de capitación ($p=0,02$). Por tanto, el modelo de capitación resultó ser el más económico, al contar con una remuneración fija según el número de pacientes atendidos¹⁵. Además, el modelo de capitación y el de pago por servicio no presentan diferencias significativas en la calidad del cuidado cuando se aplican fuera del contexto paliativo²⁵.

En cuanto al análisis de una mejor calidad de vida, se observaron considerables beneficios con la correcta aplicación de los CP a los pacientes en su etapa final. Los estudios aportaron muestras significativas en los siguientes ámbitos: proceso de alivio de síntomas, ayuda y apoyo familiar en el afrontamiento del duelo y observación holística de los individuos implicados, ya sea el paciente directamente o terceros, como los familiares^{16,19,21}. De manera análoga, una revisión centrada en la dinámica de los CP domiciliarios demuestra que los cuidados prestados en el hogar del paciente son más económicos y permiten un enfoque centrado en el paciente. Estos datos aclaran la relevancia de los CP en el aumento de la calidad al final de la vida de los pacientes y sus familiares²⁶.

En algunos de los artículos extraídos y seleccionados, se evidencia una ampliación del conocimiento médico y una mayor confianza al ejercer los CP en los pacientes de la APS. Este avance en el saber se debió, mayoritariamente, a la aplicación de cursos, cuestionarios, talleres y capacitaciones eficientes para la posterior inserción práctica en el día a día del profesional cualificado como proveedor de servicios a los pacientes al final de sus vidas. Algunos trabajos evidencian métodos eficaces para la difusión de los CP entre los profesionales que se enfrentan a la fase terminal de sus pacientes en el transcurso de su carrera profesional^{13,14,17,18,20}.

Este objetivo se alcanzaría mediante la implementación de estrategias, como la descrita por Gouveia et al., que sintetizó las principales acciones a tomar por el equipo de APS para sistematizar las visitas domiciliarias, con los puntos clave a debatir con el paciente y sus familiares, empoderando al enfermo y a sus cuidadores para que participen activamente en la toma de decisiones²⁰.

Esta actuación se basa en el método ACERTAR, un acróstico que define las metas a alcanzar por el equipo de APS durante la visita al enfermo en CP, y que engloba: Evaluación de las necesidades paliativas de forma holística; Comunicación clara del diagnóstico y sus

dificultades, ajustando las expectativas familiares y la voluntad del paciente; Empoderamiento del enfermo, permitiéndole ejercer su autonomía y aclarando sus dudas; Tratar y medicar los síntomas presentes; Anticipar los principales acontecimientos probables con el avance de la enfermedad, discutiendo las preferencias del paciente sobre su muerte; y, finalmente, Referir a otros servicios en escenarios de difícil gestión domiciliaria y de la APS²⁰.

En Portugal, con el uso del método ACERTAR, el sistema de salud se basa en el Servicio Nacional de Salud (SNS), que, al igual que el SUS en Brasil, ofrece una atención universal y gratuita en todas las fases de la atención sanitaria²⁷.

Un estudio realizado en Arabia Saudí busca reflejar la importancia del interés del profesional por adquirir nuevos conocimientos para facilitar la práctica en las Ciencias de la Salud. La adhesión, ligeramente expresiva, de profesionales cuidadores del área oncológica tuvo un 75,4% de respuesta y participación en un taller sobre CP, cuyo objetivo era ayudar en el desarrollo de un modelo de cuidados para pacientes con enfermedades que acortan la vida en ese país¹⁶.

En Brasil, se observan fragilidades similares, destacando las políticas públicas frágiles y poco efectivas que garantizan un proceso de muerte con dignidad. Brasil, un país con una gran extensión territorial, cuenta con solo 198 centros de servicio de CP (0,94 por millón de habitantes), siendo uno de los peores países para morir, ocupando la 79^a posición²⁴. Por otro lado, en 2022 había en Brasil 48.161 Unidades Básicas de Salud (UBS), que logran atender a una media de 564.234 personas al día²⁸.

El modelo iraní propone la organización de los CP en la atención primaria en ocho pilares —cuestiones éticas y legales, elaboración de políticas, recursos financieros, prestación de servicios, desarrollo de la fuerza de trabajo, información e investigación, acceso a medicamentos y empoderamiento familiar— que guardan una notable correspondencia con los principios y atributos establecidos por el SUS en Brasil, presentes en la APS del país^{12,24,29}.

Las cuestiones éticas y legales refuerzan los valores de universalidad y equidad, garantizando un acceso justo e igualitario a los cuidados de salud. La elaboración de políticas dirige la coordinación del cuidado, favoreciendo la integración y continuidad de los servicios. La disponibilidad de recursos financieros sostiene el acceso regular a los servicios sanitarios, mientras que la prestación de servicios asegura la integralidad y la longitudinalidad de la atención. El desarrollo de la fuerza de trabajo contribuye a la competencia cultural y a la orientación comunitaria, permitiendo intervenciones sensibles a las necesidades locales. La información y la investigación, a su vez, viabilizan la planificación estratégica y la evaluación continua de las prácticas de salud^{12,24,29}.

La APS en Brasil desempeña un papel fundamental en el cuidado de las personas a lo largo de la vida. Organizada como puerta de entrada del SUS, está presente en los territorios, cerca de las comunidades y de las realidades locales. A través de la ESF, la APS se ha fortalecido como una forma de cuidar que valora el vínculo, la escucha y el acompañamiento continuo, siendo una pieza clave en la promoción de la salud y en el afrontamiento de las desigualdades³⁰.

A pesar de las desigualdades regionales y sociales del país, el SUS continúa siendo un sistema público y universal, con una estructura capaz de integrar los cuidados paliativos en la APS. La presencia continua de los equipos en los territorios favorece el reconocimiento precoz de las necesidades paliativas y un cuidado cercano y humanizado³¹. Así, insertar los cuidados paliativos en la APS significa garantizar la dignidad, el alivio del sufrimiento y un acompañamiento integral. Al estar junto a las personas en todas las fases de la vida —incluida la final—, la APS se convierte en un espacio esencial para ofrecer un cuidado que respeta la historia, los valores y la singularidad de cada individuo³².

Además, el acceso a medicamentos refuerza la integralidad y la equidad del cuidado, mientras que el empoderamiento familiar fomenta la orientación familiar y comunitaria, fortaleciendo el vínculo entre pacientes, familias y profesionales. De este modo, los pilares propuestos por el estudio iraní se alinean con los atributos esenciales y derivados de la APS, destacando la importancia de la integración entre los Cuidados Paliativos y la Atención Primaria para una atención más amplia, equitativa y humanizada^{12, 24, 28}.

CONCLUSIÓN

Los CP presentan numerosas barreras en su desarrollo, ya sea en su contexto, enseñanza o aplicación: la idea de “curación”, la falta de disponibilidad de profesionales interesados en el área y pacientes poco informados sobre sus condiciones e inconscientes de sus pronósticos.

Asimismo, la falta de un plan de estudios que contemple la temática en la formación de los cursos de Salud dificulta la ejecución del manejo en pacientes paliativos. Del mismo modo, los órganos competentes deben actuar en el desarrollo y gestión de políticas públicas que aborden el problema de manera eficiente.

En síntesis, los CP en la APS buscan una disminución de los días de hospitalización, la reducción de sufrimientos potencialmente evitables y la promoción de una humanización durante el proceso de fin de vida de los pacientes y sus familiares de una forma más individualizada. Sin embargo, existen pocos estudios brasileños sobre este tema y sus desafíos, como la carencia de políticas públicas, la falta de profesionales interesados y la capacitación de los mismos.

Por lo tanto, la necesidad de nuevos estudios es imprescindible para abordar el tema en un espectro más amplio que permita una mejor evaluación de su eficacia en Brasil.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado el 17 jun 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf?sequence=1>
2. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [citado el 17 jun 2024]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
3. Ministério da Saúde (Brasil). Linhas de Cuidado. Cuidados paliativos na unidade de atenção primária [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [citado el 17 jun 2024]. Disponible en: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/cancer-de-mama/unidade-de-atencao-primaria/acompanhamento/cuidados-paliativos-aps>
4. Cancian M, Cavalcante WT, Pinho ST. Desafios na gestão pública no processo de gestão em saúde: uma revisão de literatura. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences [Internet]. 2023 [citado el 2 jul 2024]; 5(4):2697-715. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n4p2697-2715>
5. Sabino SA, Souza FRC, Moreira ACCG. Cuidados paliativos: desafios para a prática no Brasil. Cuadernos De Educación Y Desarrollo [Internet]. 2024 [citado el 2 jul 2024]; 16(2 N Esp):1-11. DOI: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n2-ed.esp.022>
6. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2024 [citado el 28 abr 2025]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html
7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2008 [citado el 14 mayo 2025]; 17(4):758-64. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
8. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2007 [citado el 2 jul 2024]; 15(3):508-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
9. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs. [Internet]. 2005 [citado el 2 mayo 2025]; 52(5):546-53. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
10. Moher D, Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLoS Med. [Internet]. 2009 [citado el 2 jul 2024]; 6(7):e1000097. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

11. Rao K, Anderson GF, Lin GA, Berwick DM, Greer PJ, Leff B, et al. Effects of primary care-led, integrated palliative care for Medicare patients in a value-based model. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2024 [citado el 2 jul 2024]; 67(3):195-203. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsympman.2023.11.006>
12. Alizadeh Z, Rohani C, Rassouli M, Ilkhani M, Hazrati M. Bridging the gap and developing a home-based palliative care model for cancer patients. *Asia-Pac J Oncol Nurs.* [Internet]. 2024 [citado el 2 jul 2024]; 11(11):100583. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2024.100583>
13. Pelayo-Alvarez M, Perez-Hoyos S, Agra-Varela Y. Clinical effectiveness of online training in palliative care of primary care physicians. *J Palliat Med.* [Internet]. 2013 [citado el 2 jul 2024]; 16(10):1188-95. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0005>
14. Atreya S, Patil C, Kumar R. Integrated primary palliative care model: facilitators and challenges of primary care/family physicians providing community-based palliative care. *J Family Med Prim Care* [Internet]. 2019 [citado el 2 jul 2024]; 8(9):2877-81. DOI: https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_653_19
15. Howard M, Bernard C, Tan A, Slaven M, Klein D, Barwich D, et al. Barriers to and enablers of advance care planning with patients in primary care. *Can Fam Physician* [Internet]. 2018 [citado el 8 jul 2024]; 64(4):e190-e198. Disponible en: <https://www.cfp.ca/content/cfp/64/4/e190.full-text.pdf>
16. Alshammary SA, Duraisamy BP, Salem L, Altamimi A. Integration of palliative care into primary health care: model of care experience. *Cureus* [Internet]. 2020 [citado el 8 jul 2024]; 12(6):e8866. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.8866>
17. Matthew M, Wright DK, You JJ, Dhaliwal S, Neves K, Herbert R, et al. Implementing palliative care education into primary care practice: a qualitative case study of the CAPACITI pilot program. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2023 [citado el 8 jul 2024]; 22:143. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01265-7>
18. Corrêa SR, Mazuko C, Mitchell G, Pastrana T, Lima L, Murray S. Identificando pacientes para cuidados paliativos na atenção primária no Brasil: experiência do Projeto Estar ao Seu Lado. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2017 [citado el 12 jul 2024]; 12(39):1-8. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1507](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1507)
19. Junges JR, Schaefer R, Lopes PPS, Nied C, Weber S. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: discussão de um caso. *Sanare (Sobral, Online)* [Internet]. 2022 [citado el 8 jul 2024]; 21(2). DOI: <https://doi.org/10.36925/sanare.v21i2.1661>
20. Gouveia MF, Reis-Pina P. A atuação do médico de família e os cuidados paliativos: o método ACERTAR. *Rev Port Med Geral Fam.* [Internet]. 2023 [citado el 8 jul 2024]; 39(1):84-90. DOI: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v39i1.13255>
21. Kittang BR, Kumar S, Myrmel GB, Rosland JH. Clinical characteristics, treatment, and outcomes for elderly patients in a dedicated Covid-19 ward at a primary health care facility in western Norway: a

- retrospective observational study. BMC Health Serv Res. [Internet]. 2024 [citado el 5 sep 2025]; 24(1). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11539-2>
22. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press; 2011.
23. Luta X, Maurer J, Puhan MA, Fehr R. Evidence on the economic value of end-of-life and palliative care interventions: a narrative review of reviews. BMC Palliat Care [Internet]. 2021 [citado el 5 sep 2025]; 20(89). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00782-7>
24. Rodrigues LF, Silva JFM, Cabrera M. Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2022 [citado el 5 sep 2025]; 38(9):e00130222. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT130222>
25. Tummalapalli SL, Taylor DH, Carey TS, Robinson JC. Capitated versus fee-for-service reimbursement and quality of care for chronic disease: a US cross-sectional analysis. BMC Health Serv Res. [Internet]. 2022 [citado el 02 jul 2024]; 22(19). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07313-3>
26. Roberts B, Robertson M, Ojukwu EI, Wu DS. Home based palliative care: known benefits and future directions. Curr Geriatr Rep. [Internet]. 2021 [citado el 24 jul 2024]; 10:141-7. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13670-021-00372-8>
27. Nunes AM. O serviço nacional de saúde português: caracterização, classificação e perspectivas. Rev Gest Sist Saúde [Internet]. 2020 [citado el 24 jul 2025]; 9(3):499-516. DOI: <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i3.18541>
28. Ministério da Saúde (Brasil). Saúde explica. Atenção Primária e Atenção Especializada: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2022 [citado el 23 jul 2025]. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>
29. Presidência da República (Brasil). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 1990 [citado el 24 sep 2025]. Disponible en: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080,%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.%20Disp%C3%B5e
30. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Saúde debate [Internet]. 2018 [citado el 24 jul 2025]; 42(1):208-23. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>
31. Pinto LF, Giovanella L, Mendonça MH. A construção do SUS e o fortalecimento da atenção primária à saúde como base do sistema. Ciênc Saúde Colet. [Internet]. 2018 [citado el 24 jul 2025]; 23(6):1829-36. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05392018>

32. Santos DS, Nascimento VF, Barreto JOM, Silva IR. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: revisão integrativa. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2021 [citado el 24 jul 2025]; 74(2):e20200293. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0293>

Editor Asociado: Vania Del Arco Paschoal

Conflicto de intereses: los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

Financiación: no hubo

Contribuciones:

Conceptualización – Alves MG, Costa VV, Resende ISA

Investigación – Alves MG, Costa VV, Resende ISA

Redacción - primera redacción – Alves MG, Borges AA, Costa VV, Resende ISA, Silva AT, Oliveira ISB

Redacción - revisión y edición – Alves MG, Borges AA, Costa VV, Resende ISA, Silva AT, Oliveira ISB

Como citar este artículo (Vancouver)

Resende ISA, Costa VV, Silva AT, Oliveira ISB, Borges AA, Alves MG. Integración de los cuidados paliativos en la atención primaria de salud: estrategias para un enfoque integral. Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc. [Internet]. 2025 [citado el *insertar el día, mes y año de acceso*]; 13:e025017. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v13i00.8201>

Como citar este artículo (ABNT)

RESENDE, I. S. A.; COSTA, V. V.; SILVA, A. T.; OLIVEIRA, I. S. B.; BORGES, A. A.; ALVES, M. G. Integración de los cuidados paliativos en la atención primaria de salud: estrategias para un enfoque integral.

Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, Uberaba, MG, v. 13, e025017, 2025. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v13i00.8201>. Acceso el: *insertar el día, mes y año de acceso*.

Como citar este artículo (APA)

Resende, I. S. A., Costa, V. V., Silva, A. T., Oliveira, I. S. B., Borges, A. A., & Alves, M. G. (2025). Integración de los cuidados paliativos en la atención primaria de salud: estrategias para un enfoque integral. Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc., 13, e025017. Recuperado el: *insertar el día, mes y año de acceso* de <https://doi.org/10.18554/refacs.v13i00.8201>



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons