

White Paper for Global Palliative Care Advocacy: Recommendations from a PAL-LIFE Expert Advisory Group of the Pontifical Academy for Life, Vatican City

전 지구적 차원의 완화의료 옹호를 위한 백서: 교황청 생명학술원 주관 PAL-LIFE 전문가문위원회 권고사항

^{1,2}Carlos Centeno, MD, PhD ^{1,3}Thomas Sitte, MD, PhD ^{1,4}Liliana de Lima, MHA ^{1,5}Sami Alsirafy, MBBCh, MSc, MD, DipPallMe ^{1,6}Eduardo Bruera, MD, FAAHPM ^{1,4}Mary Callaway, MME ^{1,7}Kathleen Foley, MD ^{1,8}Emmanuel Luyirika, MD ^{1,9}Daniela Mosoiu, MD, PhD ^{1,4}Katherine Pettus, PhD ^{1,10}Christina Puchalski, MD, MS, FACP, FAAHPM ^{1,11}M.R. Rajagopal, MD ^{1,12}Julianna(Jinsun) Yong, PhD, RN, SOLPH ^{1,2}Eduardo Garralda, MA, ¹³John Y. Rhee, MPH ¹⁴Nunziata Comoretto, MD, PhD

¹PAL-LIFE Project—pontifical Academy for Life, International Advisory Group for Global Palliative Care Advocacy, Vatican City.

²ATLANTES Research Programme, Institute for Culture and Society, University of Navarra, Pamplona, Spain.

³Deutsche PalliativStiftung, Fulda, Germany.

⁴International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC), Houston, Texas.

⁵Palliative Medicine Unit, Kasr Al-Ainy School of Medicine, Cairo University, Cairo, Egypt.

⁶Department of Palliative Medicine and Supportive Care, UT MD Anderson Cancer Center, Houston, Texas.

⁷Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, New York.

⁸African Palliative Care Association, Kampala, Uganda.

⁹Casa Sperantei, Transylvania University, Brasov, Romania.

¹⁰The George Washington University' Institute for Spirituality and Health (GWish), Washington, DC.

¹¹WHO Collaborating Centre for Training and Policy on Access to Pain Relief, Pallium India, Trivandrum, Kerala, India.

¹²The Catholic University of Korea (CUK), Seoul, Korea.

¹³Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, New York.

¹⁴Pontifical Academy for Life, Vatican City.

초록(Abstract)

배경: 교황청립 생명학술원(PAV)은 생명윤리 관련 문제들에 대한 가톨릭교회의 가르침을 증진시키고자 하는 교황청립 학술 기구이다. PAV는 다양한 신앙을 고백하는 완화의료 전문가들을 세계 곳곳에서 초대해, 완화의료의 전 지구적 발전을 위한 전략적인 권고사항들을 작성하도록 했다.

설계: 완화医료를 옹호하는 13명의 전문가들은 온라인 Delphi 과정에 참여했다. 전문가들은 연이어 진행된 1-4 라운드에 참여해, 가장 중요한 이해관계자(stakeholder) 그룹을 명시하고 각 그룹을 위한 권고사항들을 제안했다. 각 라운드는 이전 라운드에 대한 피드백을 포함했으며, 가장 중요한 권고사항들이 무엇인지에 대한 합의가 이루어질 때까지 토의가 이어졌다. 마지막 단계에서는 전문위원회가 13점 척도를 이용해 이해관계자 그룹들의 중요도에 따른 순위를 정했다. 이후 각 권고사항들을 시행하기 위한 제안사항들이 제시되었다. 이해관계자 그룹들이 완화의료 발전에 있어 지닌 중요도는 차이를 보였고, 군집 분석은 상이한 중요도에 따라 이해관계자 그룹들을 분류하였다.

결과: 1 라운드에서는 13개의 이해관계자 그룹과 43개의 권고사항들이 제시되었다. 그중 13개의 권고사항들이 가장 중요한 것으로 선정되었고, 각 이해관계자 그룹 앞에 1개의 권고사항이 제시되었다. 이해관계자 그룹 중 5개의 그룹은 보다 높은 점수를 배정 받았다. 이 5개의 그룹을 위한 권고사항은 다음과 같다. (1) 정책입안자: 완화의료에 대한 보편 접근권을 보장할 것. (2) 학계: 학부생들에게 완화의료 관련 수업들을 필수과목으로 제공할 것. (3) 보건의로 실무자: 완화의료 전문가에 적합한 인증을 받을 것. (4) 병원 및 보건의로 센터: 모든 보건의로 센터에 완화의료 약제를 보급할 것. (5) 완화의료 협회: 완화医료를 옹호하고, 정부와 협력해 국제정책 체제를 시행할 것. 본 글은 다른 8개의 이해관계자 그룹을 위한 권고사항도 함께 제시한다.

논의: 본 백서는 합의회의 절차를 통해 마련된 PAV의 입장표명서로, 전 세계적 차원에서 완화의료를 발전시킬 옹호 전략들을 담고 있다.

키워드: 옹호, 발전, 지구적, 완화의료, 입장표명서

배경(Background)

매년 2천5백50만 명의 인구가 ‘심각한 건강 관련 고통’ (SHS: Serious Health-related Suffering)을 겪으며 사망하고 있다. 이러한 SHS는 삶을 제한하거나 위협하는 질환과 연관되어 있는데, 추가의 3천5백만 명의 인구는 그러한 질환과 SHS를 가지고 살아간다. 그럼에도 대다수의 세계 인구는 적절한 치료, 돌봄, 사회적 지지를 여전히 받지 못하고 있다.

완화의료는 환자와 그 가족들에게 신체적, 심리사회적, 영적 돌봄을 제공함으로써 이러한 SHS를 완화하고자 한다. 완화의료는 기술적인 측면에 자주 치중하게 되는 현대적 의학 모델을, 보다 전인적인 인격중심 돌봄 모델로 전환시킨다. 이로써 완화의료는 “총체적 고통”을 완화하게 된다.

충족되지 않은 완화의료 요구를 지닌 인구는 해마다 2천 6백80만 명에 도달한다. 다른 자료에 따르면 매해 4천만 명이 충족되지 않은 요구를 지녔으며, 61천만 명이 SHS를 앓고 있다. 다양한 자료들은 완화의료 공급이 그 수요보다 부족함을 나타내며, 사람들이 완화의료에 대한 접근권을 얻지 못하는 것을 전 세계적으로 중요한 보건 분야의 불평등 이슈로 강조하고 있다.

나아가, 비전염성질환 (NCD)의 부담률도 전 세계적으로 증가하고 있다. NCD는 전체 사망원인 중 70%를 차지하며, 성인의 완화의료 요구 중 93%가 NCD로 인한 것으로 나타난다. 세계 인구의 완화의료 요구 중 80%는 저소득·중소득 국가에서 발생한다. 세계 인구는 또한 노화되어 가고 있다. 이에 따라 NCD 발병률도 증가하고 있으며, 건강을 악화시키는 그밖의 다른 만성질환과 감염질환도 늘어나고 있다. 이것은, 전지구적 차원에서 완화의료 공급의 필요성이 증가하고 있음을 드러낸다. 실제로 연구 자료는 2040년에 이르러 완화의료를 필요로 하는 인구 비율이 25-47% 정도 증가할 것으로 예측한다.

세계 곳곳에 있는 보건 기구들 역시 이렇게 증가하고 있는 요구들을 인식하고 있다. 최근에 세계보건기구(WHO)는 제13회 General Program of Work를 승인하여, “세계 대부분의 지역에서 완화의료 서비스가 제한되었으며, 수 천만 명의 환자와 그 가족들이 피할 수 있는 고통을 겪고 있다”고 인정했다. 나아가, 전지구적 완화의료 옹호 운동을 발전시키고 지원하기 위한 전 지구적 완화의료에 관련된 몇몇 권고사항을 제시하였다. 연구에 따르면 이 같은 움직임 이후 완화의료가 점진적으로 발전했음을 확인할 수 있지만, 여전히 수요는 공급보다 훨씬 높은 수준이다. 또한, 완화의료 발전은 평등하게 이루어지지 않아, 몇몇 국가들은 지난 몇 세기 동안 거의 아무런 발전을 보이지 못했다.

가톨릭교회에서는 완화의료를 상처받기 쉬운 사람들을 돌보기 위한 방법으로 높이 평가하고 있다. 이러한 생각은 가톨릭교회가 가르치는 교리에도 잘 반영되어 있다. 즉 “완화의료(역주: 국문 교리서에는 ‘진통제를 쓰는 치료’로 나와 있으나, 영문 교리서 에서 ‘Palliative Care’를 가리킴)는 사심 없는 사랑의 행위이고, 따라서 이 치료 행위는 장려되어야 한다” (가톨릭교회교리서 제2279항)고 했다. 최근에는 프란치스코 교황도 보건 전문가들에게 완화의료에 대한 울림 있는 말을 전한 바 있다. “저는 학생들과 전문가들이 완화의료와 같은 도움을 주는 일의 전문가가 되도록 장려합니다. 완화의료가 목숨을 살리지 못한다고 해서 가치가 없다고 생각해서는 안 됩니다. 완화의료는 그와 동일하게 중요한 일을 달성하기 때문입니다. 완화의료는 인간을 가치 있게 만듭니다.”

교황청 생명학술원(PAV)은 바티칸의 학술 기구로서, 인간 생명을 증진시키고 의료윤리 및 관련 주제들을 연구하는 일에 헌신하고 있다. 2017년에 PAV는 “완화의료의 전 지구적 발전 및 확산을 위한 국제자문위원회” (“PAL-LIFE”)를 구성하여, 가톨릭교회가 전 지구적 차원에서 지속적인 완화의료 발전을 도울 수 있는 방안에 대해 자문하고자 했다. 본 백서는 완화의료에 대한 PAV의 입장표명서로서, 지역 정부, 보건의료 기관, 의료현장에서의 리더, 신앙 공동체들의 옹호 활동에 사용될 자료로 마련되었다.

설계(Design)

총 13명의 완화의료 전문가들로 구성된 자문위원회는 여러 회의와 토의를 거쳐, 주요 이해관계자 그룹을 위한 권고사항 목록에 합의하였다. 이 과정을 통해 자문위원회는 각각의 권고사항과 이해관계자 그룹의 중요도에 따라 순위를 정했다. 이 작업은, 권고사항들을 시행하기 위한 제안사항들을 제시하는 작업으로 이루어졌다. 본 연구는 스페인 University of Navarra의 임상연구윤리위원회의 승인을 받았다.

전문가 선발 및 프로젝트의 정의

전문가 그룹의 구성원은 다양한 지역과 전문 배경을 고려하여 균형있게 선정되었다. 이 그룹은 연구소, 국제 또는 지역 완화의료 기관에서 일하는 임상 실무자, 윤리학자, 보건실무자로 구성되었다. 구성원들은 다양한 신앙을 지녔다. 첫 단계로, 생명학술원(PAV)은 완화의료 옹호 및 발전에 있어 전문성을 지닌 3명의 전문가를 선정했다. 이어서 최소 2명의 동료 전문가들의 추천을 통한 스노우볼 샘플링 절차로 추가 전문가들을 모집하여, 완화의료 옹호 전문가로 알려진 13명의 “임시위원회”를 구성했다. 몇몇 구성원들의 제안에 따라, 선발 과정의 마지막 단계에서 2명이 추가되었다. 표 1은 임시위원회 구성원들을 나열한다.

구성원들 간의 첫 대면 회의는 2017년 3월에 로마에서 개최되었다. 첫 회의의 목적은 임시위원회가 제시할 주요 권고사항을 작성할 전략과 방법론을 정의하는 것이었다. 임시위원회는 본 과정을 완화의료 옹호를 위한 입장표명서가 될 백서를 작성하는 프로젝트로 기획하였고, 그 안에 여러 이해관계자 그룹을 위한 권고사항들을 담기로 결정했다. 그리하여 이해관계자들이 각 나라와 지역에서 완화의료 발전을 위해 무엇을 할 수 있을지를 안내하는 것이 임시위원회의 목적으로 설정되었다.

임시위원회는 본 프로젝트를 수행하는 데 있어 완화의료에 대한 WHO의 정의를 사용했다. 또한, 완화医료를 위한 WHO의 공중보건 전략 틀을 채택하여 사용했다.

이해관계자 그룹 명시하기

라운드 1에서는 권고사항의 대상으로 가장 적절한 주요 이해관계자 그룹을 명시하도록 요청하는 이메일이 임시위원회 구성원들에게 전달되었다. 이해관계자 그룹 선정에는 각 그룹이 국가 및 지역 차원에서 완화의료 발전을 증진시킬 능력을 얼마나 지녔는지가 고려되었다. 이해관계자들은 보건의료나 사회 분야와 관련된 그룹이었다.

임시위원회는 델파이 합의 절차를 통해 이해관계자 명단을 확장시켰다. 임시위원회는 최초 명단에 새로운 이해관계자 그룹을 추가하고, 그 그룹을 다시 정정하여, 최종적으로 총 13 그룹을 선정했다. 임시위원회 구성원은 각자의 전문 분야에 따라 1개의 이해관계자 그룹을 배정받았다. 표 2는 임시위원회가 명시한 이해관계자 그룹을 나열한다.

권고사항들을 위한 합의회의

라운드 2에서 각 구성원들은 자신이 배정받은 이해관계자 그룹에 알맞은 권고사항을 2-3개 제시하도록 요청하는 이메일을 받았다. 이에 각 구성원은 자신의 권고사항들과 그에 따른 근거를 영문 200글자 내로 작성하여 제출했다. 권고사항들은 각 구성원이 전문가로서 쌓아온 경험과 학문적 작업을 바탕으로 작성되었다. 그리하여 각 이해관계자 그룹에게 가장 적합한 권고사항들이 제시되도록 하였다.

라운드 3에서는 온라인 설문 도구 (<http://es.surveymonkey.com>)를 통해 모든 권고사항들이 임시위원회 위원들에게 공유되었다. 위원들은 리커트척도 (1 = “전혀 중요하지 않다,” 5 = “매우 중요하다”)를 이용해 권고사항들의 중요도를 평가했다. 이후 각 권고사항의 평균 점수가 측정되었다.

이에 따른 결과는 PAV가 2018년 3월에 로마에서 주최한 완화의료 회의에서 최초로 발표되었다. 회의에 이어 임시위원회는 다른 전문가들도 포함된 대면 회의를 통해 권고사항들에 대해 논의했다. 이 회의에서 임시위원회는 권고사항들을 철저히 검토하여 문서를 다듬었고, 권고사항들의 시행을 위한 제안들도 함께 논의했다.

라운드 4에서 임시위원회 위원 12명은 자신들이 기존에 부여한 평가 점수들을 재검토하고, 완화의료 발전에 중요하다고 생각하는 바에 따라 이해관계자 그룹의 우선순위를 다시 책정했다. 이 우선순위는 13점 척도를 이용해 측정되었고, 각 전문가가 정한 순위가 각 이해관계자 그룹의 점수가 되었다. 따라서 가장 낮은 순위는 1점, 가장 높은 순위는 13점이었다. 이어서 예비 K-평균 군집분석을 통해 이해관계자들을 완화의료 발전 중요도에 따라 분류하였다. 라운드 4의 마지막 단계로, 임시위원회는 각 권고사항을 시행하기 위한 제안사항들을 제시했다.

표1. PAL-LIFE 임시위원회 구성원

이름	직책/기관	도시	국가
Alsirafy, Samy	Head of Palliative Medicine Unit / Kasr Al-Ainy School of Medicine, Cairo University	카이로	이집트
Bruera, Eduardo	Chair / Dep. of Palliative Medicine & Supportive Care, UT MD Anderson Cancer Center	휴스턴	미국
Callaway, Mary V	Board of Directors / International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC)	휴스턴	미국
Centeno, Carlos	Director / ATLANTES Research Group, University of Navarra	팜플로나	스페인
De Lima, Liliana	Executive Director / International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC)	휴스턴	미국
Foley, Kathleen M.	Attending Neurologist Emeritus / Memorial Sloan Kettering Cancer Center	뉴욕	미국
Luyirika, Emmanuel	Executive Director / African Palliative Care Association (APCA)	캄팔라	우간다
Mosoiu, Daniela	Director / Casa Sperantei Associate Professor /Transylvania University	브라쇼브	로마니아
Pettus, Katherine	Advocacy Officer / International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC)	휴스턴	미국
Puchalski, Christina	Director / The George Washington University's Institute for Spirituality and Health (GWish) Professor of Medicine / GWU	워싱턴 D.C.	미국
Rajagopal, M.R.	Director / Pallium India, WHO Collaborating Centre for Training & Policy on Access to Pain Relief	트리반드룸	인도
Sitte, Thomas Yong, Jin-Sun (Julianna)	CEO / Deutsche PalliativStiftung Director / The Catholic University of Korea (CUK) WHO Collaborating Centre for Training in Hospice & Palliative Care Professor of Nursing / CUK	폴다 서울	독일 대한민국

표 2. 이해관계자 그룹 순위

이해관계자(Stakeholder) 그룹	점수	그룹 K-평균
정책입안자	122	103.4
대학 (학계)	111	
보건의료 실무자	103	
병원 및 보건의료 센터	92	
완화의료 협회	89	
국제 기구	71	52.4
대중매체	69	
자선단체 및 자선기금	62	
제약회사 및 관련 당국	59	
환자 및 환자 단체	53	
영적 돌봄 전문가	50	
비완화의료 전문 협회	29	
약사	26	

권고사항들에 대한 교황청 생명학술원(PAV)의 승인 및 결과 발표

각 이해관계자 그룹을 위한 권고사항들은 수정을 거쳐 임시위원회의 합의 절차를 통과했다. 이후 교황청 생명학술원(PAV) 이사회의 승인을 받았다. 승인된 권고사항들은 2018년 6월에 열린 PAV 정기총회 때 PAV의 공식 입장 및 PAL-LIFE의 권고문으로서 발표되었다.

본 글에서 저자들은 1-5순위 권고사항 (“제1차”) 및 그 시행을 위한 구체적인 제안들을 함께 제시한다. 나머지 8가지 권고사항은 “제2차” 중재로서 제시될 것이다. 모든 권고사항은 설명, 근거, 근거자료와 함께 제시된다. 임시위원회에서 논의되었으나, 그 중요도에 있어 가장 높은 점수대에 포함되지 못한 권고사항들은 PAV 홈페이지에 게시된 보고서에서 찾아볼 수 있다 (www.academyforlife.va).

결과(Results)

라운드 1에서는 13개의 이해관계자 그룹과 43개의 권고사항이 제시되었다. 그중 13개의 권고사항이 가장 중요한 것으로 선정되어 본 연구에 포함되었다. 권고사항들은 각 이해관계자 그룹에 해당된다. 30개의 추가 권고사항은 PAV 홈페이지에서 찾아볼 수 있다.

표 2는 이해관계자 그룹을 나열하고, 순위배정 과정을 통해 각 그룹이 부여받은 총 점수(1-156점)를 나타낸다. K-평균 군집분석은 이해관계자 그룹 순위배정의 결과에 두 가지 층이 존재함을 나타냈다. 즉, 5개 그룹은 K-평균 103.4에 근접한 높은 점수를 받았고, 9개 그룹은 K-평균 52.4에 근접한 낮은 점수를 받았다.

제1차 이해관계자 그룹은 다음과 같다. (1) 정부에서 일하는 정책입안자. (2) 학계 및 대학. (3) 보건의료 실무자. (4) 병원 및 보건의료 센터. (5) 완화의료 전문가 협회. 제1차 이해관계자 그룹을 위한 권고사항 및 시행을 위한 제안들은 표 3에서 찾아볼 수 있다. 제2차 이해관계자 그룹은 다음과 같다. (6) 국제 기구. (7) 대중매체. (8) 자선단체 및 자선기금. (9) 제약회사 및 관련 당국. (10) 환자 및 환자 단체. (11) 영적 돌봄 전문가. (12) 비완화의료 전문 협회 및 단체. (13) 약사. 제2차 그룹에 대한 권고사항들은 표 4에 제시된다.

제1차 이해관계자 그룹에 대한 완화의료 옹호를 위한 성찰

정책입안자. 암, 울혈성 심부전, 만성폐쇄성폐질환, HIV/AIDS와 같은 만성적인 진행성 질환을 앓는 환자들은 사망 직전까지 매우 심각한 신체적, 심리사회적, 영적 증상들을 경험한다. 연구근거는 완화의료 환자들의 이러한 고통을 대체로 감소시키는 데 유익하며, 환자의 가족들이 겪는 심리사회적, 영적, 실존적 고뇌도 감소에도 유익하다는 것을 잘 나타낸다.

연구근거는 완화의료 이 같은 장점을 갖는 동시에, 전체 돌봄 비용 또한 감소시킨다는 점을 잘 드러낸다. 비용 절감은 질환에 초점을 둔 불필요한 검사와 치료를 방지함으로써 주로 이루어진다. 완화의료는 급성치료 병원과 중환자실 입원률을 감소시킴으로써 비용을 절감시키기도 한다. 이러한 이익과 비용의 균형은 완화의료 보건의료에서 높은 가치를 갖게 한다. 이익을 가져다주는 동시에 비용을 절감하는 완화의료의 효과가 이미 검증되었기 때문이다.

학계 및 대학. 유엔 경제적·사회적·문화적 권리 위원회(CESCR)는 회원국들이 완화의료에 대한 보편적 접근권을 보장하도록 요구한다. 이 의무는 보건의료 전문가들이 적합한 교육 수준을 충족시킬 것을 요구하기도 한다. 따라서 WHO는 회원국들이 모든 의과대학 및 간호대학의 전문 학부과정에 기초 완화의료 교육을 통합하도록 촉구한다. 유엔 회원국들의 정부와 대학들은, WHO가 제시한 원리들에 입각하여 보건의료 실무자들에게 적합한 교육을 제공할 국제법적 의무를 가지고 있는 것이다.

연구에 따르면, 이른 시기 때부터 의과대학 학부생들에게 지속적으로 완화의료 교육을 제공하는 것은, 학생들이 긍정적인 태도를 갖게 하고, 완화의료에 대한 그들의 만족감을 향상시킨다. 연구근거에 따르면, 간호대학 학부생들이 완화의료 교육을 교육과정의 필수 요소로 간주한다. 나아가, 그들은 완화의료 교육이 자신들의 인격적, 전문적 개발에 긍정적으로 기여한다고 생각한다.

미래의 보건의료 실무자들을 양성하는 모든 학부 교육과정에 완화의료 관련 과목들을 완전하게 통합시키는 일은, 국제법적 의무이자 근거에 기반한 효과적인 교육 전략이다.

보건의료 실무자. WHO는 모든 학부 교육과정에 기초 완화의료 교육을 통합시키는 것 외에도, 삶을 위협하는 질환을 앓는 환자들을 일상적으로 마주하는 모든 보건의료 실무자들에게 중급 완화의료 교육을 제공할 것을 촉구한다. 그

리하여 실무자들이 모든 보건의로 환경에 완화의료를 완전히 통합시키게 하는 것이 WHO의 목적이다. WHO는 특히 지역사회 보건의로 환경에서 이것이 이루어지기를 강조하며, 진행성 질환의 모든 단계에 완화의료가 통합될 것을 강조한다. 회원국들은 또한 전문적으로 완화의료 실무에 임할 보건의로 전문가들에게 전문가 교육을 제공할 의무를 지닌다. 즉, 보건의로 실무자들은 자신의 실무에 따른 적합한 인증을 받아야 하며, 이를 위해 표준 인증절차에서 요구되는 역량들을 습득해야 한다. 전문가 교육은 완화의료 전문의 역할이 아직 제도화되지 않은 환경에서 더욱 중요해진다.

병원 및 보건의로 센터. 현대 의학이 갈수록 기술에 초점을 두면서, 안타깝게도 의학은 사람을 무시하고 질병에만 집중하는 경향을 갖게 되었다. 이에 따라 건강과 관련된 고통 또한 자주 등한시되고 있다.

치료가 무익한 상황에서도 질병을 치료하기 위한 끈임없는 시도들은 신체적, 사회적, 정신적 고통을 야기할 뿐 아니라, 재정적 어려움과 영적 고뇌를 추가적으로 악화시킨다. 이에 2015년 3월 5일에 프란치스코 교황은 교황청생명학술원(PAV) 정기총회 참석자들에게 다음과 같이 말한 바 있다. “완화의료를 필요로 하는 모든 이들에게 완화의료가 전해질 수 있도록 보장해주는 과학적, 문화적 노력들이 있었으면 좋겠습니다. 저는 학생들과 전문가들이 완화의료와 같은 도움을 주는 일의 전문가가 되도록 장려합니다. 완화의료가 목숨을 살리지 못한다고 해서 가치가 없다고 생각해서는 안 됩니다. 완화의료는 그와 동일하게 중요한 일을 달성하기 때문입니다. 완화의료는 인간을 가치 있게 만듭니다.”

세계보건총회의는 중대한 결의문인 2014년 결의문에서, 모든 회원국들이 1차, 2차, 3차 보건의료의 전체 돌봄 과정에 완화의료를 통합시키도록 촉구했다. 즉, 환자의 건강과 관련된 고통이 시작되는 그 순간부터 사망의 순간까지, 더 나아가 유가족을 위한 사별지까지 포함한 돌봄의 모든 차원에 완화의료를 통합시켜야 한다는 것이다.

완화의료 전문가 협회. 완화의료를 필요로 하는 환자일수록 여러 질환들이 서로 중첩되는 상태를 겪는 경우가 많다. 이런 환자들은 집에서 지낼 수도 있고, 장기 돌봄 시설, 요양원, 병원 등에서 지낼 수도 있다. 환자들에게 전인적인 서비스를 제공하는 일은 다학제 팀을 필요로 한다. 다학제 팀은 국립 및 공공 보건 체계 안에서 일할 수도 있고, 교회나 비영리 부문에서 일할 수도 있다.

이 같은 다학제 팀은 환자와 그 가족의 요구에 기반하여 중재를 계획해야 한다. 이것은 환자가 성인이든 소아이든 동일하게 적용된다. 다학제 팀 구성원들은 기술과 지식을 향상시키기 위해 완화의료 전문가 협회들의 지침과 권고사항에 의지하게 된다. 이러한 협회들은 자주 정부, 다른 시민 단체, 후원회, 완화의료 옹호자 등과 협력하여 역량 개발, 서비스 제공, 연구 네트워크를 마련하고자 한다. 이것들이 마련된다면, 현대 보건의료 체계에서 서비스를 받지 못하는 취약한 지역사회에까지 도달할 수 있는 체제를 구축할 수 있다.

표3. 제1차 이해관계자 그룹을 위한 권고사항 및 시행을 위한 제안사항

순위	제1차 이해관계자 그룹을 위한 권고사항 및 시행을 위한 제안사항
1	<p>정책입안자: 정책입안자들은 완화의료가 지닌 사회적, 윤리적 가치를 인식하여, 기존 보건의료 체계, 정책, 결과 측정 방법을 개선해야 한다. 그리하여 완화의료를 필요로 하는 모든 환자들이 완화의료에 대한 보편적 접근권을 지닐 수 있게 보장해야 한다. 나아가, 환자들이 자연스럽게 돌봄의 여러 단계를 지나들며 돌봄을 받을 수 있도록 통합된 보건 체계를 마련해야 한다. 그리하여 복합적인 문제를 지닌 환자들은 필요에 따라 2차 또는 3차 병원에 의뢰되고, 가능하면 가정 돌봄을 받을 수 있어야 한다.</p> <p>시행을 위한 제안사항:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 국가 단체들을 완화의료 옹호 활동에 개입시킨다. • 지역 정책입안자들과 함께 완화의료 접근권을 기본 인권으로 옹호한다. • 인격중심 돌봄, 예방의학, 건강증진 등과 같은 운동과 옹호 활동을 연계한다. • 불필요한 고통, 정부의 윤리적 책임 등에 초점을 둔 대중인식 운동을 마련한다. • 완화의료를 국가 NCD 계획 및 전략의 요소로 포함시킨다.
2	<p>학계 및 대학: 보건의료 관련 분야 학위를 부여하는 모든 교육 기관들은 완화의료 과목들을 학부 교육과정의 필수과목으로 포함시켜야 한다.</p>

	<p>시행을 위한 제안사항:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 완화의료교육을 의무화하는 국가법에 동의한다. • 팀기반 학제 간 완화의료에 대한 표준 교육과정을 개발한다. • 1차 돌봄 차원의 이론적, 실무적 요소들을 통합한 완화의료 교육과정을 개발한다. • 임상실무 경험과 교수자격을 지닌 교수진이 완화医료를 가르치게 한다. • 정부 보건의료 교육 예산에서 완화의료 교육 프로그램을 지원 받는다. • 완화의료 과목이 없을 경우, 완화의료 전문가들의 초청강의를 통해 수요를 높인다. • 유럽의 EAPC 권고사항들을 채택하고 시행하여 의과대학 및 간호대학 학부 교육과정에 완화医료를 포함시키고, 라틴아메리카 국가의 경우 Initiation for System Transformation(ITES) 프로젝트를 시행한다. • 1차 보건의료 교육 및 전문가 과정 교육을 보장한다.
3	<p>보건의료 실무자: 완화의료 분야에서 일하는 보건의료 전문가들은 실무에 적합한 인증을 받아야 한다. 또한, 평생교육에 참여해 필요한 수준의 역량을 유지해야 한다.</p> <p>시행을 위한 제안사항:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 국가협회들을 통해 국가 의사협회 및 간호협회, 보건부, 교육부와 연계하여, 완화医료를 전문 분야로 인정하도록 옹호한다. • 의사협회 및 간호협회 회원들을 완화의료 전문가들과 연계하여, 완화의료 실무에 필요한 최소한의 역량, 지식, 기술 수준을 파악한다. 이를 기반으로, 완화의료 전문가로 인증받기 위해 필요한 교육기간을 정한다. • 기초 및 전문 인증 프로그램들을 통해, 각 국가의 보건의료 전문가 인증 절차에 따른 보건 전문 교육을 표준화한다.
4	<p>병원 및 보건의료 센터: 모든 병원 및 보건의료 센터는, WHO 필수 약제 목록에 있는 완화의료 약제 보급을 보장하고 비용부담을 최소화해야 한다. 특히, 경구용 속효성 모르핀 보급을 보장해야 한다. 또한, 완화의료 서비스 제공을 도덕적, 윤리적 의무로 받아들여야 한다.</p> <p>시행을 위한 제안사항:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 모든 직원이 완화의료에 대한 기초 교육을 받도록 보장한다. • 해당 병원이나 보건 센터를 위한 완화의료 통합 전략을 정의한다. • 진행성 질병 및 임종기 돌봄의 질을 모니터링 할 최소한의 데이터를 마련한다.
5	<p>완화의료 전문가 협회: 국가 협회 대표들은 국제정책 틀(-framework)을 시행하기 위해 효과적인 옹호 활동에 임하고, 정부와 협력해야 한다. 프레임워크는 조약, 결의문, 선언문 등을 포함한다(예: UNGASS 결과 보고서, Agenda 2030, WHA 결의문).</p> <p>시행을 위한 제안사항:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 국가협회 대표들과 함께하는 옹호 워크숍을 마련해, 민간 사회 대표들이 옹호 활동 및 전략에 필요한 기술들을 습득할 수 있도록 돕는다. • 국가협회들은 정부가 국제정책 및 프레임워크를 시행하도록 요청하고 요구할 힘과 권위를 가지고 있다. 그러한 국제정책 및 프레임워크는, 국가 정책 및 프로그램에 완화医료를 포함시킬 것, NCD 프로그램을 강화할 것, Agenda 2030의 지속가능개발 목표를 채택할 것 등을 요구한다. • 완화의료국가 표준을 개발한다. 여기에는 1차 및 전문 완화의료 교육이 포함된다. 또한, 전국민 보건의료에 통합된 국가 완화의료 전략을 개발하기 위해 정부 및 비영리 이해관계자 그룹과 협력한다.

NCD, non communicable diseases

제2차 이해관계자 그룹에 대한 완화의료 옹호를 위한 성찰

국제기구. 세계 인구의 75%가 완화의료 서비스를 제공받지 못한다는 점을 고려해, 2014년에 WHO 회원국들은 세계보건총회 결의문 (WHA Resolution) 67/19를 만장일치로 채택했다. 2015년에는 유엔 회원국들이 '2030 지속가능개발 목표'를 채택하여, "그 누구도 소외 시키지 않을 것"을 공약했다. 그 누구도 소외시키지 않는다는 것은, 유엔 회원국들과 그 정부 기관들이 협력하여 주요 공중보건 결과들을 실현시키기 위한 통합된 정책과 절차를 발전시켜야 함을

의미한다. 또한, 이러한 정책과 절차가 인권에 기반 해야 함을 가리킨다. 이처럼 인권에 기반한 공중보건 정책들은, 통합된 인격중심 서비스가 모든 연령대의 시민, 이민자, 난민에게 제공될 수 있게 한다. 나아가, 가정집, 호스피스, 지방 또는 도시의 의료원, 요양원이나 교도소처럼 장기간 머무르게 되는 기관 어디에서나 인격중심 서비스가 제공될 수 있도록 한다.

대중매체. 일반 대중과 보건의료 전문가들 사이에서는 완화의료가 임종기 돌봄과 동일한 것이라는 잘못된 생각이 자주 발견된다. 완화의료는 죽어가는 이들을 위한 것이 아니다. 이 점을 올바르게 이해한다면, 환자들이 질병 초기 단계에서부터 완화의료 서비스를 받아야 한다는 결론이 도출된다. 이를 위해서는 문화적 변화가 필요하며, 이것은 의사들로부터 시작해 대중 전체로 퍼져나가야 한다.

자선단체 및 자선기금. 완화의료는 세계의 모든 국립 보건 체계에 통합되어야 한다. 그러나 국가 정부들은 완화의료 발전을 지지하기에 적합한 재정지원을 제공하지 않고 있다. 이에 비영리 기구, 전문 기구, 재단, 신앙기반 기관, 자선단체, 자선기금, 개발 기관 등이, 의료적·사회적 지원을 통해 국제 및 지역사회 차원에서 호스피스와 완화의료를 발전시키는 데 중요한 역할을 해 왔다.

정부는 '전 국민 의료보험'(UHC: Universal Health Coverage)과 완화의료를 위한 기본 패키지를 제공할 능력을 잠재적으로 지니고 있다. 모든 자선단체 및 자선기금은 완화의료 제공자들과 협력해, 혁신적인 교육 및 사회지지 체계들을 발전시켜야 한다.

제약회사 및 관련 당국. WHO는 성인 및 소아 환자의 중등도 통증 및 중증 통증을 관리하기 위한 제1차 진통제로서 모르핀을 사용할 것을 권고한다. 모르핀에는 다양한 형태가 있지만, 보다 저렴한 비용과 유연한 사용법을 고려해 경구용 속효성 모르핀을 널리 보급할 것을 권장한다. 새로 개발된 보다 강한 진통제들도 보급해야 하지만, 이것들이 모르핀을 대체해서는 안 된다.

환자 및 환자 단체. 건강에 대한 환자들의 이해력은 완화의료를 초기에 통합하여 치료 효과를 높이는 데 장애물이 된다. 이것은 완화의료가 잘 발전된 나라에서도 나타나는 현상이다. 일부 환자들은 증상을 완화하는 것이 죽음을 앞당긴다는 잘못된 인식을 가지고 있다. 이러한 잘못된 이해는 흔히 발견되며, 환자와 그 가족들은 완화의료가 적극적인 질병 중심의 치료와 동시에 제공될 수 있다는 사실을 인식하지 못하고 있다. 환자와 그 환자 단체를 교육하는 것은 완화의료에 대한 이러한 잘못된 인식을 해소할 수 있다. 즉, 완화의료가 죽음을 앞당기며, 죽음을 앞둔 환자들만을 위한 돌봄이라는 잘못된 인식을 바로잡을 수 있다.

영적 돌봄 전문가. WHO는 영적 돌봄을 완화의료의 필수 요소로 인식해 왔다. 영적 또는 실존적 고통으로 이해되는 영적 고뇌는, 완화의료 팀의 모든 일원들이 다루어야 할 부분이다. 그렇게 함으로써 환자와 그 가족들에게 최상의 돌봄을 제공하고, 그들의 고통을 완화할 수 있기 때문이다. 이에 미국 합의회와 국제 합의회에서는 임상 현장에서 영적 고뇌를 다루게 할 정의와 모델을 개발한 바 있다.

종교 지도자들은 전문직종 간 영적 돌봄을 완화의료 안에 포함시킬 수 있도록 옹호해야 한다. 또한, 모든 임상 실무자들이 환자와 그 가족들에게 영적 돌봄을 제공할 수 있도록 적합한 교육을 받을 것을 옹호해야 한다. 그들의 옹호 활동은, 모든 보건 현장에 보건의료 원목자들이 적절하게 배치되도록 하는 것과, 이를 위해 적절한 발전, 교육, 지원이 제공되도록 하는 것을 포함한다.

비완화의료 전문 협회 및 단체. 통증 완화와 완화의료를 기본 인권으로 인식하는 것은 많은 전문 협회와 기관들에 의해 이미 선언되었다.

약사. 완화의료 환자들은 자주 여러 약제를 동시에 복용해야 한다. 그 결과, 약물 간 상호작용의 위험과 완화의료 필수 약제 관련 문제들의 위험이 높게 나타난다. 약사들은 보건의료 팀의 다른 일원들보다 약제에 대해 많이 알고 있으며, 약물들의 효력도 잘 알고 있다. 약사들은 이와 관련된 문제들을 감지하고, 그에 따른 적합한 권고들을 제시하기에 가장 적절한 전문가이다.

표4. 제2차 이해관계자 그룹을 위한 권고사항

순위	제2차 이해관계자 그룹을 위한 권고사항
6	국제 기구: 국제 기구는 WHO 회원국들이 WHA 67/19를 시행할 정책 및 절차를 개발하도록 장려해야 한다. 또한, 회원국들이 Agenda 2030의 지속가능개발 목표를 시행하고, 특히 어린이와 노인의 요구에 각별한 주의를 기울이도록 장려해야 한다.
7	대중매체: 대중매체는 진행성 질병에 대한 올바른 이해에 기반한 문화를 확산해야 한다. 또한, 생애 전체에서 완화의료가 지닌 역할을 대중이 이해하게 하고, 완화의료를 전 국민 의료보험의 요소로 이해하게 해야 한다.
8	자선단체 및 자선기금: 완화의료에 관여하는 개인 및 단체는 자선단체 및 자선기금을 대상으로 교육 및 옹호 활동을 펼쳐, 그들이 완화의료 발전 및 서비스 시행을 지원하도록 해야 한다.
9	제약회사 및 관련 당국: 중등도 통증 및 중증 통증을 관리와 완화의료를 위한 약제로는 모르핀, 특히 경구용 속효성 모르핀이 선호된다. 따라서 모르핀은 필히 보급되어야 한다. 정부는 경구용 속효성 모르핀이 널리 보급되지 않은 상태에서 서방형 모르핀, 경피 펜타닐 패치, 서방형 옥시코돈을 승인해서는 안 된다.
10	환자 및 환자 단체: 환자 및 환자 단체는, 완화의료 요구를 지닌 모든 환자 및 가족의 건강 관련 이해를 증진시킬 캠페인을 개발하고 요구하는 데 큰 도움을 줄 수 있다. 따라서 이들은 완화의료에 대한 환자와 가족들의 지식 및 이해를 개선하고, 완화의료가 의사결정 과정에서 지닌 역할을 이해하게 하는 데 기여해야 한다.
11	영적 돌봄 전문가: 종교 기관들과 영적 돌봄 단체는 영적 돌봄을 돌봄 가이드라인에 통합시키기 위해 노력해야 한다. 그리하여 영적 고뇌 및 영적 안녕을 지속적으로 사정하고, 일상적인 완화의료 서비스 제공에 영적 돌봄이 포함되도록 해야 한다.
12	비완화의료 전문 협회 및 단체: 비완화의료 전문 협회 및 단체는 인권 단체들이 기존의 선언문들을 재검토하도록 장려하여, 완화의료 발전을 인간권리 틀 안에 포함시키는 전략들을 시행할 수 있어야 한다.
13	약사: 약사들은 완화의료 팀 안에서 적극적으로 본인의 역할을 수행해야 한다. 환자들에게 처방되는 약제의 적합성을 평가하고, 제때에 약물복용이 이루어지도록 해야 하며, 약물 간 상호작용에 대해 팀 구성원들을 교육해야 한다. 또한, 환자와 돌봄제공자들이 처방된 치료섭생을 이해하여, 치료에 부합할 수 있도록 해야 한다.

논의(Discussion)

본 글은 세계 곳곳에서 모인 13명의 완화의료 전문가들이 합의회의 절차를 거쳐 작성했다. 이 내용은 PAL-LIFE의 목적에 부합하며, 명시된 13개의 이해관계자 그룹이 완화의료 발전을 진전시키는 데 필요한 가장 중요한 권고사항으로 간주된다. 일부 권고사항들은 다수의 이해관계자 그룹에 적용 가능하다. 예를 들어, 제약회사 및 관련 당국을 위한 권고사항 중 모르핀 보급에 관련된 내용은, 법률입안자, 행정가, 약물 생산자 및 판매자, 완화의료 옹호자 모두에게 적용된다. 대학에 적용되는 권고사항 역시 보건의료 실무자와 교육자 모두에게 적용 가능하다.

본 연구에서 제시된 내용은 잘 협조된 접근법을 요구한다. 전 세계적으로 볼 때, 대다수의 환자들이 심각한 통증을 겪으며 사망하고 있다. 그들은 모르핀이나 다른 마약성 진통제를 이용한 치료를 단 한번도 받지 못한채 사망하고 있다. 이 참혹한 상황에 맞서, 통증 치료를 위해 마약성 진통제에 대한 접근권을 늘릴 필요성과, 그것을 악용할 때 발생하는 역효과를 균형 있게 고려하는 것은 매우 중요하다. 이것은 정책입안자, 대학, 약사, 전문 협회 간의 협조된 접근을 필요로 한다. 그리하여 안전 대책이 마련된 상태에서 목적을 달성할 수 있어야 한다.

본 백서의 권고사항들은 매우 중대한 이슈들에 초점을 맞춘다. 하지만, 완화의료 발전이 어느 정도 이루어진 상황에서는 보다 종합적이고 광범위한 권고사항들이 필요할 수도 있다. 예를 들어, 본 연구에서는 제약회사와 관련 당국이 모르핀을 보급해야 한다는 권고사항을 제시한다. 이 권고사항은, 모르핀 외에도 저비용 마약성 진통제가 한 가지 종류 이상 필요하다는 진술로 명료화되어야 한다. 어느 시점부터는 80%의 환자가 마약성 진통제 순환을 필요로 하기 때문이다. 정부가 WHO 필수 약제 목록(WHO Model List of Essential Medicines)에 포함된 완화의료 약제 보급을 보장하기 위한 필수 절차를 밟고자 하는 것은 매우 중대한 이슈이다. 모르핀이 곧 표준이지만, 그 밖의 다른 약제도 중요하다. 또한, 일부 권고사항들은 영적 돌봄의 중요성을 완전하게 담지 못할 수도 있다. 영적 돌봄은 신체적, 심리사회적 차원과 동등한 중요성을 지닌다. 영적, 종교적, 실존적 고민들 또한 돌봄을 필요로 하는 차원으로서, 완화의료 팀은 이것들을 다루고, 의료기록에 등록해야 한다. 나아가, 그것들을 지속적으로 모니터링하며 관리해야 한다.

본 글은 13명의 완화의료 전문가로 구성된 작은 그룹이 합의한 후 교황청 생명학술원(PAV) 이사회 승인을 받아 작성되었다는 점에서 제한점을 지닌다. 보다 많은 전문가로 구성된 그룹은 추가 이해관계자들을 포함시켜, 본 입장표명서의 범위를 넓힐 수 있을 것이다. 따라서 본 그룹은 이 권고사항들을 광범위하게 고려할 것을 강하게 권장한다. 또한, 교황청 생명학술원(PAV) 홈페이지에 있는 30개의 추가 권고사항들도 함께 고려할 것을 권장한다.

본 백서는 완화의료에 대한 교황청 생명학술원(PAV)의 입장표명서이다. 아픈 이들을 돌보는 것은, 가톨릭교회가 설립된 이래 줄곧 교회의 선교 활동으로 자리 잡고 있었다. 교회는 완화医료를 “사심 없는 사랑의 행위”라 부르며, 그것이 “장려되어야” 한다고 가르친다(가톨릭교회교리서 제2279항). 최근에 이르러 가톨릭교회의 교도권은 개별 인간이 지닌 존엄성과 고귀함을 수차례 강조했다. 즉, 인간은 중증 질환이나 말기 질환을 앓는 중에도 그 존엄성과 고귀함을 유지한다는 것이다. 프란치스코 교황은 완화医료를 다음과 같이 묘사했다. “완화의료는 서로를 돌보고, 특히 고통 받는 이들을 돌보는, 참된 인간 행위를 표현합니다. 완화의료는 인간이 매순간 고귀하다는 것, 아프거나 나이가 든다고 해서 그 사실이 변치 않는다는 것을 증언합니다. [...] 그래서 저는 완화의료가가 그것을 필요로 하는 모든 이들에게 다다를 수 있도록 여러분이 임하는 연구와 문화적 헌신들에 경의를 표합니다. 저는 학생들과 전문가들이 완화의료와 같은 도움을 주는 일의 전문가가 되도록 장려합니다. 완화의료가가 목숨을 살리지 못한다고 해서 가치가 없다고 생각해서는 안 됩니다. 완화의료는 그것 만큼이나 중요한 일을 하기 때문입니다. 완화의료는 인간을 가치 있게 여깁니다.”

그리스도교는 가난하고 상처받기 쉬운 이들을 돌보라는 예수의 가르침에 따라, 세계 곳곳에 병원, 의료원, 보건센터 등을 포함한 거대한 돌봄 네트워크들을 세워 발전시켜 왔다. 지역 의료원부터 시작해 3차 연구 기관까지 포함한 신앙기반 병원 및 보건의료 기관들은, 완화의료가가 ‘돌봄’과 ‘연대성’이란 개념의 일부로서 자리 잡게 되는 중요한 장소이다. 각 나라에서 가장 흔한 신앙이 무엇인지에 상관없이, 많은 국가에서는 대다수의 보건의료 시설이 가톨릭교회와 그 밖의 그리스도교 종파에 의해 운영된다. 이토록 거대한 네트워크를 지닌 교회는 수 백만명의 환자와 그 가족들의 고통을 완화할 주요 움직임을 주도할 가능성을 지니고 있다.

본 백서는, 특정 국가나 지역에서 완화医료를 필요로 하는 환자와 그 가족들을 위한 돌봄을 향상시킬 기본 전략을 파악하고 시행하기 위한 체크리스트로 사용될 수 있다. 본 백서는 각 이해관계자 그룹에 속한 기관에 맞게 채택된, 보다 포괄적인 권고사항 목록을 작성하는 작업의 기반으로 사용될 수 있다. 나아가, 특정한 지역적 맥락에 맞게 채택된 권고사항 목록에도 기반이 될 수 있다. 본 백서는 지역 정부, 신앙기반 공동체와 같은 곳을 대상으로 한 옹호 활동에 특히 유용할 수 있다.

결론적으로, 본 백서는 보건의료 체계와 이해관계자들이 통증 완화와 완화의료 접근권을 인간의 기본 권리로 인식할 책임 의식을 강조한다. 이들은 보건의료 체계의 모든 요소들에 대해서도 책임 의식을 지녀야 한다. 이를 위해서는 건강이 단순히 질병이 없는 상태가 아니라, 신체적, 정서적, 사회적, 영적 안녕을 의미한다는 것을 인식해야만 한다. 이러한 안녕을 향상시키기 위해서는 필수 완화의료 약제를 보급하고, 정부가 완화医료를 보건의료 계획과 전 국민 의료 보험에 통합시켜야만 한다. 또한, 이러한 돌봄을 시행하여 불필요한 고통을 예방할 수 있는 분명한 틀(frameworks)이 필요하다. 완화의료 통합을 지원하기 위해서는 신앙기반 기관, 자선 기관, NGO, 정부 관계자들, 인권 기구들의 지지도 필요하다. 즉, 완화의료 발전은 민간 사회의 응답을 필요로 한다.

Acknowledgements

본 연구는 공공, 산업, 비영리 부문 기금을 받지 않았다. 본 글은 교황청 생명학술원(PAV), 스페인 University of Navarra의 Institute of Culture and Society, 그리고 본 글의 공동저자인 모든 사람들의 작업이다.

References

1. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, et al.: Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: The Lancet Commission report. *Lancet* 2018;391:1391–454.
2. Richmond C: Dame Cicely Saunders. *BMJ* 2005;331:238.
3. Connor SR, Sepulveda MC (eds): *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. WPCA, WHO, London, 2014, p. 111.
4. World Health Assembly Resolution WHA 67.19: Strengthening Palliative Care as a Component of Comprehensive Care Throughout the Life Course. WHO, Geneva, 2014.
5. The Economist Intelligence Unit: *The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world*. The Economist 2015;71.
6. Centeno C, Lynch T, Donea O, et al.: *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2013*, full ed. Milan: EAPC Press, 2013.
7. Rhee JY, Luyirika E, Namisango E, et al.: *APCA Atlas of Palliative Care in Africa*. Houston, TX: IAHP Press, 2017.
8. Pastrana T, De Lima L, Pons JJ, et al.: *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica—dicción Cartográfica 2013* [Internet]. Houston, TX: IAHP Press, 2013.
9. Osman H, Rihan A, Garralda E, et al.: *Atlas of Palliative Care in the Eastern Mediterranean Region*. Houston, TX: IAHP Press, 2017.
10. Radbruch L, Foley K, De Lima L, et al.: *The Budapest Commitments: Setting the goals a joint initiative by the European Association for Palliative Care, the International Association for Hospice and Palliative Care and Help the Hospices*. *Palliat Med* 2007;21:269–71.
11. Gomez-Batiste X, Connor S: *Building Integrated Palliative Care Programs and Services*. Liberduplex, Barcelona, 2017.
12. World Health Organization: *Noncommunicable diseases and their risk factors*. 2014. www.who.int/ncds/management/palliative-care/palliative-care-NCDs/en (last accessed February 22, 2018).
13. Etkind SN, Bone AE, Gomes B, et al.: How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC Med* 2017;15:102.
14. Dye C, Boerma T, Evans D: *The World Health Report 2013: Research for Universal Health Coverage* [Internet]. WHO, Luxembourg, 2013.
15. Address of His Holiness Pope Francis to participants in the plenary of the Pontifical Academy for Life (March 5, 2015). https://w2.vatican.va/content/francesco/en/speeches/2015/march/documents/papa-francesco_20150305_pontificiaacademia-vita.html (last accessed February 22, 2018).
16. Comoretto N: "AL-LIFE Project: International Advisory Working Group on Diffusion and Development of Palliative Care in the World" First meeting report. *J Palliat Med* 2017;20:913–14.
17. Stjernswärd J, Foley K, Ferris F: The public health strategy for palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2007;33:486–493.
18. World Health Organization: *Palliative Care*. Geneva: World Health Organisation, 2018.
19. Boston PH, Mount BM: The caregiver' perspective on existential and spiritual distress in palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2006;32:13–6.
20. Smith S, Brick A, O'ara S, Normand C: Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review. *Palliat Med* 2014;28:130–50.
21. Penrod JD, Deb P, Luhrs C, et al.: Cost and utilization outcomes of patients receiving hospital-based palliative care consultation. *J Palliat Med* 2006;9:855–60.
22. Smith TJ, Coyne P, Cassel B, et al.: A high-volume specialist palliative care unit and team may reduce in-hospital end-of-life care costs. *J Palliat Med* 2003;6:699–05
23. Elsayem A, Swint K, Fisch MJ, et al.: Palliative care inpatient service in a comprehensive cancer center: Clinical and financial outcomes. *J Clin Oncol* 2004;22:2008–014.
24. Norton LA, Holloway RG, Temkin-Greener H, et al.: Proactive palliative care in the medical intensive care unit: Effects on length of stay for selected high-risk patients. *Crit Care Med* 2007;35:1530–535.
25. Ciemins EL, Blum L, Nunley M, et al.: The economic and clinical impact of an inpatient palliative care consultation service: A multifaceted approach. *J Palliat Med* 2007;10:1347–355.
26. Lee A, Carlon B, Ramsay R, Thirukkumaran T: Integrating exposure to palliative care in an undergraduate medical curriculum: Student perspectives and strategies. *Int J Med Educ* 2017;151–52.
27. Ballesteros M, Centeno C, Arantzamendi M: A qualitative exploratory study of nursing students'assessment of the contribution of palliative care learning. *Nurse Educ Today* 2014;34:e1–6.
28. United Nations General Assembly: *Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Disease*. Sixty-sixth session. A/66/L.1 [Internet]. 2011. www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A%2F66%2FL.1&Lang=E (last accessed January 17, 2018).
29. Parashar D: The role of non government organizations in cancer control programmes in developing countries. *Indian J Palliat Care* 2016;10:2016.
30. United Nations Development Programme: *Sustainable Development Goals* [Internet]. Vol. 1. 2015. www.undp.org/content/undp/en/home/mdgoverview/post-2015-development-agenda (last accessed January 17, 2018).
31. De Lima L, Pastrana T: Opportunities for palliative care in public health. *Annu Rev Public Health* 2016;37:357–74.
32. Jagwe J, Merriman A: Uganda: Delivering analgesia in rural Africa: Opioid availability and nurse prescribing. *J Pain Symptom Manage* 2007;33:547–51.
33. Wright M, Wood J, Lynch T, Clark D: Mapping levels of palliative care development: A global view. *J Pain Symptom Manag* 2008;35:469–85.
34. Radbruch L, de Lima L, Lohmann D, et al.: *The Prague*

- Charter: Urging governments to relieve suffering and ensure the right to palliative care. *Palliat Med* 2013;27:101–02.
35. Seatzu F, Fanni S: The right to palliative care: A "irage" in the jurisprudence of the Ecthr and Iacthr? *Cuad Derecho Transnacional* 2016;8:5–6.
36. Seatzu F: Constructing a right to palliative care: The inter-American convention on the rights of older persons. *Ius et scientia* 2015;1:25–0.
37. Stjernsward J, Foley KM, Ferris FD: Integrating palliative care into national policies. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33:514–20.
38. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance: Universal Health Coverage and Palliative Care: Do not leave those suffering behind. 2014. www.thewhpc.org/resources/item/uhc-and-palliativecare (last accessed July 3, 2018).
39. Meghani SH, Hinds PS: Policy brief: The Institute of Medicine report dying in America: Improving quality and honoring individual preferences near the end of life. *Nurs Outlook* 2015;63:51–9.
40. Temel JSS, Greer JAA, Muzikansky A, et al.: Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010;363:733–42.
41. Callaway M, Foley KM, De Lima L, et al.: Funding for palliative care programs in developing countries. *J Pain Symptom Manage* 2007;33:509–13.
42. Callaway M, Foley K: The International Palliative Care Initiative. *J Pain Symptom Manag* 2018;55:S1–5.
43. Do"rte P: A Funder Conundrum: Choices that funders face in bringing about positive social change. The Diana, Princess of Wales Memorial Fund, 2012.
44. Clark D: *Transforming the Culture of Dying: The Work of the Project on Death in America*. Oxford University Press, Oxford, United Kingdom, 2013.
45. World Health Organisation: *Cancer Pain Relief: A Guide to Opioid Availability*, 2nd ed. Geneva: World Health Organisation, 1996.
46. World Health Organization: WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/4454011/9789241548120_Guidelines.pdf (last accessed July 4, 2018).
47. World Health Organization: WHO Model List of Essential Medicines, 20th ed. 2010. www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/20th_EML2017_FINAL_amendedAug2017.pdf?ua=1 (last accessed July 4, 2018).
48. World Health Organization: WHO Model List of Essential Medicines for Children, 6th ed. Geneva: World Health Organization, 2017.
49. Radbruch L, Foley K, de Lima L et al.: The Budapest Commitments: setting the goals. A joint initiative by the European Association for Palliative Care. *Palliat Med* 2007;21:269–71.
50. Barcelona Declaration on Palliative Care, 1995. [http://www.eapcnet.org/download/forpublications/Declaration_Barc\(GB\).pdf](http://www.eapcnet.org/download/forpublications/Declaration_Barc(GB).pdf) (last accessed July 4, 2018).
51. Sitte T: Palliative Care instead of assisted suicide and euthanasia? About questionable needs of life-shortening behaviour. *Paliatia J Palliat Care*. www.paliatia.eu/new/2017/03/palliative-care-instead-of-assisted-suicide-and-euthanasiaabout-questionable-needs-of-life-shortening-behaviour (last accessed February 17, 2018).
52. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N: Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching National and International Consensus. *J Palliat Med* 2014;17:642–56.
53. Vermandere M, De Lepeleire J, Van Mechelen W, et al.: Outcomemeasures of spiritual care in palliative home care: A qualitative study. *Am J Hosp Palliat Med* 2013;30:437–44.
54. Sulmasy DP: A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *Gerontologist* 2002;42 Spec No:24–3.
55. International Association for Hospice and Palliative Care, Worldwide Palliative Care Alliance: Joint Declaration and Statement of Commitment on Palliative Care and Pain Treatment as Human Rights. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2008;22:300–02.
56. Breitbart W: Palliative care as a human right. *Palliat Support Care* 2008;6:323.
57. Hussainy SY, Box M, Scholes S: Piloting the role of a pharmacist in a community palliative care multidisciplinary team: An Australian experience. *BMC Palliat Care* 2011;10:16.
58. Smith Y: The pharmacist' role in palliative care. *News Med Life Sci*. www.news-medical.net/health/The-Pharmaciste-28099s-Role-in-Palliative-Care.aspx (last accessed February 26, 2018).
- Address correspondence to:
Eduardo Garralda, MA
ATLANTES Research Programme
Institute for Culture and Society
University of Navarra
Campus Universitario
Pamplona 31009
Spain
E-mail: egarralda@unav.es