



Universidad Nacional Autónoma de México

Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

Trabajo escrito

Los cuidados paliativos en España, comparativa de los principales indicadores médico hospitalarios y económicos entre el modelo de atención domiciliaria de la asociación española contra el cáncer y el modelo hospitalario del sanatorio los Montalvos.

Que para obtener el grado de:

Maestro en Administración de Sistemas de Salud

Presenta: Monterde García Rodrigo Arturo

Tutor: María Amalia Belén Negrete Vargas

México, D.F. Enero del 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice.	Pág.
Introducción	1
1. El hospital clínico los Montalvos	11
1.1 Reseña histórica	11
1.2 Características generales del hospital los Montalvos.	12
1.3 Los cuidados paliativos en el hospital los Montalvos	12
1.4 Funcionamiento y dependencia.	14
1.5 Infraestructura.	15
1.6 Personal.	17
1.7 La atención brindada en el servicio de cuidados paliativos.	18
1.8 La atención recibida en el servicio de cuidados paliativos.	21
1.9 Problemática.	22
1.10 Actividades básicas.	23
2. La asociación española contra el cáncer.	24
2.1 Definición, origen y desarrollo.	24
2.2 Organización.	25
2.3 Órganos de gobierno.	26
2.4 Organigrama.	27
2.5 Misión y valores.	28
2.6 Objetivos estratégicos.	29
2.7 Principales actividades y cifras relevantes.	30
2.7.1 Distribución de gastos.	30
2.7.2 Financiamiento.	31
2.8 Los cuidados paliativos en la AECC.	32
2.8.1 Principales indicadores y su evolución en cuidados paliativos.	33
2.8.2 La unidad de cuidados paliativos de Salamanca.	34
3. Marco normativo.	37
3.1 Marco normativo español.	37
3.1.1 Decretos y Leyes.	38
3.1.2 Plan nacional de Cuidados Paliativos.	39
4. Marco teórico.	41
4.1 Definiciones.	41

4.2 Metodología empleada para la obtención de costos.	42
4.3 Met. para la medición y comparación de los resultados.	42
4.4 Met. para el análisis de costos y consecuencias.	43
4.5 Nivel de precisión en los costos.	44
4.6 Generalidades del sistema GECLIF.	45
4.6.1 Agrupación de diagnósticos, GRD´S, GFH´S, y servicios.	52
4.6.2 Proceso de imputación y obtención de costos.	54
5. Marco de referencia.	59
5.1 Referencias internacionales.	59
5.1.1 Referencias en el contexto latinoamericano.	60
5.2 Los cuidados paliativos ideales.	61
5.3 Los cuidados paliativos en España.	63
5.3.1 Desarrollo.	65
5.3.2 El modelo Catalán.	66
5.3.3 Retos hacía el futuro.	67
5.4 Algunas experiencias en México.	68
5.4.1 El instituto nacional de cancerología (INCAN).	68
5.4.2 Centro de cuidados paliativos México.	69
5.4.3 H. gral. de Tampico, Dr. Carlos Canseco.	70
5.4.4 H. gral. de Tuxtla Gutiérrez, Rafael Pascasio Gamboa.	70
5.5 Referencias sobre costos.	70
6. Diseño de la investigación.	75
6.1 Supuesto que origina el trabajo.	75
6.2 Objetivos.	77
6.2.1 Objetivo general.	77
6.2.2 Objetivos específicos.	77
6.3 Variables y especificaciones.	78
6.4 Marco metodológico	80
6.4.1 Enfoque	80
6.4.2 Tipo de estudio.	80
6.4.3 Área de estudio.	80
6.4.4 Población a estudiar.	80

6.4.5 Criterios de selección y eliminación.	80
6.4.6 Técnicas e instrumentos de recopilación de la información.	81
6.4.7 Métodos y procedimientos de análisis de la información.	82
7. Resultados.	83
7.1 Del modelo hospitalario (UCP los Montalvos)	83
7.1.2 Acerca del género.	83
7.1.3 Acerca del lugar de fallecimiento y los ingresos.	83
7.1.4 Acerca de las procedencias.	85
7.1.5 Acerca de los diagnósticos.	87
7.1.6 Acerca del tipo de atención.	88
7.1.7 Acerca de las estancias y supervivencias	89
7.1.8 La probabilidad de ser dado de alta por lo menos una vez.	93
7.2 Del modelo domiciliario (UCPD de la AECC).	95
7.2.1 Acerca del género.	96
7.2.2 Acerca del lugar de fallecimiento.	96
7.2.3 Acerca de las procedencias.	97
7.2.4 Acerca de los diagnósticos.	98
7.2.5 Acerca de las supervivencias.	100
7.3 Costos.	102
7.3.1 En la UCP los Montalvos.	102
7.3.2 Costo beneficio en la UCP de los Montalvos.	105
7.3.3 Costos en la UCPD de la AECC.	105
7.3.4 Costo beneficio en la UCPD de la AECC.	106
7.4 Comparativa del costo beneficio entre modelos.	106
7.5 Comparativa entre legislaciones paliativistas, México-España.	106
8. Conclusiones	109
8.1 Acerca del género.	109
8.2 Acerca de las procedencias.	109
8.3 Acerca de los diagnósticos.	111
8.4 Acerca del lugar de fallecimiento.	113
8.5 Acerca de las estancias.	114
8.6 Acerca de las supervivencias.	114

8.7 Acerca de los costos.	118
8.8 Acerca del costo beneficio.	118
8.9 Acerca de las legislaciones.	119
8.10 Conclusiones finales.	120
8.10.1 En Salamanca, España.	120
8.10.2 En México.	120
8.11 Recomendaciones.	121
8.12 Investigaciones futuras.	122
- Referencias bibliográficas.	124
- Bibliografía	133
- Anexo 1. Entrevista con Jaime Sanz Ortiz, fundador de los cuidados paliativos españoles y primer presidente de la SECPAL.	135
- Anexo 2. Galería fotográfica de la UCP de los Montalvos.	141
- Anexo 3. Entrevista con Juan Jesús Cruz Hernández, vicepresidente de la Sociedad Española de Oncología Médica.	151
- Anexo 4. Necesidades de cuidados paliativos en México.	156
- Anexo 5. Marco normativo mexicano.	160

Agradecimientos.

A la Universidad Nacional Autónoma de México:

Casa del más noble cuerpo de docentes, hogar del conocimiento fraterno, y esperanza perenne del país.....

A los profesores:

María Amalia Belén Negrete Vargas, José Pedro Rocha Reyes, Rocío LLarena de Thierry, María Gilma Arroyave Loaiza, Roberto Ruíz de Esparza Gutiérrez, Hilda Guadalupe Reyes Zapata:

El noble cuerpo de docentes de la Universidad, que la engrandece y se engrandece de ella.....Pero sobre todas las cosas, el mejor ejemplo de vida que un estudiante puede tener.....

A la Facultad de Contaduría y Administración y a América Rocío Rivera Díaz:

Quienes día a día y con su valioso trabajo extienden los confines académicos, enlazan nuevos horizontes y rompen las fronteras estudiantiles.

A la Universidad de Salamanca y al Hospital Clínico Universitario de la misma ciudad:

Cuarta antorcha encendida en la historia de la humanidad cuya luz comenzó a iluminar al mundo, hermana incondicional de la UNAM y de México.

Al Sanatorio los Montalvos y a la Asociación Española Contra el Cáncer:

Instituciones ilustres que tienen por amigo a todo médico y voluntario interesado en los enfermos terminales y la lucha contra el cáncer.

Gracias a todos.....

Resumen.

El cáncer se posicionará como una de las principales causas de mortalidad, tanto en países ricos y desarrollados, como en países en vías de desarrollo. Elevará sustancialmente sus niveles de incidencia y causará 10 millones de defunciones en los próximos diez años. Los cuidados paliativos son sólo una parte de su atención integral; sin embargo, brindan una de las mejores oportunidades para el sistema de salud, en lo que a calidad de vida y ahorro de recursos respecta. Lo hacen, tan sólo con un reordenamiento de los mismos y aprovechando infraestructura existente, sin olvidar que son un derecho universal que los gobiernos están obligados a proteger.

En el presente estudio, se han explorado los principales indicadores médico hospitalarios y económicos que conciernen a la atención paliativa. Se hizo en dos modelos de atención, uno domiciliario y el otro hospitalario, uno ampliamente exitoso y copiado por toda España, y el otro es centro de referencia regional. Se hizo comparativamente y simultáneamente. Los principales indicadores obtenidos, algunos proporcionados y otros calculados, reflejan la actividad de todo un año, y lo hacen en un país cuyo sistema de salud está considerado por la OMS como el 7º mejor en el mundo, España.

Palabras clave: Estancia media, media de supervivencia, atención paliativa domiciliaria, atención paliativa hospitalaria, costo, costo por proceso, costo por estancia, costo beneficio, gestión clínico financiera, asociación española contra el cáncer, sociedad española de cuidados paliativos.

Introducción.

Actualmente el cáncer es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial y el número total de personas que padecen esta enfermedad continúa aumentando.¹ En la mayoría de los países desarrollados el cáncer es de las enfermedades más prevalentes, llegando a ocupar, generalmente, la segunda causa de mortalidad; en los países en desarrollo se observa el comienzo de la misma tendencia.² Esto se explica, de manera general, porque las poblaciones crecen numéricamente, y proporcionalmente lo hace la cantidad de adultos mayores; a los hábitos sedentarios y poco saludables de las sociedades modernas; y a exposiciones directas de cancerígenos en ambientes laborales.³ Además, los decrecimientos en la mortalidad de enfermedades muy prevalentes, contrastan aún más los incrementos en la del cáncer, por ejemplo: En Estados Unidos las enfermedades cardíacas, primera causa de fallecimientos, han disminuido en 45% su mortalidad desde hace 50 años, mientras la del cáncer se incrementa⁴.

Organismos internacionales calculan que un 12.5 % de todas las muertes que acontecen en el mundo se deben al cáncer, cifra superior al total de fallecimientos ocasionados por sida, tuberculosis y malaria considerados conjuntamente⁵.

Según datos y proyecciones de la Organización Mundial de la Salud, en un periodo que abarca del 2007 al 2030, la tasa de mortalidad aumentará un 45%, lo que significa pasar de 7.9 millones a 11.5 millones de defunciones por año, aún tomando en cuenta las ligeras reducciones de la misma que presentan algunos tipos de cáncer⁶.

Como la edad avanzada es el principal factor de riesgo para padecer esta enfermedad⁷, es lógico pensar que cobre mayor importancia epidemiológica, en la misma medida que las poblaciones de los países envejezcan. De hecho, estadísticas fiables de países desarrollados demuestran que dos terceras partes de todos los casos ocurren en personas mayores de 65 años⁸. Además de ello, diversos factores genéticos y los hábitos, o el modo de vivir de la gente, hacen de esta enfermedad un reto de gran importancia al día de hoy, que será prioridad de atención para casi todos los países en un futuro no muy lejano.

Es conveniente detallar, los factores epidemiológicos y demográficos que se encuentran íntimamente relacionados con este padecimiento, para dimensionar, comprender y atender, de manera adecuada las necesidades futuras; que de acuerdo a previsiones de la organización mundial de la salud, OMS, el aumento de la proporción de personas mayores, se traducirá en un incremento del orden del 50% de los casos de cáncer a nivel mundial, en los próximos 20 años⁹. Todo esto supone importantes cambios en la atención médica y en la forma en que se gestiona la misma, especialmente en países pobres, los cuales necesitarán de estrategias destinadas a optimizar recursos.

Respecto al **crecimiento demográfico**, las previsiones indican que la población rebasará los 9,000 millones de habitantes para el 2050, es decir, crecerá 2,500 millones, de 6,700 a 9,200 en tan sólo 43 años; el equivalente al total de las personas en 1950¹⁰. Estos aumentos serán, casi en su totalidad en los países en desarrollo, ya que la población aumentará de 5,400 millones en 2007, a 7,400 millones para 2050; mientras que, en los países desarrollados se mantendrá estable, en 1,200 millones, gracias a la intensa migración de personas, pues de no darse esta última, habría decrecimientos¹¹.

La influencia exacta de dichos aumentos sobre la incidencia, prevalencia y mortalidad del cáncer, son difícilmente pronosticables, pero la mayoría de las proyecciones coinciden en el incremento, especialmente en países pobres.

Probablemente, el factor demográfico con mayor efecto sobre las tasas del cáncer, es el **envejecimiento de la población**, debido a que la edad es el principal factor de riesgo para padecer la enfermedad; y conforme esta aumenta, la probabilidad de padecerlo también lo hace de manera exponencial. Por lo tanto, si la población de un país envejece numérica y proporcionalmente, seguramente se presentarán más casos. Y lógicamente, a medida que haya más casos de cáncer, las necesidades de cuidar a los enfermos paliativamente también serán mayores. Con otras palabras: los cuidados paliativos van de la mano en proporción directa con las tasas del cáncer.

El crecimiento del grupo de personas mayores de 60 años, representará el 50% del aumento de la población mundial, en el periodo comprendido del 2005 al 2050¹².

Esto significa que las enfermedades propias de este grupo de edad, serán de las más predominantes, especialmente en regiones desarrolladas, donde los adultos mayores pasarán de ser 205 millones en 2007, a 406 millones para 2050¹³.

Dichos factores, aunados a los avances médicos y tecnológicos, que han logrado aumentar de manera importante la sobrevivencia en algunos tipos de cáncer, junto con eventos migracionales y demográficos, exigirán al sector salud de cada país, dirigir y enfocar sus esfuerzos hacia la prevención, atención precoz, tratamiento efectivo al menor costo posible; y sobre todo, al cambio de la infraestructura médica y social, en la que están incluidos los cuidados paliativos.

La transición epidemiológica es un fenómeno que viven algunos países en desarrollo y de reciente industrialización, que tradicionalmente presentaban un perfil, o tipo de enfermedades distintas a las prevalentes en los países desarrollados. La transición es ese estado intermedio de cambio, en el cual ambos perfiles se encuentran mezclados, generando una tipología única; pero, con una clara tendencia a padecer enfermedades propias de los países desarrollados, o crónicas degenerativas.

Actualmente, más del 50% de todos los casos de cáncer a nivel mundial, se presentan en países en vías de desarrollo¹⁴; para el año 2020, esta cifra ascenderá a cerca del 70%¹⁵. Situación preocupante, si se toma en cuenta que precisamente son los países que tienen mayores dificultades, grandes diferencias en accesibilidad y equidad en atención a la salud; menor infraestructura, conocimiento, investigación, personal calificado; y menores recursos en general, para brindar atención médica y social adecuada.

La intensa migración de los países en desarrollo hacia los desarrollados, es un elemento que, también podría contribuir a generar sensibles cambios en la incidencia, prevalencia y mortalidad del cáncer. Basta con analizar las siguientes cifras: Anualmente, 2, 300.000 personas dejarán sus hogares para radicar en otro país a partir del 2010¹⁶. Estados Unidos es y será, el principal receptor de migrantes, con 1,100.000 por año; España está considerado como el sexto en ese mismo rubro, pues acogerá a 123,000 personas como promedio anual; mientras que México es el

segundo país con más altos niveles de emigración, pues enviará a 306,000 personas a radicar en el extranjero cada año¹⁷.

Si se toma en cuenta que, según la literatura médica, uno de cada tres varones y una de cada cuatro mujeres padecerá cáncer a partir de los 60 años¹⁸, y que la mayoría de los países desarrollados receptores de migrantes, así como los países en desarrollo envidados de los mismos, tienen expectativas de vida superiores a dicho límite de edad, es posible vislumbrar el efecto que estos movimientos poblacionales podrían tener sobre las enfermedades de cada país.

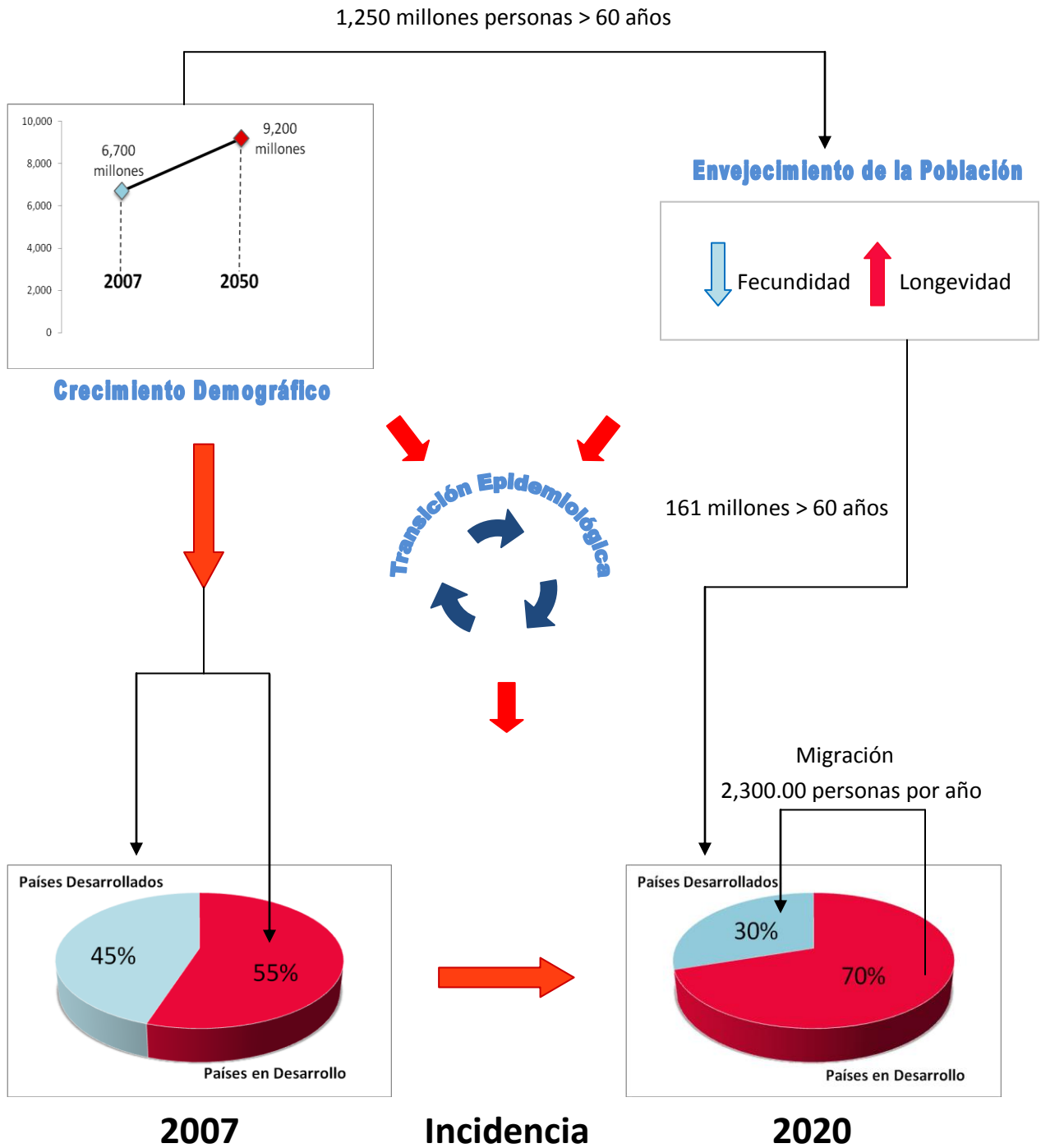
Un ejemplo, España: Su población actual es de 46,122.169 hab.¹⁹; si se cumplen las previsiones de la ONU, para el 2020 se mantendrá estable esa cifra, pero habrán llegado 1, 230.000 migrantes; de los cuales entre la tercera y cuarta parte padecerán cáncer cuando superen los 60 años, arrojando una cifra de entre 307,500 y 410,000 personas, que representarán de 0.68% a 0.91%. Cifras que tan sólo se sumarán a la tercera o cuarta parte de la población autóctona española que también lo padecerá cuando supere esa misma edad.

Las diferencias genéticas entre las poblaciones, los distintos estilos de vida y costumbres, la educación, y la propia idiosincrasia de su lugar de origen, son algunos otros elementos que hay que considerar, para estimar cifras y tipología del cáncer que se padecerá en el futuro.

Es difícil no coincidir con organismos internacionales e investigadores, en que las tasas del cáncer aumentarán significativamente en los próximos años debido a fenómenos demográficos mundiales. El aumento se prevé tan significativo que obligará a los países, especialmente a los pobres, a reorganizar sus recursos para atender crecientes demandas. Una de esas demandas es precisamente la de los cuidados paliativos, pues sus necesidades de atención aumentarán proporcionalmente a las del cáncer.

Se propone el siguiente esquema que sintetiza la información y cifras anteriormente expuestas:

Figura 1. Estimaciones del cáncer y factores influyentes*



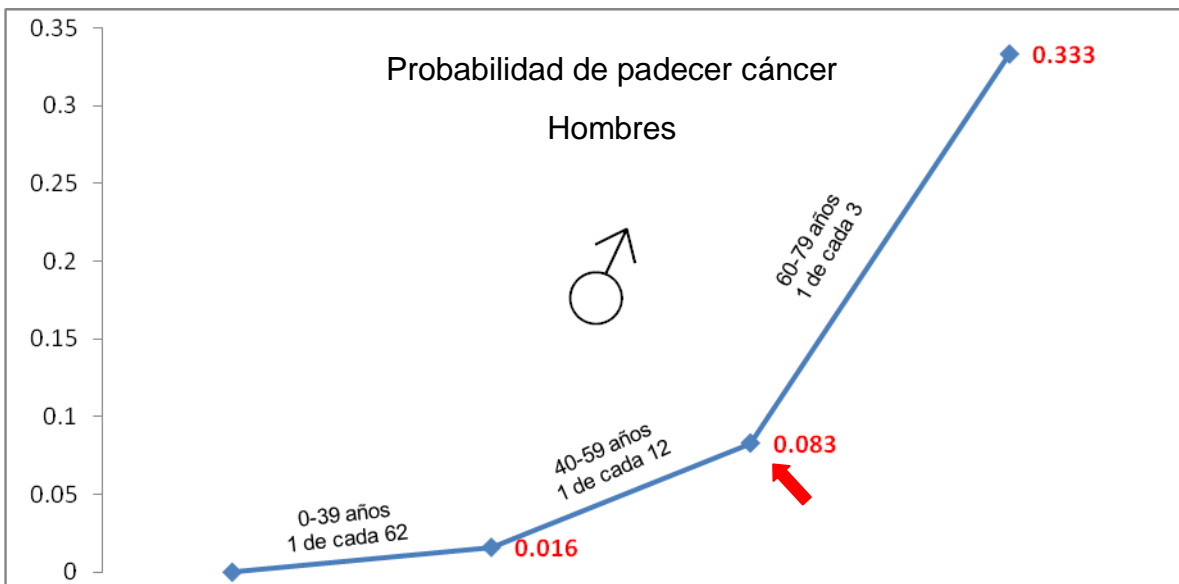
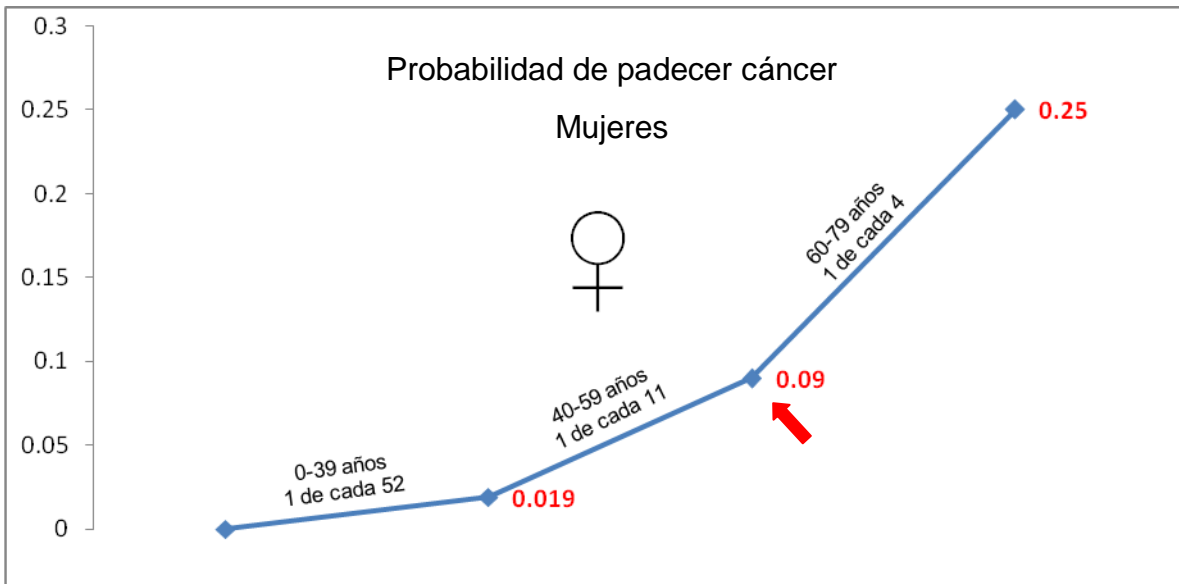
*Se muestra la posible influencia del crecimiento demográfico, el envejecimiento de la población y la transición epidemiológica sobre la incidencia del cáncer, de forma individual y conjuntamente, tanto en países desarrollados como en desarrollo.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, sitio oficial, <http://www.who.int/features/qa/15/es/>

Probabilidad de padecer cáncer.

Se muestran a continuación, gráficamente y por separado, las respectivas probabilidades tanto para hombres como para mujeres con respecto a su edad:

Figura 2. Probabilidad de padecer cáncer según el género.



Fuente: Harrison, Principios de Medicina Interna; Mc Graw Hill, 14ª Ed. Vol. II; México; pág. 579-580.

Comparativamente, se puede observar que la probabilidad es ligeramente mayor en las mujeres que en los hombres hasta los 39 años, es prácticamente la misma a partir de los 40, pero es menor a partir de los 60 años de edad. También se aprecia que las pendientes de las curvas son muy similares en ambos géneros; y lo más importante, que la enfermedad se incrementa de manera sustancial a partir de la sexta década de la vida, *flechas rojas*.

El presente estudio, pretende ser parte de las investigaciones, que ayuden a determinar la mejor forma de atención al menor costo posible para los pacientes paliativos; para ello, se describirá el modelo de atención hospitalario, de la unidad de atención *los Montalvos* en Salamanca, España; y el modelo domiciliario, de la asociación española contra el cáncer, de la misma comunidad; Se estimarán los principales indicadores estadísticos de ambos modelos, junto con los principales costos de atención de cada uno de ellos.

Aunque se trata de modelos en muchos aspectos incomparables, que cuentan con diferente logística, financiamiento e infraestructura, se establecerá la comparativa estadística y económica correspondiente, únicamente con la finalidad de brindar una referencia lo más cercana posible a la realidad en estos momentos. La intención es revelar directrices médicas oportunas y pautas económicas adecuadas, que contribuyan con: *una urgente necesidad mundial humanitaria para gente con cáncer y otras enfermedades terminales*²⁰, así declarada por la OMS desde 2007.

En el capítulo uno se encuentra una breve narración acerca del origen del hospital los Montalvos, un singular sanatorio en el cual hay una unidad de cuidados paliativos que es centro de referencia regional. Se conocerá la forma en que son aprovechados actualmente los espacios para la atención de pacientes terminales, en lo que anteriormente era un centro antituberculoso.

También se detallan la infraestructura, el personal, la atención paliativa otorgada y sus grandes diferencias con la atención médica convencional, además de la problemática que se suscita con este tipo de pacientes.

En el capítulo dos se describe a la auspiciadora del modelo de atención paliativa domiciliaria, la asociación española contra el cáncer (AECC), que por cierto fue

pionero en España, y ha sido tal su éxito que se reprodujo por todo el país con pocas variaciones. ¿Cuál es el origen de la institución?, ¿cómo está organizada?, ¿cuáles son sus órganos de gobierno y cómo funcionan?, ¿qué misión, valores y objetivos tiene? ¿qué actividades realiza?, ¿cómo distribuye sus gastos? ¿cuáles son sus fuentes de financiamiento?, y sobre todo ¿cómo opera una unidad de cuidados paliativos domiciliarios? Son preguntas cuyas respuestas se pueden consultar en este capítulo.

En el capítulo tres existe un breve compendio sobre la legislación española que tiene relación con los cuidados paliativos, desde las recomendaciones emitidas por el consejo de Europa, hasta el plan nacional. Contiene un apartado específico del real decreto 1030/2006 en el cual se define lo que se debe de entender por cuidados paliativos, su objetivo, en dónde están comprendidos, dónde se prestan, y lo que incluyen.

En el capítulo cuatro se presentan las principales definiciones que se utilizan en este estudio. Y como parte importante del mismo fue pedir algunos, y calcular otros, costos de atención paliativa, se hacen las especificaciones pertinentes sobre *costos* y *costo beneficio*, entre otras. También se establece la metodología que utiliza el hospital universitario de Salamanca, para obtener el costo de cada uno de sus pacientes; se trata del sistema GECLIF, un proceso ampliamente ocupado por la sanidad pública, y utilizado por ley en todo Estados Unidos para hacer pagos prospectivos.

En el capítulo cinco se condensan los ejemplos internacionales y nacionales en lo que a cuidados paliativos respecta. Algunos son de países ricos que se han decantado por programas poco costosos; otros son de países pobres que han detectado fallas y aliados estratégicos en la atención brindan. Pero todos coinciden, con las recomendaciones y declaraciones de la OMS: que los cuidados paliativos brindan muchos beneficios en calidad de vida, y sobre todo, que no requieren de inversiones iniciales, tan sólo del reordenamiento de recursos. Además, es posible consultar una breve historia de dichos cuidados en el país ibérico, España; sus protagonistas, sus principales actividades y los retos hacia el futuro.

En el capítulo seis están las razones que originaron este estudio, y la manera de llevarlo a cabo. Se establecen las reglas y bases de una comparativa entre dos modelos de atención paliativa, uno domiciliario y otro hospitalario. También se determinan cuales fueron los objetivos del mismo: conocer la media de supervivencia, o cuánto tiempo vive en promedio un paciente después que ha ingresado a un programa paliativo; saber cuánto tiempo pasa un enfermo internado en un hospital; el porcentaje de pacientes que logra el alta médica; los lugares de fallecimiento de los enfermos; los servicios que refieren pacientes, la casuística; y por supuesto, lo que cuestan.

En el capítulo siete, el de los resultados, se observan generalmente de manera gráfica las principales características de la atención paliativa en un paciente terminal, ya sea hospitalaria, o domiciliaria. Aquí también es donde quedan plasmados los principales costos obtenidos directamente de las autoridades hospitalarias, y los proporcionados por la asociación española contra el cáncer; así como una estimación del costo beneficio de los modelos comparados; y una tabla que contrasta la legislación mexicana con la española en el mismo tema.

En el capítulo ocho, el de las conclusiones y recomendaciones, se señala con base en los resultados, y de la manera más objetiva posible, lo que se ha descubierto con este estudio; cuando los grupos de pacientes han sido reducidos, tan sólo se hicieron algunas observaciones tomando como referencia las opiniones de los médicos implicados. Por ejemplo: ¿a qué se debe que los pacientes vivan más en el modelo domiciliario, que en el hospitalario?. Se analizó la media de supervivencia en los diferentes subgrupos de pacientes, y hay algunos que brindan respuestas parciales. Una de ellas, es que los servicios referentes difieren sustancialmente entre modelos, en el domiciliario el principal es oncología, mientras que en el hospitalario es urgencias. Otra, es que hay una tendencia a enviar a pacientes con menor expectativa de vida al modelo hospitalario, pues pacientes con idénticos diagnósticos y enviados por un mismo servicio, viven menos ahí.

Respecto a las **referencias y bibliografía**, se tuvo especial cuidado en buscar las mejores, por eso se consultó en libros médicos prestigiados y artículos de

organizaciones nacionales e internacionales, tales como la *Organización Mundial de la Salud (OMS)*, la *Organización de las Naciones Unidas (ONU)*, *The New England Journal of Medicine*, la *Secretaría de Salud*, el *Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)*, entre otras. Además, se obtuvo la opinión de expertos directamente implicados en el tema que nos ocupa.

Anexo uno. Uno de los pioneros en la introducción de los cuidados paliativos en España, y presidente fundador de la sociedad española de cuidados paliativos, Jaime Sanz Ortiz, fue entrevistado en este apartado. Sus respuestas son enseñanzas invaluable para todos aquellos que se interesen en el tema.

Anexo dos. Como una imagen vale más que mil palabras, se decidió poner en este apartado una galería fotográfica de la unidad de cuidados paliativos del hospital los Montalvos. Se trata de un paseo visual detallado, a través de un servicio médico adaptado a las necesidades del paciente y su familia, que está rodeado por un bosquecillo de encinas, y salpicado de granjas que tienen como marco circundante sierras nevadas.

En el **Anexo tres.** El próximo presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), contestó a una serie de preguntas sobre el cáncer, la oncología médica y los cuidados paliativos; también nos cuenta cuáles son sus principales líneas de acción y propuestas para el futuro.

En el **Anexo cuatro** se han calculado con cifras oficiales y mediante la fórmula recomendada por la OMS, las necesidades de cuidados paliativos en México por entidad federativa. Dicho de otra manera, ha quedado plasmado mediante las mejores herramientas disponibles, el número de personas que sufre en sus casas y que requiere atención paliativa en México.

Finalmente, en el **Anexo cinco** se encuentra el marco normativo más actual en nuestro país, con algunos comentarios y opiniones al respecto para generar una discusión constructiva con el lector.

1. El hospital clínico los Montalvos

1.1 Reseña histórica.

Se trata de un centro de asistencia sanitaria que inicialmente se construyó para atender enfermos de tuberculosis, las primeras referencias sobre las negociaciones de gestión y construcción se ubican en 1930²¹. El hecho de haberse concebido como un hospital antituberculoso determinó, desde aquel entonces, su arquitectura, ubicación, orientación, distribución y configuración en general.

La construcción del hospital no se exentó de múltiples dificultades; con la proclamación de la segunda república en España, acontecieron cambios sociopolíticos importantes, cuyas consecuencias se vieron reflejadas en suspensiones de obras temporales, diversas sedes, y retrasos en los proyectos, entre otros. Fue hasta 1934, que con el nombramiento del Dr. Filiberto Villalobos, como ministro de instrucción pública y bellas artes, se iniciaron las gestiones para la construcción del hospital en su actual sede definitiva, a las afueras de la ciudad de Salamanca²².

El Dr. Filiberto Villalobos es mencionado en la bibliografía consultada como principal gestor y catalizador de la fundación del hospital los Montalvos, ya que desde que fungió como diputado provincial, hacia 1930, detectó la necesidad de atender a una creciente población de gente con tuberculosis²³, una enfermedad de difícil tratamiento que se cobraba un gran número de víctimas en aquella época.

Finalmente, se ubicó una finca de 14 hectáreas a 9 kilómetros de la ciudad de Salamanca, propiedad de Dña. María Antonia Díaz Salvadios, ideal para la construcción del hospital. La dueña donó dichos terrenos, y las obras se adjudicaron por medio de subasta pública²⁴. El día 25 de Abril de 1935 se colocó la primera piedra, de lo que se convertiría en el más grande centro antituberculoso de España con una capacidad de 500 camas, junto con periódicos y monedas de la época en una caja de hierro²⁵. La obra tardó en completarse diez años más de lo previsto, debido a la guerra civil, y supuso un costo casi tres veces superior al originalmente planteado, ya que ascendió de \$ 4, 616,000 pesetas a 13,000.000 de pesetas²⁶.

Cabe señalar, que en aquellos años, ante la dificultad en el tratamiento de la tuberculosis, su alta contagiosidad y gran prevalencia, se buscaba alejar de los centros urbanos a las personas infectadas, para atenuar en la medida de lo posible su dispersión. Por ello, lo difícil de su emplazamiento, gestión y construcción.

Don Ambrosio de Prada Garrido, fue nombrado como primer director del centro hospitalario, y para 1948 este último comienza a funcionar ante las crecientes necesidades²⁷. Pero no es sino hasta el diez de Mayo de 1954, que se produce la inauguración oficial, con la visita del general Francisco Franco²⁸, hecho que denota la importancia del sanatorio.

1.2 Características generales del hospital los Montalvos.

A través del tiempo la prevalencia de tuberculosis fue disminuyendo, los tratamientos mejoraron y el conocimiento de la enfermedad se incrementó. Ante tal situación, los hospitales adecuaron sus instalaciones, personal, y sobre todo, su funcionamiento. Tal es el caso de este hospital, que actualmente es un centro de atención médica multidisciplinaria.

La brillante traza y ejecución; el emplazamiento inmejorable, en colinas de suave pendiente, rodeado de un bosquecillo de encinas y con vista a las sierras circundantes; las amplias y cómodas habitaciones, todas ellas con terraza, que al recibir al sol de forma oblicua, logran el *efecto brisoleil*, consistente en permitir el oreado y la iluminación natural sin la incidencia solar directa. Todo ello, hace a este centro hospitalario, un sitio ideal para atender a enfermos y familiares, especialmente en padecimientos de larga evolución, pues el personal y las instalaciones, les transmiten la sensación de estar en un verdadero hogar.

Para tener una referencia visual, se recomienda ampliamente ver la galería fotográfica de este singular centro de atención hospitalario en el anexo 2.

1.3 Los cuidados paliativos en el hospital los Montalvos.

La atención médica a los pacientes que requieren cuidados paliativos se inauguró en el año de 1993, con el objetivo de proporcionar tratamiento a aquellos enfermos con dolor crónico refractario a las terapéuticas habituales²⁹. Para 1998, se constituyó en

centro de referencia regional, en lo concerniente a la formación, asistencia, e investigación de enfermos terminales³⁰.

En Diciembre de 2002 se otorgó en la segunda planta, una unidad de hospitalización dividida en dos áreas; la primera con 15 habitaciones individuales, enfocada a atender pacientes con enfermedades oncológicas terminales; y la segunda, con cuatro habitaciones dobles, se encarga del tratamiento de enfermos con dolor benigno³¹.

En ese mismo año se introdujeron y comenzaron a funcionar, paulatinamente, las terapias complementarias, o medicina alternativa; las cuales, aunque no cuentan con reconocimiento oficial, respaldo científico y aceptación en el gremio médico, parecen brindar algunos beneficios a cierto tipo de pacientes. Además, el equipo de cuidados paliativos cuenta con un sacerdote, quien pasa visita para brindar confort espiritual a quien lo necesite.

La intención de dichas terapias es apoyar al tratamiento médico convencional, ya que en algunos enfermos, afortunadamente pocos, el manejo y alivio del dolor es difícil, debido a que existe un indeterminado número de factores que influyen sobre el sufrimiento humano.

Cabe agregar, que la unidad de cuidados paliativos del hospital los Montalvos es pionera, a nivel nacional, en la incorporación de la medicina alternativa como tratamiento adyuvante, esto último referido por personal directivo de la unidad.

Para el 2003, se puso en marcha un grupo de voluntarios, constituido por alrededor de quince personas, cuya función es, principalmente, escuchar las inquietudes de los enfermos terminales; platicar y convivir con ellos, para devolverles, en la medida de lo posible, un poco de normalidad a su vida. En general, se trata de ayudarlos socialmente en el proceso de morir.

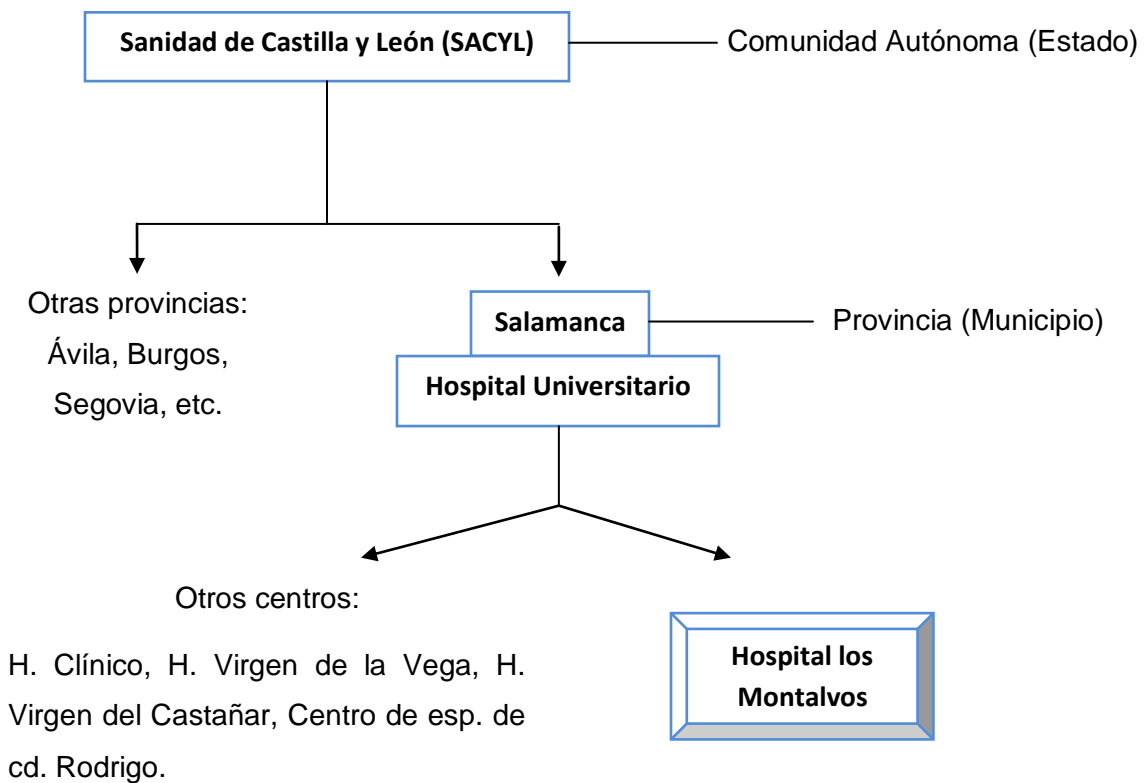
Curiosamente, gran parte de los voluntarios, son personas que tuvieron, ellos mismos o sus familiares, algún tipo de cáncer, y experimentaron de primera mano el duro proceso de su enfermedad, o de la muerte de un ser querido.

1.4 Funcionamiento y dependencia.

En la actualidad, el hospital los Montalvos se encuentra integrado orgánica y funcionalmente al hospital universitario de Salamanca.

Se presenta a continuación el esquema que lo ubica dentro de la sanidad de Castilla y León, así como sus relaciones y dependencias. Se muestra entre paréntesis el nivel de la equivalencia política en México.

Figura 3. Relaciones y dependencias del hospital los Montalvos*



**Desde el 2002, el hospital los Montalvos es parte del organismo autónomo SACYL; un año después, se integra orgánica y funcionalmente al hospital universitario de Salamanca, también dependiente de la Sanidad de Castilla y León. Fuente: Sanatorio de los Montalvos, guía para una visita, ed. Santiago Lorenzo, España, pág 62.*

Al igual que muchos centros paliativos, el de los Montalvos tuvo su origen en una clínica del dolor, pasando primero un tiempo antes de su diversificación o separación, en este caso fueron cinco³².

1.5 Infraestructura.

En las siguientes tablas, se muestran la cantidad y características básicas de las instalaciones, con las que funciona el modelo asistencial de cuidados paliativos del hospital los Montalvos.

Tabla 1.

Recursos físicos para pacientes de la unidad de cuidados paliativos del hospital los Montalvos.

Elemento	Cantidad	Descripción
H. individuales	15	De amplias dimensiones; cuentan con televisión, frigorífico, mesa de centro con silla, sofá cama, baño con todos los aditamentos necesarios para personas con capacidades diferentes, escritorio, ropero, y dos sillas adicionales.
H. dobles	4	
Total	19	
Camas	23	Articuladas y automáticas, para movilización del paciente y el adecuado aseo del mismo.
Sala de esparcimiento	1	Tiene televisión, dos amplios sillones, libreros, películas, enciclopedias, novelas, mesa de estar, mesa de centro y aparato de gimnasio.
Cocina con comedor	1	De uso exclusivo para pacientes y familiares, con todos los aditamentos para preparar alimentos; si el hospital no cuenta con alguno, ellos mismos pueden ingresarlos.

Fuente: Visita personal con estancia de un mes en actividades médicas.

La unidad de cuidados paliativos del hospital los Montalvos, es tan sólo una, de ocho unidades asistenciales distribuidas en cuatro plantas. *Medicina interna, unidad del dolor, neumología, cirugía, rehabilitación de salud mental, patología dual, y convalecencia de salud mental*, completan el mosaico asistencial de este hospital.

Tabla 2.

Recursos físicos para médicos, enfermeras, estudiantes, y personal administrativo de la unidad de cuidados paliativos del hospital los Montalvos.

Elemento	Cantidad	Descripción
Oficinas médicas	2	Concebidas para congregar 4 a 6 personas al mismo tiempo y realizar actividades asistenciales y docentes.
Sala de Juntas	1	Da cabida a las sesiones matinales, donde se comenta la evolución médica de los pacientes y su problemática familiar y social.
Salón de exposiciones	1	Suficiente para 30 a 35 personas, contiene todo el mobiliario para las mismas.
Control de Enfermería	2	Ubicado cerca de la oficina médica y en el centro del pasillo, para tener fácil acceso a todas las habitaciones de los pacientes.

Fuente: Visita personal con estancia de un mes en actividades médicas.

La concepción inicial del hospital para atender tuberculosis, condiciona actualmente que los espacios internos y externos, puedan albergar a pacientes y familiares por largos periodos de tiempo, pues tienen todas las comodidades y facilidades para ello. Las visitas, generalmente prolongadas e intermitentes, cuentan con muchos servicios, entre los que se encuentra el de transporte en autobús, con múltiples paradas desde la ciudad de Salamanca. Dicho servicio, esta espaciado por hora y media de diferencia, y cuenta con tarifa preferencial para familiares de enfermos. Estas características, y sobre todo, la cálida atención del personal médico y administrativo, son altamente apreciadas por pacientes y familiares, porque se encuentran en situaciones donde cualquier atención por pequeña que parezca, es importante.

1.6 Personal.

En la siguiente tabla se describe a los integrantes del equipo de cuidados paliativos del hospital los Montalvos, así como sus principales actividades.

Tabla 3 Personal y sus actividades.

Personal	Principales actividades
4 Médicos	Pasar visita a todos los pacientes por la mañana, se brinda a cada uno el tiempo que necesite.
10 Enfermeras	Junto con los médicos, determinan las pautas más adecuadas a seguir en cada caso.
8 Auxiliares de enfermería	Junto con las enfermeras, aplican terapias médicas y alternativas.
2 Psicólogos	Complementan al equipo detectando necesidades que los medicamentos no cubren.
1 Trabajador social	Asesoría, orientación, apoyo y resolución de asuntos sociales.
1 Fisioterapeuta	Ayuda al equipo en casos de difícil manejo del dolor y poca movilización.
15 Voluntarios	Escuchar y acompañar a los pacientes, se les pide dos o tres horas por semana.
1 Capellán	Dar confort espiritual al enfermo que lo solicite.

Fuente: Proporcionado por directivos del servicio, corroborado con observación directa durante la estancia de un mes en el centro.

El personal anteriormente descrito, está calculado para atender 15 camas individuales y 4 dobles, es decir, un total de 23 pacientes.

1.7 La atención brindada en el servicio de cuidados paliativos.

Se trata de un servicio médico singular, como todo centro de atención de cuidados paliativos debe de ser. El objetivo principal de curar las enfermedades ha quedado atrás; ahora, la prioridad es aliviar el dolor físico que causa una enfermedad larga e incurable, y el sufrimiento que ocasiona el saber que la muerte se acerca.

Los médicos han aprendido y enseñan a otros, que la mentalidad curativa tradicional, debe de ser cambiada por una actitud de servicio poco invasiva. Ya no es necesario, y en algunos casos representa más sufrimiento para los enfermos, el estarlos sometiendo a múltiples pruebas; sólo se deben realizar aquellas que aporten algo sustancial en favor del alivio del dolor y sufrimiento, las que sólo aportan información sobre la enfermedad, deben de ser olvidadas.

El paciente continúa siendo el foco de atención del equipo, pero el manejo ahora se ha extendido a su familia y a su situación social. Se contempla no sólo el bienestar físico, también el emocional, psicológico y espiritual, el apoyo y la orientación. Por ello, lo valioso de las aportaciones del trabajador social, los psicólogos, religiosos, y terapias alternativas.

Las enfermeras están capacitadas y validadas por los propios médicos, para aportar en los tratamientos, hacer críticas constructivas y reconvenir respetuosamente. Se pretende dejar atrás el sistema médico jerarquizado, donde alguien ordena y los demás obedecen, para crear un verdadero equipo de trabajo, un equipo creador, que funcione conjuntamente en una sola dirección, aportando cada uno su mejor esfuerzo de acuerdo con su disciplina, y siempre, considerando lo mejor para el paciente y su familia en el entorno en el que se desenvuelven.

El jefe de servicio, para efectos de la visita, es un médico más, pues consulta y convive con enfermos, administra tratamientos y demás; situación bastante importante, ya que puede vivir de cerca la problemática del paciente, además de tener la oportunidad de darse cuenta de las situaciones especiales que rodean al propio servicio.

Los psicólogos, al igual que el trabajador social y el sacerdote, brindan un apoyo necesario, y otorgan una dimensión extra a la atención del paciente, pues lo ayudan

en esferas no contempladas totalmente por la medicina alópata. En muchos pacientes, que ya han aceptado su enfermedad y su desenlace, las preocupaciones principales son pendientes sociales y familiares por resolver, o cuestiones espirituales y mentales en las que un profesional de estas áreas, generalmente se desempeña mejor que un médico.

El fisioterapeuta, redondea la intervención del equipo al devolver cierta movilidad, o en su defecto, retrasar los efectos de permanecer largos periodos de tiempo sin actividad. Situación muy importante, ya que una de las más grandes pérdidas que experimentan este tipo de pacientes, es la de ver sus capacidades físicas limitadas, deterioradas o perdidas.

Se resumen las principales diferencias entre la atención médica convencional y la de un equipo de cuidados paliativos:

Tabla 4.

Principales características y diferencias en atención.

	Atención médica convencional	Cuidados paliativos
Prioridad.	La salud y la vida.	La aceptación del proceso de morir.
Objetivos principales.	La curación del paciente.	Aliviar el dolor físico y el sufrimiento emocional.
	Vida.	Calidad de vida.
Esferas contempladas	La física, principalmente.	Física, psicológica, emocional, espiritual, y social.
Foco de atención	Paciente.	Paciente, familiares y problemática social.

Tabla 4 continuación....

	Atención médica convencional	Cuidados paliativos
Sistema de atención	<p>Jerarquizado.</p> <p>Generalmente invasivo.</p> <p>El paciente solicita ayuda.</p> <p>En hospital.</p> <p>El paciente se acopla al sistema.</p> <p>Restringido.</p>	<p>En equipo.</p> <p>No invasivo.</p> <p>Se ofrece ayuda anticipada.</p> <p>En hospital y domicilio.</p> <p>El sistema se acopla al paciente.</p> <p>Permisivo.</p>
Hospital	Es un edificio más, generalmente con un ambiente duro para pacientes y familiares	Pretende asemejar un hogar, con calidad y calidez humana.
Consulta	Relación médico-paciente.	Relación médico-paciente-familia-sociedad.
Dinámica	Tiempos de espera, filas, pases, etc.	Sin tiempos.
Estudios	Todos los necesarios y que aporten información sobre la enfermedad	Sólo aquellos que sirvan para dar un beneficio sobre la calidad de vida del paciente.
Plazos	Corto, mediano, o largo plazo.	Sólo el día a día.

Fuente: Observacional, en el pase de visita a pacientes durante un mes, y comentado con personal del propio servicio.

Nota aclaratoria: Las apreciaciones contenidas en la tabla anterior, no deben ser interpretadas en términos de *mejor o peor atención*, simplemente porque están

diseñadas para atender a distinto número y tipo de pacientes, con diferentes patologías, problemática y expectativas (en una se espera vivir y en la otra morir). Además, sobre el concepto y tipo de atención influyen muchas situaciones, como la saturación de los servicios, la disponibilidad de aparatos y tecnología, infraestructura, número de personal, capacitación, y recursos en general. La tabla ha sido construida así, para ejemplificar correctamente y contrastar la atención en los cuidados paliativos, por lo que debe de ser entendida sólo conceptualmente.

En la atención médica convencional, la consideración de la unidad médico-paciente-familia-sociedad, queda a criterio del médico en cuestión, y no siempre es posible hacerlo aunque se quiera, por diversas limitantes y escalas de prioridades en esos momentos; mientras que en los cuidados paliativos, esa misma consideración es un nuevo eje rector y directriz. Las escalas de valores y prioridades han cambiado, se incrementan las limitantes, pero también lo ha hecho la importancia de resolverlas. Sencillamente, se trata de una nueva concepción de servicio, de una nueva actitud, de una nueva filosofía, de una nueva manera de ver, entender y atender una realidad. Aunque los cuidados paliativos llevan muchos años, se dice *nueva concepción*, simplemente porque así debe de ser para cada paciente cuando abandona sus tratamientos curativos.

1.8 La atención recibida en el servicio de cuidados paliativos.

Los pacientes no tienen restricciones dietéticas de ningún tipo, incluso pueden ingerir bebidas alcohólicas, tan solo se recomienda no abusar de algunos alimentos potencialmente dañinos en el corto plazo; si solicitan un alimento que no esté incluido en el menú del hospital, los familiares pueden proveérselo; es posible fumar dentro de las habitaciones, si así lo desean; no hay horario para las visitas familiares, estas se pueden realizar durante las 24 horas, inclusive, se ha dado el caso en el cual se llevaron mascotas muy queridas a la habitación del enfermo; tienen a su disposición centros de entretenimientos, juegos de mesa, libros, revistas, enciclopedias, películas y demás; pueden realizar paseos por una gran terraza que comunica todas las habitaciones y las oficinas; en caso de darse el alta médica, se contemplan todas las facilidades para la misma, y también la dinámica familiar de la que depende el

paciente, además de las adecuaciones pertinentes que se tengan que realizar en el domicilio. Si existe un factor muy desfavorable, es diferida.

1.9 Problemática.

Frecuentemente los pacientes no quieren ser enviados a sus domicilios, fingen dolores, molestias, y problemas familiares; insisten en necesitar más tiempo para recuperarse o solucionar alguna trivialidad; argumentan estar abandonados en su domicilio, o residencia de la tercera edad. Dichas actitudes, se deben principalmente, a que se encuentran en el servicio muy bien cuidados; la sensación de abandono y el miedo a la muerte son menores en el hospital, que en su casa; además, los familiares se encuentran descargados de una gran responsabilidad, y muchas veces lo que menos quieren es tenerla de nuevo.

En algunas ocasiones, los criterios de ingreso al servicio son ignorados por presiones externas, también, para no perjudicar a los enfermos, por abandono social, o por simple humanidad. Son pocos los pacientes que se aceptan de esta manera, y no necesariamente representan un problema, porque un servicio médico, y más aún el de cuidados paliativos, debe de tener esa actitud y flexibilidad; sin embargo, si fuera frecuente esta situación, se podría incurrir en el desvío de capital humano y recursos de quien más lo necesita.

Dentro y fuera del servicio de cuidados paliativos, se tiene muy presente el evitar decir ciertas palabras, o determinados comentarios, que se sabe son perjudiciales para el paciente y su familia, pues se encuentran en un estado de sensibilidad especial, y pueden ser malinterpretadas las mejores palabras dichas con buena intención. Sin embargo, esa cultura médica e higiene verbal, no todos los servicios médicos referentes la poseen, y una vez que el paciente es enviado al servicio de cuidados paliativos ya existen ciertas desventajas, si se hicieron comentarios inadecuados. El recuperar, o lograr un óptimo manejo, se torna más difícil.

La presión que ejercen los pacientes y familiares para permanecer en el hospital, suele ser intensa, y hace que los médicos cedan en algunas ocasiones con tal de continuar con la confianza en la atención. Estas estancias más prolongadas de lo estrictamente necesario, no parecen ser tantas como para afectar a otros enfermos

que esperan su ingreso; y son posibles, debido a que no existe una sobresaturación importante de pacientes, pero en la medida que estos últimos aumenten, se tendrá que lograr un equilibrio en estas concesiones.

1.10 Actividades básicas.

La siguiente tabla muestra los principales indicadores de funcionamiento del servicio de cuidados paliativos.

Tabla 5. Principales indicadores de actividad.

Actividad		Cantidad
Ingresos	Oncológicos	330
	Otras patologías	19
	Total	349
Altas		108
Fallecimientos		239
Índice de ocupación		68.8
Estancias (días)		3767
Promedio de estancia (días)		10.79

Fuente: Consejería de Sanidad, junta de Castilla y León; gerencia regional de salud, dirección general de asistencia sanitaria, 2009.

Sólo se han presentado aquí los principales indicadores de actividad para completar este capítulo y al mismo tiempo no extenderlo demasiado. En los capítulos de resultados y conclusiones, se extiende y detalla la información sobre dichos indicadores.

2. La asociación española contra el cáncer (AECC).

Se describirá brevemente el origen, la organización, y las principales actividades de la institución, además de algunas cifras relevantes, ya que la contribución de la organización en la sociedad y en los cuidados paliativos ha sido trascendente. También, es la auspiciadora de uno de los dos modelos que se comparan cuantitativamente en el presente estudio, el de atención domiciliaria.

2.1 Definición, origen y desarrollo.

Se trata de una organización no gubernamental de carácter benéfico, sin fines de lucro, constituida el 5 de marzo de 1953; logró su inscripción en el registro nacional de asociaciones en 1966, y fue declarada asociación de utilidad pública en 1970³³.

Como suele suceder con las organizaciones sin fines de lucro, fue la experiencia personal de un empresario con la enfermedad, y la sensibilidad que alcanzó durante el transcurso de la misma, una de las principales razones para la fundación de la institución. También, frecuentemente es el pueblo, impulsado por el genuino deseo de hacer el bien y aliviar el sufrimiento de los demás, quien continúa la lucha social contra las enfermedades del hombre. La AECC no es la excepción, ya que ha sabido seguir, ampliar, y tomar como estandarte la contienda contra el cáncer.

Es posible, según la bibliografía oficial de la AECC, asociar cada una de las etapas transitadas con distintas personalidades, aquí un pequeño resumen:

Orígenes: D. José Biosca Torres.

Desarrollo: D. Camilo Alonso Vega.

Expansión: Excmo. Sr. Duque del Infantado.

Maduración y adaptación: D. Luis Coronel de Palma, marqués de Tejada.

Ampliación de la base económica, incorporación a la comunidad europea, y mayor cooperación con las autoridades sanitarias nacionales: Ma. Fernanda Mendez-Nuñez y Gómez-Acebo, condesa de Elda.

Se han omitido intencionalmente las fechas de los periodos, porque no necesariamente coinciden con el tiempo de vida de los personajes citados, lo que si

hace la personalidad y directriz de los mismos.

2.2 Organización.

Desde sus inicios, la asociación cuenta con la representación unitaria de un triple pensamiento; es decir, tres directrices que marcan una ruta a seguir, clarificando y dilucidando las líneas de acción. Se detallan a continuación:

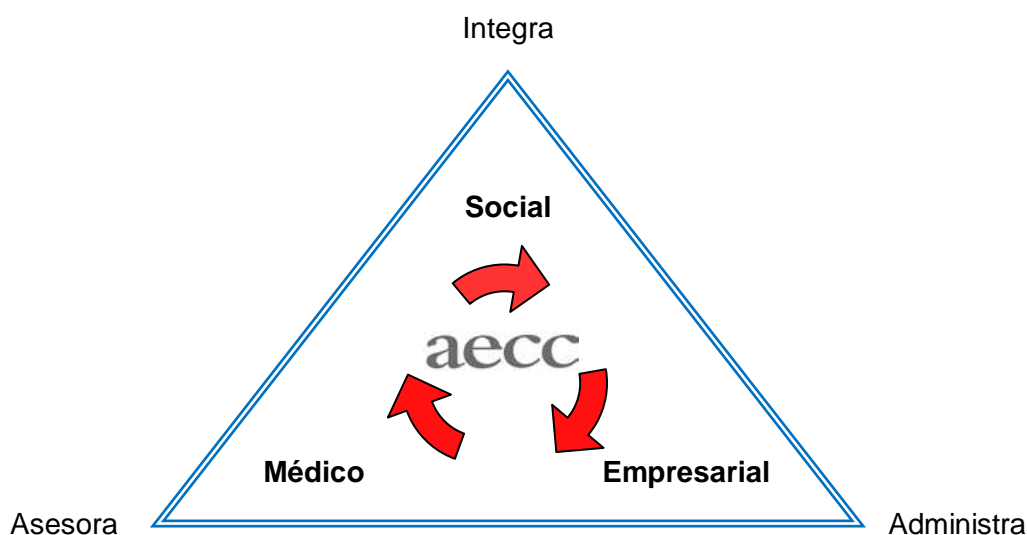
El pensamiento social es el más importante, y el que más necesita la asociación, pues cultiva la popularidad de la misma, adoctrina a sus integrantes, convence y asocia a todos sus elementos, además de ser el que genera los recursos.

El pensamiento médico dirige y enfoca los esfuerzos, aconseja en el actuar y asesora en las actividades. Asegura la correcta intervención de la asociación en la sociedad y hospitales.

El pensamiento empresarial administra con criterio realista, los recursos que se obtienen mediante donativos, subvenciones y cuestaciones. Labor imprescindible que asegura la supervivencia y el crecimiento de la asociación.

Se propone el siguiente esquema que sintetiza las directrices de la AECC:

Figura 4. Pensamiento creador de la AECC



Fuente: Lombart Rodríguez Antonio; *Historia de la Asociación Española Contra el Cáncer 1953-1993*; AECC, España; Pág 15.

2.3 Órganos de gobierno.

La AECC lleva 57 años con presencia en la sociedad, ayudando y llevando a cabo diversas actividades que brindan bienestar al pueblo, lo ha hecho, y lo sigue haciendo de manera exitosa; generalmente cada año crece, gana popularidad, socios y nuevos adeptos; convence y obliga de manera indirecta a la sanidad pública a tomar mayor parte en la asistencia social; tiene presencia en todas las comunidades del país; y genera conocimiento dedicando parte de sus recursos a la investigación. Por todo lo anterior, conviene dedicar unos párrafos a describir sus elementos de gobierno:

Asamblea General: se trata del órgano supremo de la AECC, examina y aprueba la gestión del consejo ejecutivo, los gastos anuales, y el presupuesto del ejercicio siguiente. También decide sobre cuestiones de especial relevancia como la elección del consejo ejecutivo, la reforma de sus estatutos o la disolución de los mismos.

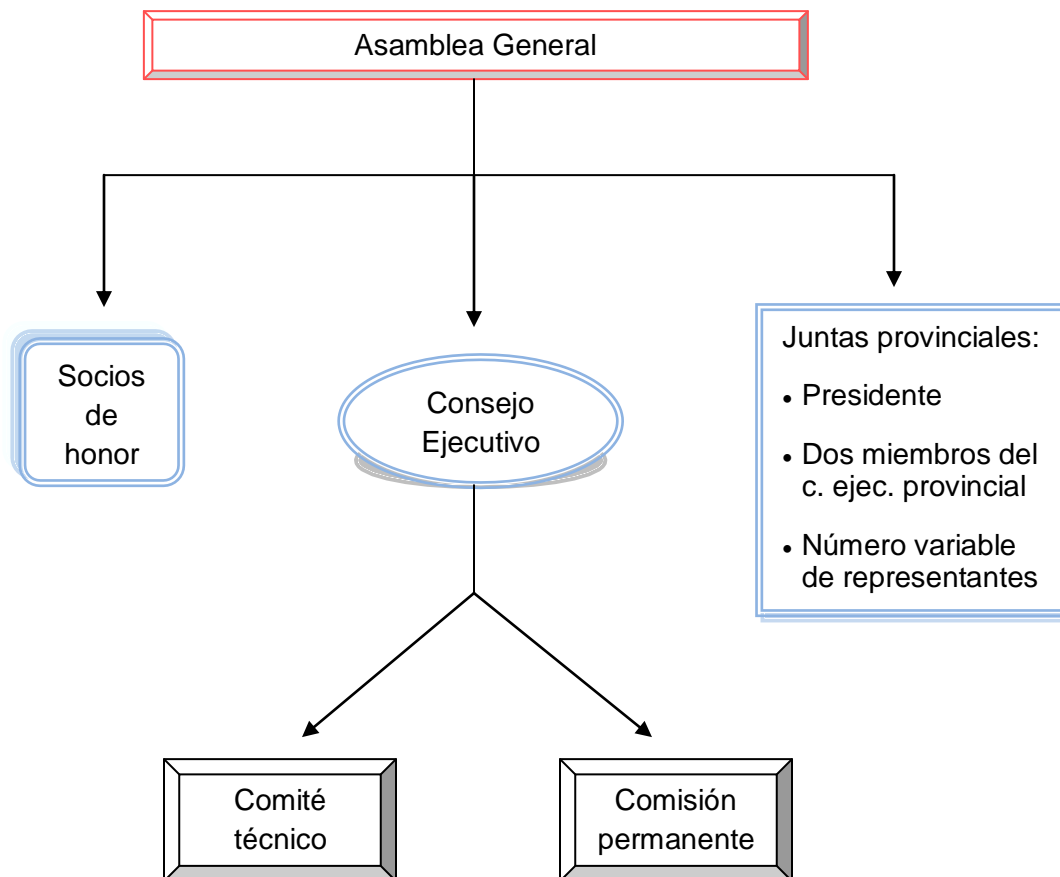
Consejo Ejecutivo: Es el órgano de administración y representación. Se compone de 20 consejeros elegidos por la asamblea general, con mandato de cuatro años y una sola reelección; se reúne periódicamente para articular sus propias funciones y las de los distintos elementos organizacionales.

Comisión permanente: Órgano delegado del consejo ejecutivo, cuyo objetivo es dar resolución a los asuntos planteados en periodos ordinarios de la asociación.

Comité técnico: Es el órgano que asesora al consejo ejecutivo en asuntos sanitarios, médicos, técnicos, científicos, y los que estén relacionados con el cumplimiento de los fines sociales. Se compone de un presidente y de un número de vocales determinado por el consejo ejecutivo; los miembros de este último que reciban un nombramiento por ser médicos, o personalidades científicas relevantes, serán miembros del comité técnico.

En la página siguiente puede visualizarse un organigrama, construido para ejemplificar a los órganos de gobierno, y las relaciones existentes entre ellos, de una manera más sencilla:

2.4 Organigrama.*



Fuente: Construido con información publicada por la AECC en su sitio oficial: www.aecc.es

**Resalta la organización gubernamental, entre otras cosas, por su semejanza con un estado democrático, ya que logra la representatividad de todo el territorio español mediante las juntas provinciales; su presidente, los dos miembros del comité ejecutivo provincial, y los representantes (cuyo número está en función del número de asociados), son los encargados de ejercer dicha representatividad.*

Como es posible observar en el organigrama, y según la descripción del mismo que hace la AECC, se trata de un esquema organizacional completo, incluyente, plural y multidisciplinario, donde se busca equilibrio en la representatividad; además, cuenta con órganos ejecutores y asesores con objetivos claros y bien delimitados. Las elecciones internas, las reformas, la implantación y derogación de estatutos, los

ejercicios fiscales y la aprobación de programas, entre otros, se encuentran controlados por mecanismos democráticos.

2.5 Misión y valores.

La siguiente tabla resume las principales razones por las que existe y persevera la AECC.

Tabla 6. Misión y valores de la AECC.

Misión	Valores	
<ul style="list-style-type: none"> • La lucha contra el cáncer 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad y cohesión 	<ul style="list-style-type: none"> • Eficiencia.
<ul style="list-style-type: none"> • Liderar a la sociedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Profesionalidad e integridad 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad y compromiso
<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir el impacto de la enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Transparencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Independencia
<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la vida de las personas 	<ul style="list-style-type: none"> • Vocación de ayuda y servicio 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinamismo

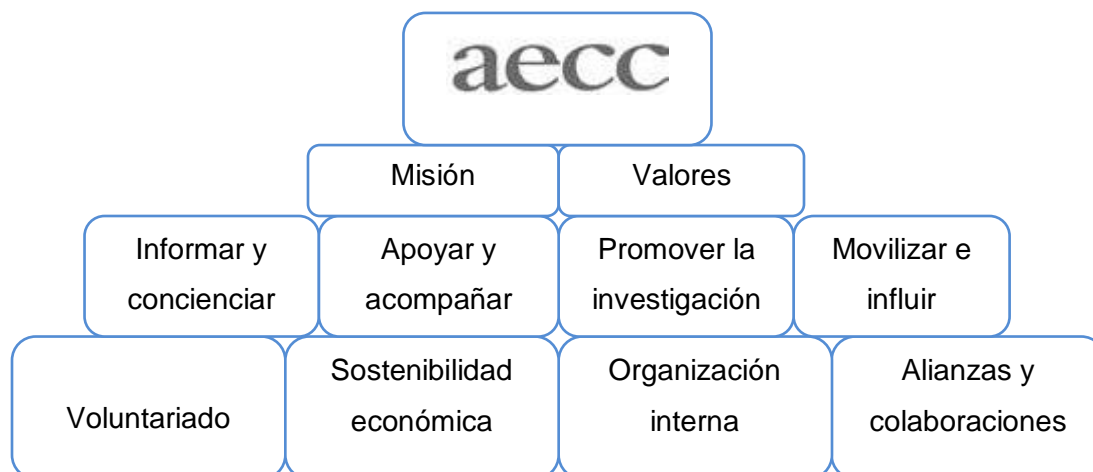
Fuente: Asociación Española Contra el Cáncer, sitio oficial: www.aecc.es

Desde su creación, la AECC ha sido una de las organizaciones más importantes en la lucha contra el cáncer en todas sus formas; su liderazgo en la sociedad, las líneas de investigación que lleva a cabo, y los cuidados paliativos que ofrece, entre muchas otras actividades, la convierte en una organización multidisciplinaria que abarca todos los espectros de acción, desde la información y prevención, hasta el servicio de hospedaje para familiares de pacientes. Cabe agregar, que el 71% del gasto de la organización es dedicado al cumplimiento de la misión³⁴, y es la entidad privada que más recursos monetarios destina a la investigación contra el cáncer³⁵.

2.6 Objetivos estratégicos.

La siguiente pirámide integra los objetivos estratégicos (base y primer nivel) con la misión y valores de la AECC:

Figura 5. Objetivos estratégicos integrados a la misión y valores de la AECC.



Fuente: Construido con información de la AECC en su sitio oficial: www.aecc.es

Base, o *actividades de soporte*: El *voluntariado* está compuesto por más de 14,500 voluntarios³⁶, los cuales desarrollan labores sociales diversas, como visitas a los hospitales, pláticas, cursos, y múltiples campañas de concientización, donativos y cuestaciones, entre muchas otras más. La *organización interna* es posible gracias a sus 744 profesionales, que trabajan en 52 juntas provinciales y en 2 mil juntas locales³⁷. Finalmente, una de sus principales fuente de ingresos, es a través de cuotas de socios y usuarios, además de la promoción de captación de recursos³⁸, gracias a las cuales se logra la *sostenibilidad económica* de la organización.

Primer nivel: Es el de las *actividades clave*, y es posible apreciar la orientación claramente social de la institución, ya que están encaminadas a servir al pueblo español; mediante la *promoción de la investigación* se incluye a la comunidad científica; y a través del *movilizar e influir* que se presiona al sector público y privado para colaborar. Con el *informar y concienciar* y el *apoyar y acompañar*, se sensibiliza a la población buscando aportaciones y prevención, además de cubrir todo el espectro de necesidades de los enfermos con cáncer.

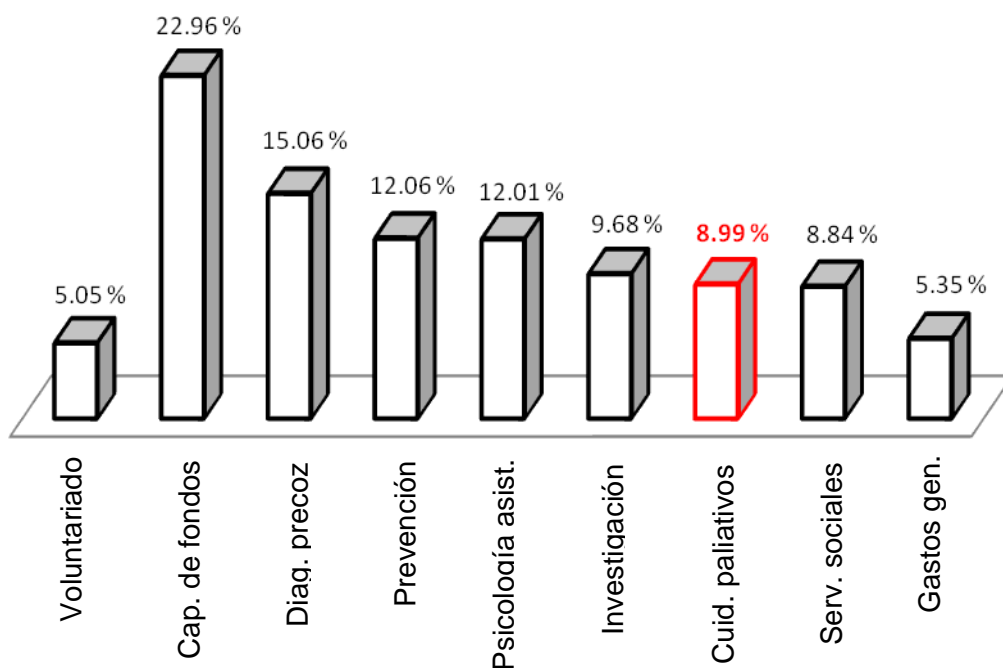
Segundo nivel: La misión y los valores ya fueron presentados y comentados.

2.7 Principales actividades y cifras relevantes.

2.7.1 Distribución de gastos.

La siguiente gráfica resume las principales actividades de la AECC, y también revela los fondos que le destina a cada una de ellas:

Grafica 1. Distribución de gastos AECC.



Fuente: Informe anual 2009, AECC, sitio oficial: www.aecc.es

Como se ha podido apreciar, el gasto que hace la organización para obtener más recursos es el más grande; se ha resaltado el que se hace en cuidados paliativos, el cual, aunque es importante, ha ido disminuyendo año con año, y se espera que lo siga haciendo, más adelante se explican las razones.

Si se suman los porcentajes destinados a las actividades que pretenden anticiparse a los efectos de la enfermedad (*diag. precoz, prevención, e investigación*), obtenemos un 36.80%; si lo hacemos también, por separado, con las actividades netamente asistenciales, o aquellas que se realizan en fases intermedias y avanzadas del

cáncer (*cuidados paliativos, psicología asist., y serv. sociales*), obtenemos un 29.84%.

Sin pretender hacer un análisis financiero, a simple vista se percibe una distribución equilibrada de gastos, porque una vez que la AECC invierte para hacerse de recursos suficientes (captación de fondos, 22.96%), la apuesta está dirigida hacia la prevención y curación (36.80%), sin dejar de atender a la gente que ya padece la enfermedad (29.84%). Probablemente, sea uno de los elementos clave del crecimiento, éxito y permanencia de la AECC.

2.7.2 Financiamiento.

Son diversas las fuentes de recursos que presenta la propia AECC, primero se muestran y después se comentan:

Tabla 7. Ingresos de la AECC.

Fuente	%
Actos públicos, patrocinadores y diversos	15.14 %
Atención sanitaria	12.43 %
Cuestación	14.49 %
Donaciones y legados	7.48 %
Ingresos extraordinarios (cenas y otros)	11.40 %
Lotería	11.30 %
Socios	12.50 %
Subvenciones	15.26 %

Fuente: Informe anual 2009, AECC, sitio oficial: www.aecc.es

En el estado de resultados que presenta la institución para ser auditado, existe el rubro *promoción captación de recursos y cuotas de usuarios y afiliados*; por mucho, es el más importante, pues genera 27, 408.972 euros³⁹, más del doble del

subsiguiente. En ese rubro se encuentran englobadas diversas fuentes de financiamiento, como lo son los 117, 460 socios registrados en el 2009⁴⁰, quienes colaboraron generosamente para acumular dicha cantidad.

Los 14,757 voluntarios⁴¹ no son propiamente una fuente de financiamiento, pero si contribuyen sustancialmente todos los años en la contención de costos de la AECC. Resulta interesante, la abrumadora mayoría del voluntariado femenino en la organización, con un 89%, frente a un 11% de personal masculino, con una media de edad para ambos géneros de 57 años de edad⁴².

2.8 Los cuidados paliativos en la AECC.

En España, y de acuerdo con la OMS, a través del ministerio de sanidad y política social, se reconoce como derecho universal el que las personas enfermas en fase terminal, accedan a un nivel básico de cuidados en todos los ámbitos de atención⁴³. El primer programa de cuidados paliativos domiciliarios de la AECC fue puesto en marcha en 1991⁴⁴, y la entidad se autodeclara como pionera en la implantación de los mismos en el país⁴⁵.

La incursión de la institución en los cuidados paliativos ha sido, y sigue siendo, invaluable; básicamente consiste en crear unidades domiciliarias de atención, y una vez establecidas y desarrolladas, las traspasa a la sanidad pública. Así ha sucedido durante el 2008 y 2009, pues fueron transferidas 16 de ellas⁴⁶; esto explica el por qué, la asociación reporta cada año un menor número de unidades operadas, ninguna de reciente creación, y cada vez menos pacientes atendidos. Sin embargo, todavía en el 2009, permanecen 37 establecimientos paliativistas visitando enfermos en sus casas⁴⁷, con la estrecha colaboración de la sanidad pública, generalmente consistente en el financiamiento compartido. Por lo tanto, podemos decir en pocas palabras, que la AECC no está creando ninguna unidad más, y las que tiene busca traspasarlas.

En su informe anual del 2009, la asociación hace énfasis en su continua participación en los cuidados paliativos, hasta finalizar el proceso de transferencia; mantiene su compromiso en la atención psicosocial para enfermos y familiares que la sanidad

pública no pueda asistir; y anuncia que el voluntariado de cuidados paliativos a domicilio, es un proyecto que tendrá que fomentar.

Por la importancia del siguiente enunciado, y por ser parte del objeto de estudio en el presente documento, se transcribe la siguiente afirmación de la AECC:

La atención domiciliaria especializada hace posible la permanencia de los pacientes en situación avanzada y terminal en su propio domicilio, lo que, más allá de la significativa reducción en el número de ingresos hospitalarios y la consiguiente reducción de costes, supone un considerable alivio del sufrimiento del paciente y una notable reducción del estrés de familiares y cuidadores, mejorando así el clima emocional y la calidad de vida⁴⁸.

2.8.1 Principales indicadores y su evolución en cuidados paliativos.

La siguiente tabla, manifiesta la operatividad de las unidades domiciliarias en los últimos 7 años, también es prueba de la política de la AECC sobre los cuidados paliativos.

Tabla 8. Evolución de los cuidados paliativos domiciliarios en la AECC.

Indicador	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Unidades Domiciliarias	61	59	60	60	59	39	37
Enfermos terminales atendidos	483	6,868	8,357	9,203	7,875	6,120	3,206

Fuente: Informes anuales oficiales, AECC: www.aecc.es

Unidades domiciliarias: Desde la fundación de la primera unidad en 1991, la asociación mantuvo el firme propósito de crear más, a todo lo largo y ancho del territorio español, hasta lograr 61 para el 2003; a partir de ese año el número de ellas permaneció estable, o ligeramente oscilante; para el 2008, ya era claro que el proceso de transferencia a la sanidad pública estaba en proceso, pues su número estaba disminuyendo.

Enfermos terminales atendidos: Este indicador mostraba grandes tasas anuales de incrementos hasta el 2006, donde se alcanzó el número máximo con 9,203; es a partir de esa fecha que muestra una obvia tendencia decreciente, también como parte de la política de transferencia.

Es importante señalar, que la institución cuenta con residencias y departamentos de acogida para enfermos y familiares, que por razones de tratamiento, tengan que desplazarse grandes distancias y que precisen quedarse en otra ciudad. Esto supone una gran calidad de atención al enfermo, puesto que abarca todo el espectro de necesidades del mismo; también, evidencia una profunda sensibilidad a los problemas sociales de la gente, por parte de las personas que integran la AECC.

2.8.2 La unidad de cuidados paliativos de Salamanca.

Se describirá brevemente esta unidad de atención domiciliaria, por ser uno de los dos modelos visitados y observados durante la estancia de investigación.

Se trata de un solo servicio de atención dividido en dos modalidades; una de atención urbana y la otra de atención rural. Ambas comparten una oficina, que usan como centro de actividades desde el que se desplazan a los domicilios de los enfermos. Las labores comienzan a las ocho de la mañana; durante una hora se planifican las visitas de ese mismo día, tomando como base los propios casos clínicos; también se hacen y reciben llamadas telefónicas, para verificar el estado de los enfermos, y para dar un espacio de aviso a los familiares en caso de que existan complicaciones con algún paciente.

A las nueve de la mañana inicia la ruta el equipo de cuidados paliativos, este último conformado por un médico, una enfermera, un automóvil donado, y todo lo necesario para la atención, no mucho realmente, (algunos medicamentos, sueros y material de curación).

Una vez que se llega al domicilio del paciente se brinda la atención, generalmente consiste en realizar una historia paliativa, recetar medicamentos, ajustes de dosis, curaciones, y consejos prácticos para la vida diaria y la buena dinámica familiar. Esta última, muy importante por cierto en los cuidados paliativos, ya que normalmente va sufriendo un lento y progresivo desgaste por la difícil situación. De hecho, parte de

los propósitos del equipo, es identificar ese desgaste y brindar un descanso a los implicados.

Cabe destacar, que intencionalmente se buscan aliados en los familiares, o incluso en amigos del paciente (cuidadores principales), para llevar en buenos términos el proceso de atención. De existir alguna situación especial, (necesidad de una operación, paliativa por supuesto) se busca por todos los medios el apoyo de otros profesionales.

El regreso a la sede es a las dos de la tarde, usualmente se visitan de 6 a 7 pacientes diarios, de lunes a viernes; y cada uno de ellos necesita, la mayoría de las veces, una sola visita semanal. En algunos casos se requieren asistencias más frecuentes, especialmente cuando el enfermo está cerca de morir, porque sus necesidades se incrementan, los familiares experimentan mayor angustia, y la dinámica familiar se afecta todavía más. El servicio tiene la flexibilidad para hacer frente a esas vicisitudes, la planificación diaria y las llamadas telefónicas son las herramientas que la posibilitan (se hace lugar a una visita, posponiendo la de un paciente que no la necesite tanto).

De dos a tres de la tarde, se hacen las notas médicas, se vuelven a revisar todos los casos ahora con la nueva información recogida durante la jornada, y es cuando el servicio de oncología avisa de nuevos pacientes por atender. A través de este tiempo, se otorga un segundo espacio para la asistencia telefónica.

Al equipo lo complementa un psicólogo, no se le considera parte integrante, porque no hace vistas domiciliarias; sus labores consisten en conceder ayuda a los pacientes oncológicos internados, pláticas de ayuda, cursos, y algunas actividades coordinando el voluntariado.

Desafortunadamente no existen estudios de calidad sobre esta unidad de cuidados paliativos; sin embargo, fueron muy frecuentes las opiniones favorables, tanto de pacientes y sus familiares, como de otros profesionales de la salud, respecto de la atención médica ofrecida y la calidad humana de sus integrantes.

Para finalizar, sólo con la descripción de este modelo, se ha calculado la contribución de esta unidad provincial, a la actividad global nacional de la AECC:

Tabla 9

Salamanca en el contexto nacional.

Indicador	Número	Contribución a nivel nacional
Trabajadores	10	1.33%
Enfermos terminales atendidos	229	2.90%
Voluntarios	149	1.03%
Socios	1,126	1.06%

Fuente: AECC, sitio oficial: www.aecc.es; porcentajes calculados con datos del 2007, la información más reciente para la unidad de Salamanca.

Actualmente, la unidad de cuidados paliativos de Salamanca es financiada conjuntamente por la AECC y la sanidad pública, al 50% cada una, según datos proporcionados por la junta provincial de la entidad.

No se profundizará en el estudio de la AECC, debido a que no se pretende hacer un análisis institucional; la intención ha sido brindar un panorama general sobre lo que es la organización en el marco de los cuidados paliativos, lo que representa para la sociedad, cómo está organizada, y sus principales actividades y lineamientos. El estudio del modelo de cuidados paliativos domiciliario, se extiende más adelante, en la comparativa realizada con el modelo hospitalario.

3. Marco normativo.

3.1 Marco normativo español.

Está basado en las teorías éticas de *la justicia distributiva* y de *la valoración de la salud*, en la que esta última es un derecho que los poderes públicos están obligados a proteger, como parte fundamental de un *estado de bienestar*⁴⁹.

El consejo de Europa, desde hace más de 30 años, aun no siendo de su competencia, ha emitido varias resoluciones y recomendaciones sobre cuidados paliativos; son importantes, porque además de ser de las primeras, los estados miembros suelen tomarlas en cuenta para echar a andar sus programas regionales⁵⁰. Tal fue el caso de España y se mencionan algunas a continuación:

Sobre los derechos de los enfermos y moribundos:

- Resolución 613, referente a que los enfermos terminales reclaman el derecho a morir en paz y dignidad.
- Recomendación 779, referente a la aportación de todos los esfuerzos por parte del médico para aliviar el sufrimiento.

Sobre los derechos humanos:

- Resolución (1995), solicita a los estados miembros dar preferencia a la creación de establecimientos paliativos.

Sobre los enfermos terminales y los cuidados paliativos:

- Recomendación 1418, define a los cuidados paliativos como un derecho, y una prestación más de la asistencia sanitaria.
- Recomendación 24, reconoció la necesidad de desarrollar los cuidados paliativos en Europa; y aconsejó a los países integrantes a establecer políticas, legislaciones y diversas medidas para crearlos.

Para 1999, estas resoluciones y recomendaciones tuvieron su efecto en España, pues sirvieron de base, para aprobar una moción que instó al gobierno a elaborar un plan nacional de cuidados paliativos⁵¹.

3.1.1 Decretos y leyes.

El Real Decreto 63/1995: ordena y regula las prestaciones sanitarias del sistema nacional de salud, también define los derechos de usuarios⁵².

La Ley 16/2003: De cohesión y calidad del sistema nacional de salud, en su artículo 7.1, determina los objetivos de las prestaciones del sistema nacional de salud (garantizar condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado); Considera prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud los servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación, promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos, y señala, por último, las prestaciones⁵³.

El Real Decreto 1030/2006: es de extrema importancia en el tema que nos ocupa, porque contiene un apartado específico para los cuidados paliativos, tanto en atención primaria, como especializada. Se adjunta a continuación por ser trascendental para el presente estudio, y una referencia insustituible para los países que no tienen legislación en materia de cuidados paliativos⁵⁴.

Atención paliativa a enfermos terminales:

Comprende la atención integral, individualizada y continuada de personas con enfermedad en situación avanzada, no susceptibles de recibir tratamientos con finalidad curativa y con una esperanza de vida limitada (en general, inferior a 6 meses), así como de las personas a ellas vinculadas. Su objetivo terapéutico es la mejora de su calidad de vida, con respeto a su sistema de creencias, preferencias y valores.

Esta atención, especialmente humanizada y personalizada, se presta en el domicilio del paciente o en el centro sanitario, si fuera preciso, estableciendo los mecanismos necesarios para garantizar la continuidad asistencial y la coordinación con otros recursos y de acuerdo con los protocolos establecidos por el correspondiente servicio de salud.

Incluye:

1. *Identificación de los enfermos en situación terminal según los criterios diagnósticos y la historia natural de la enfermedad.*
2. *Valoración integral de las necesidades de pacientes y cuidadores/as y establecimiento de un plan de cuidados escrito que incluya medidas preventivas, recomendaciones higiénico-dietéticas, control de los síntomas y cuidados generales.*
3. *Valoración frecuente y control de síntomas físicos y psíquicos, indicando el tratamiento farmacológico y no farmacológico del dolor y de otros síntomas. Información y apoyo al paciente en las distintas fases del proceso.*
4. *Información, consejo sanitario, asesoramiento y apoyo a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.*
5. *En las situaciones que lo precisen, y particularmente en los casos complejos, se facilita la atención por estructuras de apoyo sanitario y/o social o por servicios especializados, tanto en consultas como en el domicilio del paciente o mediante internamiento, en su caso.*

Este mismo decreto real estableció la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud, y el procedimiento para su actualización. La identificación del paciente, la valoración integral y frecuente de sus síntomas, la información, y su derivación a especialistas en caso de complejidad, son algunas de las prestaciones que quedaron definidas con exactitud.

Por último, con la ley de cohesión y calidad en el sistema nacional, es que se logra equidad, calidad y participación social. Y es con esta misma ley, que la atención en fase terminal quedó garantizada para todo ciudadano español, pues estaba contemplada como prestación básica en atención primaria y especializada⁵⁵.

3.1.2 Plan nacional de cuidados paliativos.

Denominado, *bases para su desarrollo*, fue aprobado en 2001, con la finalidad de garantizar el derecho legal e individual, de los enfermos en situación terminal a la asistencia en cualquier lugar, circunstancia o situación; su objetivo general, mejorar la calidad de vida de enfermos en situación terminal y sus familias, de manera racional, planificada y eficiente⁵⁶.

Este plan también incluía un consenso sobre situaciones al final de la vida entre el Consejo General del Poder Judicial y el Ministerio de Sanidad y Consumo⁵⁷. Situación esta última que revela la voluntad de diversas cúpulas en el poder, para escuchar diferentes opiniones a favor del mejor acuerdo para la sociedad.

El comienzo del plan nacional resultó ser difícil y desigual, porque no se produjeron avances importantes hasta después de dos años; pero si logró introducir una conciencia paliativista en la legislación española, debido al amplio consenso que tuvo su aprobación⁵⁸.

4. Marco teórico: costos

4.1 Definiciones.

Costo: En este documento se define como el consumo valorado en dinero, de los bienes y servicios necesarios para la obtención de los productos generados en el proceso asistencial. Por ejemplo, una consulta médica es un producto generado en un proceso de atención, y como tiene un consumo de bienes, tendrá un valor, o un costo.

Evaluación económica completa: es un tipo de metodología empleada para comparar dos o más programas sanitarios en los rubros de sus costos y los resultados que están obteniendo⁵⁹.

Eficacia: Capacidad de lograr el efecto que se desea o espera⁶⁰. En el contexto de este estudio ambos programas paliativos son eficaces, porque ambos atienden enfermos, pero bajo esta definición, el programa paliativo más eficaz será aquel que atienda a un mayor número de pacientes, sin importar los recursos empleados o la calidad ofrecida.

Efectividad: Se refiere a la cuantificación o medición del logro obtenido. También es la habilidad para seleccionar las metas y los objetivos adecuados, y por supuesto lograrlos⁶¹. Muy importante es esta definición en el presente documento, pues es la medida principal con la cual se está evaluando a dos programas paliativos distintos. Aquel modelo paliativista que logre la mayor supervivencia para sus pacientes, será el más efectivo.

Eficiencia: Se trata de la habilidad para hacer el mejor uso de los recursos disponibles en el proceso de alcanzar metas⁶². Dicho en términos sencillos, es hacer más con menos, o la forma de alcanzar los mismos objetivos con menos recursos. En el ámbito de este estudio el programa paliativo más eficiente, será aquel que atienda al mayor número de enfermos con menos recursos.

Costo efectividad: Es un subtipo de evaluación económica completa, y establece la relación que existe entre el dinero invertido, y los resultados que ello produce, siendo

estos últimos un factor común a ambos programas comparados⁶³. (en este estudio el resultado común son los días de supervivencia).

Como parte importante de este capítulo es la descripción de la metodología *gestión clínico financiera (GECLIF)* con la cual el hospital Universitario de Salamanca obtiene sus costos, las definiciones de dicha metodología se presentaran tal como se vayan suscitando al momento de la descripción.

4.2 Metodología empleada para la obtención de costos.

Está basada en la teoría de la *contabilidad analítica*, bajo la forma de la *gestión clínico financiera (GECLIF)* o *costo por proceso*, la cual está ubicada en un buen nivel de precisión en el cálculo de costos de acuerdo con la bibliografía consultada (ver más adelante en tabla 10). También se le denomina *cálculo de costos por grupo de casos*, o *basado en la casuística (case mix)*.

No hubo *costeo* personal en este estudio, se obtuvieron directamente de las autoridades hospitalarias y de las equivalentes de la asociación española contra el cáncer. Sin embargo, si se describe a profundidad la empleada por el hospital Universitario de Salamanca para dar credibilidad a los datos aportados.

4.3 Metodología empleada para la medición y comparación de los resultados obtenidos. (días de supervivencia).

En las evaluaciones económicas completas es indispensable comparar dos o más programas asistenciales en sus costos y en las consecuencias que generan⁶⁴. Se ha elegido que el factor común de comparatividad sean los días de supervivencia en cada uno de los modelos paliativos (el domiciliario y el hospitalario), por suponer que es el segundo factor en el que más difieren entre si, después de sus costos claro está. Los días de supervivencia fueron calculados mediante bases de datos, la del sanatorio los Montalvos fue construida con información de un libro diario de registros de pacientes, en el cual se vierte toda información de los mismos; mientras que la del modelos domiciliario (operado por la AECC) fue amablemente proporcionada por el médico responsable, por lo que no fue necesario construir ninguna, tan sólo hacer los cálculos. Ahora bien, para equiparar los resultados se contó cómo día uno, el día que

cada paciente ingresó a su programa paliativo respectivo, y el día final obviamente fue el día de su muerte.

4.4 Metodología empleada para el análisis de costos y consecuencias.

Se trata de una evaluación económica completa bajo la forma de *costo efectividad*, ya que se analizarán comparativamente tanto los costos como las consecuencias que estos producen en dos programas de asistencia paliativa.

Aquí es necesaria hacer una aclaración pertinente: el objetivo de los programas paliativos no es el de aumentar los días de vida de un enfermo, simplemente se limita a hacerlos mejores, tal como cada paciente decida con la debida orientación de un médico paliativista. Pero sólo para efectos comparativos, la efectividad en este estudio se medirá en días de supervivencia, en virtud de dar una consecuencia no ambigua y única a ambos programas (*indispensable al hacer una evaluación económica*).

El análisis costo efectividad evalúa dos programas sanitarios simultáneamente en sus costos, pero la forma de compararlos es mediante un resultado común a ambos. De hecho, lo único indispensable es esto (una consecuencia común). Por ejemplo: es posible comparar un tratamiento sobre enfermedad renal, con la legislación sobre cinturones de seguridad, siempre y cuando el efecto común sean las vidas salvadas⁶⁵. En el caso de este estudio, el análisis costo efectividad es el más pertinente, porque son dos programas muy distintos, pero los dos son paliativos, y el efecto común más plausible que tienen son los días de supervivencia de sus pacientes. No necesariamente los están prolongando, pero está bien claro que es una medida de efectividad de acuerdo con la teoría de la evaluación económica completa⁶⁶. En algunos otros estudios se han ocupado como medidas de efectividad los mmHg en que se reduce la presión sanguínea, los casos de enfermedad detectados, el % de reducción del colesterol sérico, los días sin una crisis de cualquier enfermedad, y los años de vida ganados, entre otros.

Son diez los elementos que una buena evaluación económica debe contener, y se enumeran a continuación:

- 1- Una pregunta bien definida que pueda responderse.

- 2- Una descripción global de los programas que compiten entre sí.
- 3- Pruebas de la efectividad de los programas.
- 4- Identificación de los costos y consecuencias relevantes de cada programa.
- 5- Medición exacta de los costos y consecuencias en unidades físicas adecuadas.
- 6- Valoración creíble de los costos y consecuencias. (establecimiento de fuentes y métodos para la valoración de costos, beneficios y utilidades)
- 7- Ajuste de costos y consecuencias según la distribución temporal (que los costos y los efectos sean en un mismo periodo de tiempo).
- 8- Efectuar un análisis incremental de los costos y sus consecuencias de ambos programas asistenciales.
- 9- Tomar en cuenta la incertidumbre en las estimaciones de costos y sus consecuencias.
- 10-Inclusión en la presentación y discusión de los resultados todos los temas de interés para los usuarios.

Los estudios costo efectividad deben de llevar un análisis adicional denominado análisis incremental de los costos y consecuencias, especialmente cuando los efectos se miden en años de vida o años saludables⁶⁷. En el presente documento no es indispensable hacerlo, pero si vale la pena, y se hará, porque si en alguno de los dos programas paliativos resultase que los pacientes viven por más tiempo (más días) este análisis nos determinará cuánto cuestan esos días extras que los pacientes están viviendo respecto al otro. Esto, porque un programa puede ser más efectivo que otro, pero esa diferencia en efectividad, también lo puede hacer más caro. El análisis incremental nos revelará dicha situación.

4.5 Nivel de precisión en los costos.

De acuerdo con la literatura especializada consultada, los costos obtenidos tienen uno de los mejores niveles en lo que a precisión respecta, se muestra la siguiente tabla que los ubica ilustrativamente:

Tabla 10. Nivel de precisión en el cálculo de costos hospitalarios.*

Mayor precisión



Micro costos

Grupo de casos (case mix o casuística)

Per diem (costo diario) específico por enfermedad

Per diem (costo diario) específico promedio

*Los costos del hospital Universitario de Salamanca están ubicados en el segundo mejor nivel de precisión (resaltado en azul). Fuente: Tomado de Drummond, métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria, ed. Díaz de Santos, Madrid, España, 2001

Se describen a continuación, las generalidades del proceso, y la metodología empleada por el hospital clínico universitario de Salamanca, para calcular y obtener los costos del día, o la estancia hospitalaria; también de la atención médica, o el costo promedio de un paciente durante todos los días que permanece en el hospital; y los costos globales de cada uno de los servicios hospitalarios; así como los criterios de imputación de los costos generales de difícil cuantificación unitaria (recursos, suministros, y materiales empleados), a cada uno de los pacientes en sus diferentes servicios, tomando como base la complejidad en la atención de los mismos.

4.6 Generalidades del sistema GECLIF, o costo por proceso.

Los hospitales pueden ser considerados como empresas complejas, en el que intervienen múltiples servicios, insumos y productos; en los cuales, es difícil determinar el costo real, e individualizado, de todos los pacientes, de su enfermedad, y de su proceso de atención. La dificultad radica, principalmente, en que no todos los pacientes con una misma enfermedad, cursan con el mismo proceso de atención; y dentro de un mismo proceso de atención médica, hay múltiples pacientes con distintas enfermedades.

Por ello se utiliza la contabilidad analítica, pues aporta un mayor y mejor conocimiento de la realidad económica en los hospitales, ya que integra los costos

con la actividad hospitalaria, a través de la generación de los grupos funcionales homogéneos (GFH), o costos por servicio.

El sistema de costeo que utiliza la contabilidad analítica es el *full costing* o *costo completo, costo total*, y permite realizar lo siguiente:

- Analiza los procesos de formación de costos.
- Distingue y recoge los costos de producción, o aquellos ligados al proceso de atención médica; y los de estructura, o aquellos ligados al proceso administrativo.
- Obtiene el costo promedio de cada una de las actividades del servicio médico (producto).
- Realiza un análisis de los costos directos e indirectos.
- Los costos directos son recogidos de forma automática por el sistema, cada vez que son ejercidos y facturados.
- Los costos indirectos, o de difícil cuantificación, son asignados por el propio sistema, a todos y cada uno de los pacientes, mediante criterios de reparto (peso medio), proporcionales a la complejidad de la atención médica. Ejemplo: Un paciente cuyo proceso de atención médica sea sencillo, con estancias hospitalarias cortas (consumo bajo de recursos, agua, luz, etc.) recibirá, por parte del sistema, un peso medio inferior (promedio); que un paciente cuyo proceso de atención médica sea complejo con estancias prolongadas (consumo alto de recursos, agua, luz, etc.).

Es importante, precisar algunos conceptos importantes de esta metodología:

Los GRD'S: o grupos relacionados con el diagnóstico, son la unificación y simplificación, en un concepto, de dos o más diagnósticos médicos diferentes, pero con complejidades de atención similares, y por lo tanto, con costos similares.

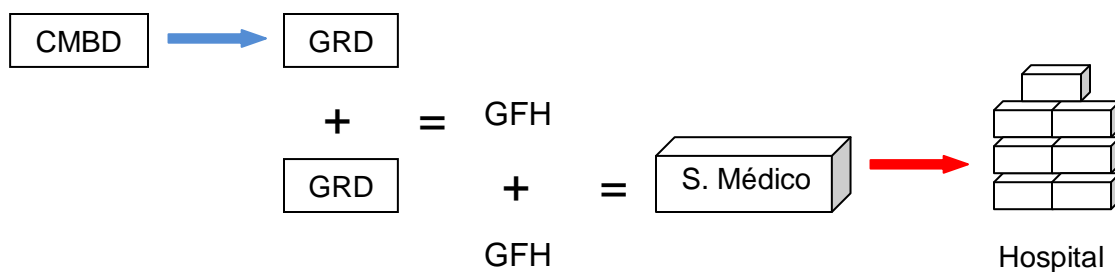
Dicho sencillamente, un GRD puede agrupar diagnósticos médicos diferentes, considerando similitudes en características clínicas, demográficas, terapéuticas, y sobre todo, en la intensidad del consumo de recursos.

El propósito de este proceso, es determinar los costos reales y representativos, tanto de los servicios médicos, como de los hospitales. Esta metodología tuvo su origen en los años sesenta en la universidad de Yale⁶⁸, se desarrolló para dilucidar las directrices, que explicaran el porqué si había un mismo tipo de hospitales, con un número similar de pacientes, estos podían tener diferentes costos. Lo mismo sucede con los servicios médicos, aunque ambos brinden la misma atención, al mismo tipo de pacientes, estos pueden consumir diferente cantidad de recursos.

La respuesta que se aducía, era que los servicios y hospitales más costosos, atendían a enfermos con padecimientos más caros, y por más tiempo. Parece, que dicha respuesta no estaba muy alejada de la verdad, porque actualmente se piensa que la casuística de un hospital o servicio médico, es un factor elemental que determina sus costos⁶⁹. Los GRD'S son un sistema operativo que define mediante algoritmos grupos de pacientes, con la finalidad de medir la complejidad de la casuística de un hospital o servicio médico. En Estados Unidos, desde 1983, la *social security*, da cabida a un sistema nacional de pago prospectivo a los hospitales basado en los GRD'S⁷⁰.

Ahora bien, sabemos que a un GRD lo construye un sistema mediante algoritmos, pero lo hace a partir de un conjunto mínimo básico de datos, de los propios pacientes (CMBD). Una vez que existe el GRD, este también forma agrupaciones, para constituir lo que se denomina un GFH, o grupo funcional homogéneo. Estos GFH'S, son las partes integrantes de un servicio médico, y estos últimos lo son de un hospital. El siguiente esquema sintetiza lo anteriormente expuesto:

Figura 6. Metodología GRD simplificada.



Fuente: Ministerio de sanidad y consumo, ed. INSALUD, Madrid, España, 2001.

El conjunto mínimo básico de datos: es la fuente de la que se sirve el sistema para construir los GRD'S mediante cálculos matemáticos, y son los siguientes:

Tabla 11. CMBD*

Identificación del centro sanitario.	Residencia.	Área clínica que da el alta.	Otros procedimientos.
Nº de historia clínica.	Financiación.	Fecha de alta.	Fecha de ingreso.
Código de identificación del Paciente.	Circunstancia de alta.	Fecha de intervención.	Código de identificación de asistencia sanitaria.
Fecha de nacimiento.	Circunstancia de Ingreso.	Diagnóstico principal y otros.	Sexo.
Servicio que da el alta.	Proc. quirúrg y obstétricos.		

*Las variables resaltadas en la tabla, son las que selecciona y utiliza el agrupador del sistema para relacionar o agrupar diagnósticos; Fuente: Ministerio de sanidad y consumo, ed. INSALUD, Madrid, España, 2001.

Los GFH, o grupos funcionales homogéneos: son la unidad mínima de administración que se caracteriza por contener lo siguiente:

1. Una actividad homogénea.
2. Un único responsable.
3. Una ubicación física.
4. Objetivos propios.
5. Responsabilidad definida.

De esta manera, un servicio médico puede contener diversos GFH, dependiendo de su complejidad asistencial; la finalidad es obtener el costo de su actividad.

La siguiente tabla ejemplifica los principales GFH'S que son objeto de estudio, pues son los que contribuyen en mayor proporción al costo de los pacientes en cuidados paliativos, además de estar directamente implicados:

Tabla 12. Servicios y sus GFH'S*

Servicio	GFH constituyentes
Oncología Médica	<ul style="list-style-type: none"> Oncología Hospitalización Oncología Consulta Hospital de Día Onco-Hematológico Oncología Médica Ambulatoria Docencia Investigación
Oncología Radioterápica	<ul style="list-style-type: none"> Oncología Radioterápica Hospitalización Oncología Radioterápica Consulta Oncología Radioterápica Ambulatoria Radioterapia Docencia Investigación
Urgencias	<ul style="list-style-type: none"> Urgencias Urgencias Pediátricas Urgencias Traumatológicas Urgencias Ambulatorias
Unidad de Cuidados Paliativos	Cuidados Paliativos

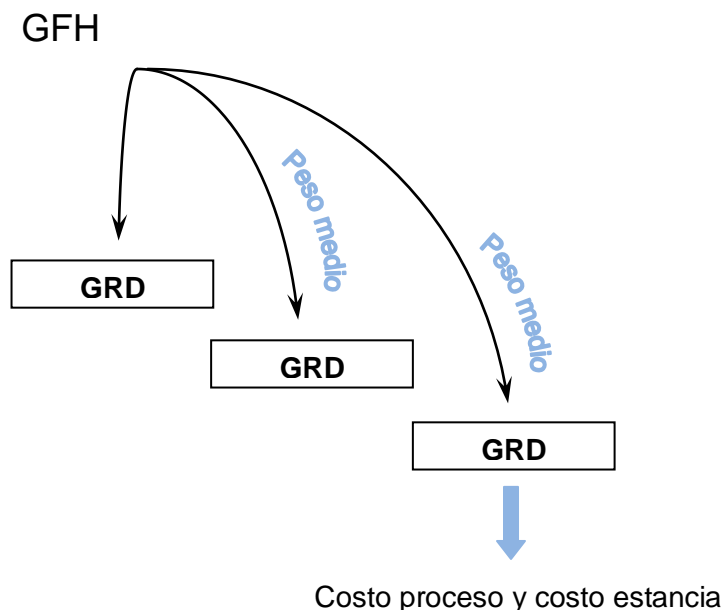
**La unidad de cuidados paliativos por su relativa sencillez administrativa sólo contiene un GFH; Fuente: Ministerio de sanidad y consumo, ed. INSALUD, Madrid, España, 2001.*

Pesos medios: Se trata de un costo promedio de todos los insumos y recursos de difícil cuantificación unitaria (costos indirectos), que primero son concentrados en un GFH (parte de un servicio médico), y después son asignados a los diversos GRD (parte de un GFH), mediante criterios de reparto que son proporcionales a su complejidad de atención. Todo esto, para reflejar adecuadamente la intensidad en el consumo de recursos, de cada uno de los pacientes en relación con su enfermedad.

Por ejemplo: Un paciente con cualquier diagnóstico que requiera *Traqueostomía con ventilación mecánica* (corte en la garganta con colocación de un dispositivo para respirar artificialmente), consumirá una mayor cantidad de luz, agua, gas, etc.; que una paciente con cualquier diagnóstico que tenga un falso trabajo de parto, sencillamente porque la atención del primer paciente requiere más días y es más complicado. El sistema refleja esa diferencia en el consumo de recursos (costos) mediante los pesos medios. De esta manera, el costo final de cada paciente, ya tiene representado, su costo directo, y la parte proporcional que le asignó el sistema de los costos indirectos (peso medio).

La siguiente figura lo sintetiza:

Figura 7. Asignación de los costos indirectos mediante lo pesos medios.



Fuente: Ministerio de sanidad y consumo, ed. INSALUD, Madrid, España, 2001.

Una vez que todos los costos indirectos (luz, agua, gas, etc.), han sido concentrados en un GFH, son repartidos o imputados en diferentes proporciones a sus GRD'S integrantes (grupo de pacientes), pero tomando como base para dicha asignación, la complejidad en la atención médica para cada uno de ellos. Por lo tanto, a un paciente que resulte complicado atenderlo, le será asignado un peso medio mayor, que aquel cuya atención médica sea sencilla. Obviamente, porque el consumo de recursos fue más intenso.

Subsecuentemente, es posible obtener el costo por proceso de cada paciente, el costo de todos los procesos sumados (el de todos los pacientes), y el costo por estancia hospitalaria (día).

El valor de cada uno de los pesos medios también es determinado por el sistema algorítmico, y toma como base la complejidad en la atención médica. La imputación se realiza de manera individualizada para cada grupo de pacientes.

Se presenta la siguiente tabla, construida con datos del propio sistema, para detallar y relativizar este concepto tan importante en la obtención del *costo completo* o *full costing*:

Tabla 13. Pesos medios mayores, menores, y los de cuidados paliativos.*

GRD	Peso medio
Traqueostomía con ventilación mecánica.	48,408
Neonato <750 gr. dado de alta con vida.	42,401
Falso trabajo de parto.	1,848
Neonato >2499 gr. sin proc. quirúrgicos.	2,364
Promedio de GRD'S de Oncología	1,977
Promedio de GRD'S de Cuidados paliativos	2,305

*Los servicios de oncología y el de cuidados paliativos tienen sus propios GRD'S, se asentaron en la tabla los promedios de sus pesos medios para efectos comparativos.

Fuente: Ministerio de sanidad y consumo, ed. INSALUD, Madrid, España, 2001.

En la tabla anteriormente expuesta, se eligieron los dos pesos medios más altos (pacientes con la atención médica más compleja, y por ende las asignaciones más costosas); los dos pesos medios más bajos (pacientes con la atención médica más sencilla, y por ende las asignaciones menos costosas); el promedio de GRD'S del servicio de oncología; y el promedio de GRD'S del servicio de cuidados paliativos. Como puede observarse, los pacientes oncológicos y paliativos no resultan tan caros, en lo que a costos indirectos respecta.

Resulta interesante descubrir, con base en las cifras aportadas por autoridades administrativas, que los promedios de pesos medios contenidos en los GRD'S correspondientes, tanto de oncología, como de cuidados paliativos, son bajos. Lo que hace concluir que la atención a pacientes oncológicos, y paliativos, consume pocos recursos de difícil cuantificación, o lo que es lo mismo, tiene bajos costos indirectos, en comparación con aquel servicio que tenga predominantemente pacientes que requieran traqueostomía (por ejemplo: terapia intensiva), y también con aquel servicio que tenga pacientes neonatos <750 gr. que hayan sido dados de alta (por ejemplo: neonatología).

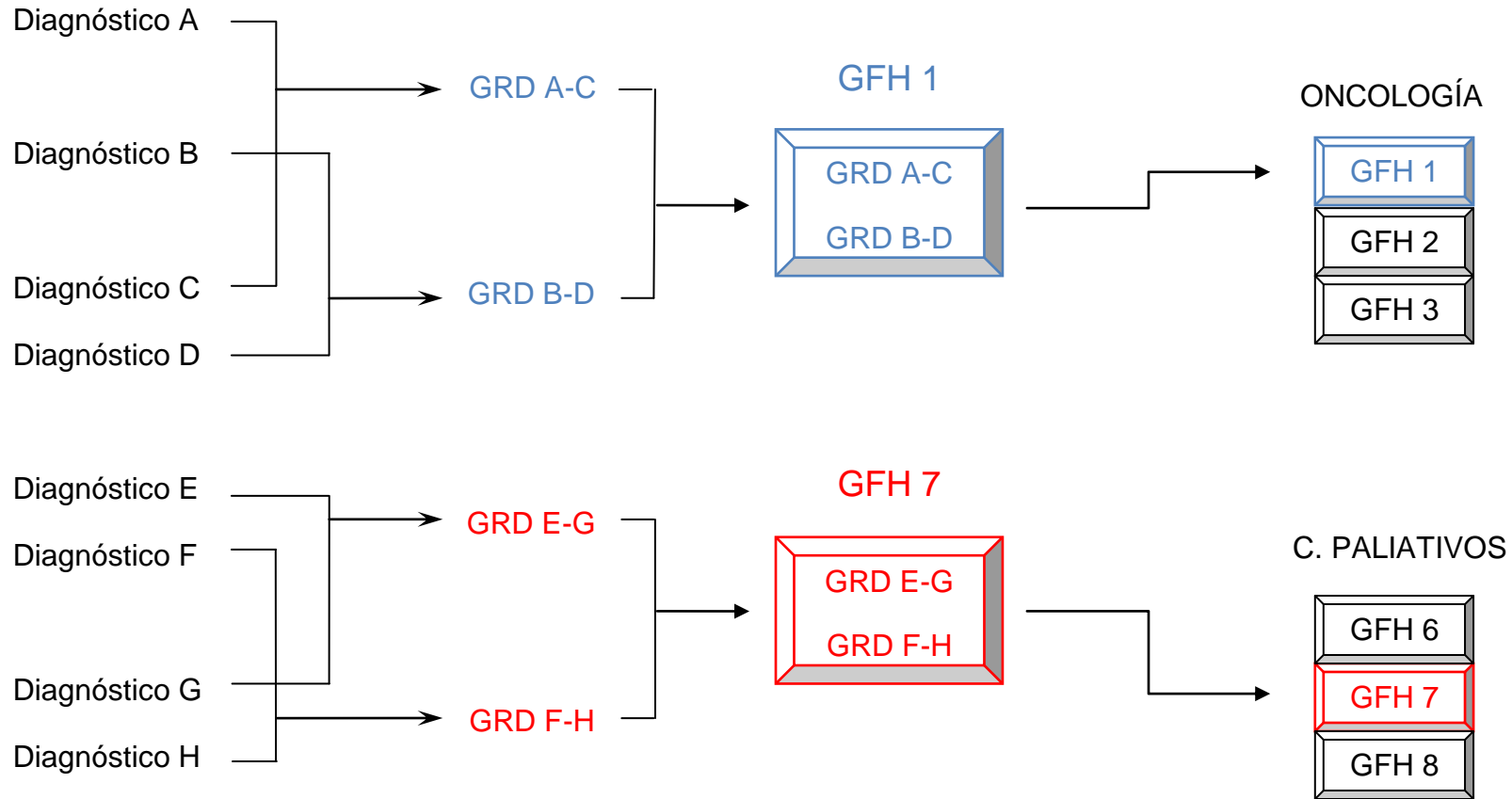
Cabe aclarar, que esta conclusión, no quiere decir que los pacientes oncológicos y paliativos sean los menos costosos, ya que esta asignación de los pesos medios, sólo corresponde a la parte de los costos indirectos, faltaría sumarle la parte de los costos directos. Además, hay que considerar el volumen de pacientes de cada servicio, y los días que dura la atención: a un paciente de terapia intensiva se le puede atender por unos cuantos días, mientras que a un paciente oncológico se le puede atender por varios meses.

Lo que si quiere decir, es que los pacientes oncológicos y paliativos, tienen tasas bajas en el consumo de recursos de difícil cuantificación (agua, luz, gas etc.), o unos costos indirectos bajos, comparativamente con los GRD'S más costosos.

4.6.1 Agrupación de diagnósticos, GRD'S, GFH'S, y servicios.

El siguiente esquema integra las definiciones anteriormente expuestas y explica el sistema GECLIF:

Figura 8. Sistema GECLIF, formación de costos.*



**Con base en un conjunto mínimo básico de datos de cada paciente, los diversos diagnósticos médicos son relacionados y agrupados en GRD'S (el criterio agrupador es la complejidad en la atención y un patrón similar en el consumo de recursos). Después, los GRD'S van a conformar un GFH, y estos últimos a los servicios médicos (aquí el criterio agrupador es la actividad del servicio médico y la adjudicación del paciente). Por ejemplo: el GRD Falso trabajo de parto, es uno, de varios GRD'S integrantes, de un GFH constituyente del servicio de ginecología. Fuente: Ministerio de sanidad y consumo, ed. INSALUD, Madrid, España, 2001.*

4.6.2 Proceso de imputación y obtención de costos.

Se trata de un procedimiento seriado y dinámico que consta de dos fases, la primera de ellas es una sola dirección, y la segunda es multidireccional:

1- Reparto primario o afectación de costos. Es la primera fase del proceso, y consiste en asignar e integrar los costos directos e indirectos a todos los GFH, de manera proporcional al consumo y gasto real efectuado por cada uno de ellos. Se realiza mensualmente, y aquellos costos que tienen una proyección anual, se periodifican por mes para homologarlos. A los costos directos + los indirectos se les denomina ahora costos propios o de funcionamiento.

2- Reparto secundario o imputación de costos: Se trata de una segunda fase de afectación de costos, pero esta vez de un GFH a otros GFH, ya que los costos directos e indirectos fueron integrados en el reparto primario. Se realiza a través de un sistema de imputaciones recíprocas en la que todos los GFH, pueden ser afectados por uno, o varios GFH, utilizando como único criterio regulador las interrelaciones y actividades existentes entre los mismos. De esta forma, es posible imputar costos en todas direcciones; y un GFH que ya repartió sus costos a otros, puede recibir nuevamente imputaciones, a semejanza de lo que realmente sucede con la actividad médica: un servicio médico envía pacientes a múltiples servicios, a la vez que recibe pacientes de otros tantos. El costo y la contabilidad se ajustan a la actividad médica.

De las interrelaciones anteriormente descritas, surgen una serie de conceptos únicos de este sistema que es conveniente detallar:

Costos propios o de funcionamiento: Son aquellos costos directos e indirectos asignados a los GFH en el reparto primario; los costos directos se asignaron de manera directa (ejercidos y facturados en ese momento), mientras que los indirectos lo hicieron mediante criterios de reparto proporcionales a la complejidad asistencial (pesos medios). Es importante señalar, que cuando los GRD'S son agrupados en un GFH, los pesos medios también forman un promedio. Esto con el objetivo de hacer más representativa matemáticamente, la diversa atención médica de un grupo numeroso y variado de pacientes en un mismo servicio.

Costos repercutidos: son los costos que se imputan de un GFH a otro GFH; dicha imputación sucede en el reparto secundario, y obviamente tiene representados a los costos propios o de funcionamiento (cambiaron de nombre sólo por el momento de la asignación en segunda fase). Los costos repercutidos son asignados sólo mediante criterios de reparto (pesos medios), y son los que se entrecruzan multidireccionalmente.

Esta metodología permite calcular y conocer:

- El costo aproximado de cada uno de los pacientes, por día (costo estancia), y durante todo su padecimiento (costo por proceso).
- El costo de cada uno de los GFH'S (grupos funcionales homogéneos), que son la suma de todos los costos por proceso o GRD'S.
- El costo de cada servicio médico, que es la suma de todos los GFH'S integrantes del mismo.
- El costo global hospitalario, que es la suma de todos los servicios médicos, estructurales y administrativos.

Aclaraciones: El proceso de formación de costos y la propia metodología para obtenerlos, son un ajuste financiero con la actividad médica; además de ser un análisis agrupador y clasificador de pacientes, de acuerdo con sus características clínicas y patrones de consumo de recursos.

Sin ser analista financiero, la metodología se percibe lógica y congruente, una vez superado el concepto GRD que tanta confusión causa a los médicos (la causa porque cuando se lee *GRD quimioterapia*, inmediatamente después se cuestiona que la quimioterapia no es un diagnóstico). Si se trata de un sistema ampliamente ocupado por las instituciones de salud públicas y privadas, y además, en algunos países es utilizado por ley para presupuestar y hacer pagos prospectivos, debe de ser de las mejores metodologías actualmente.

Lo que resulta difícil obtener con este proceso, es un costo separado por servicio, ya que tiene las imputaciones de todos los demás servicios intervinientes; dicho de otra manera, los costos que nos expone este sistema son aquellos que el paciente

genera a través de su curso por el hospital, y difícilmente está bien representado el costo por servicio médico. Esto es particularmente evidente en los pacientes de cuidados paliativos, ya que tienen integrados los costos de atención cuando estuvieron en otros servicios. Por ejemplo: Tómese en consideración, que se quiere saber cuánto cuesta la atención de un paciente del servicio de cuidados paliativos, pero sólo desde que entra a dicho servicio, hasta que sale por él. Pero resulta que cierto porcentaje de pacientes provienen del servicio de urgencias, y otro porcentaje viene desde sus domicilios.

Ahora bien, el sistema nos otorga un costo global del servicio de cuidados paliativos, con sus GRD'S y GFH'S correspondientes; resultaría erróneo decir que ese costo representa únicamente la atención paliativista, ya que no es así. Ese costo contiene también los recursos consumidos en el servicio de urgencias, por aquel porcentaje que provino desde ahí. Si se quiere obtener aquel costo sólo paliativista, resulta complicado, porque hay que rastrear aquellos pacientes que no han pasado por ningún otro servicio en su proceso de atención; tome en cuenta también, que urgencias no es el único servicio referente de pacientes, también lo es oncología, cirugía, gastroenterología etc. etc.

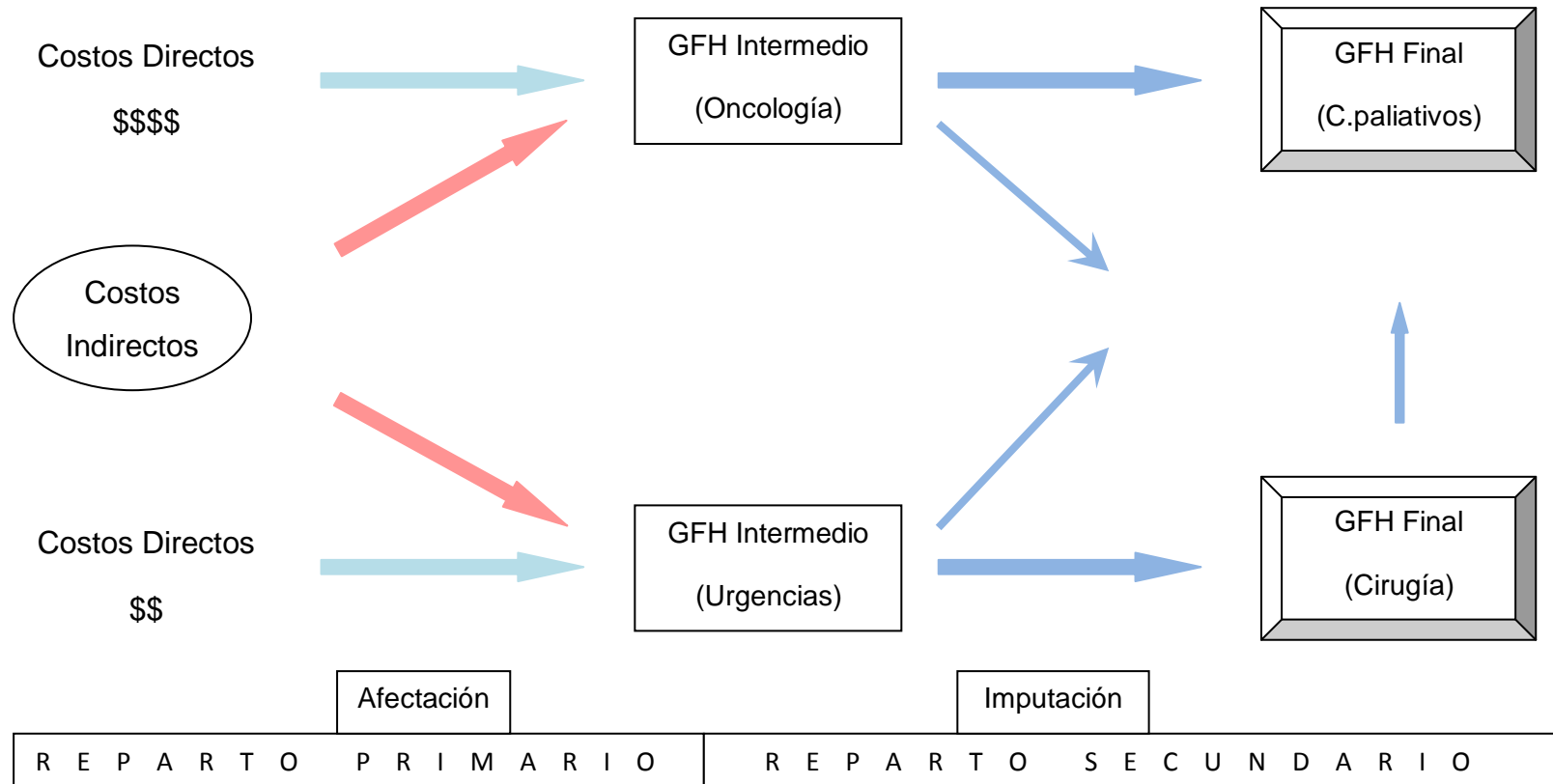
Se puede decir coloquialmente, que los pacientes van arrastrando un costo único, o de proceso, a todo lo largo de su travesía por el hospital; y ese costo sólo se verá reflejado una vez que el paciente haya sido dado de alta o tenga un servicio adjudicado.

Sin embargo, esos costos son los que realmente se ejercen, es decir, tal vez no estén tan separados o clarificados como se quiere (hablando de cuidados paliativos), pero si representan los recursos que verdaderamente se utilizan. Por lo tanto, indican con relativa precisión el costo de un paciente en cuidados paliativos dentro del entorno hospitalario (fuera de él con menor precisión), y contemplando todo el proceso de atención médica (no sólo la paliativista).

No sorprende que sea así, ya que el sistema GECLIF está diseñado para funcionar de esa manera (imputando o descargando costos de un servicio a otro).

El siguiente esquema integra, resume, y completa la exposición de este capítulo:

Figura 9. Sistema GECLIF, imputación de costos.*



*La imputación de costos es un proceso dinámico y cambiante, se detiene únicamente en las fechas de corte para conocer los costos.

Fuente: Ministerio de sanidad y consumo, ed. INSALUD, Madrid, España, 2001.

Los costos propios o de funcionamiento, constituidos por los costos directos e indirectos, son asignados (afectados) en el reparto primario a los GFH intermedios; los directos de forma directa (*flechas azules*), y los indirectos con un criterio de reparto (*flechas rojas*).

Una vez que cada uno de los GFH intermedios ha concentrado los costos directos e indirectos, se inicia el reparto secundario, en el cual los costos, ahora llamados repercutidos, son imputados a los GFH finales mediante criterios de reparto, en función de la actividad, y las interrelaciones existentes entre los distintos GFH (*flechas azules de distintos calibres*).

La denominación de GFH intermedio y final, es sólo ilustrativa y dinámica, es decir, cualquier GFH, o todos, pueden ser intermedios o finales, tan sólo depende del momento en el que reciba o descargue costos, pudiendo ser una situación cambiante.

La metodología del sistema GECLIF, al igual que las cantidades, fueron proporcionadas amablemente por las autoridades del hospital clínico universitario de Salamanca, mediante datos del propio sistema GECLIF, y bibliografía oficial del ministerio de sanidad y consumo. Sin embargo, pidieron discreción en su publicación, por ello se omitieron algunas referencias, y las explicaciones, redacción, así como la gran mayoría de los esquemas son de elaboración propia.

5. Marco de Referencia.

5.1 Referencias internacionales.

Son bastantes los países que en los últimos años han desarrollado programas nacionales de cuidados paliativos, tales como Australia, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Francia, Irlanda, Noruega, España, Uganda, Sudáfrica y el Reino Unido⁷¹. Esto sucede, porque la mayoría de las veces sólo se requiere un reordenamiento de los recursos, o en su defecto, bajas inversiones; para obtener con ello múltiples beneficios médicos, sociales, y económicos⁷². Además, estos países están previniendo los significativos aumentos que registrará el cáncer en los próximos años, especialmente en países de medianos y bajos ingresos⁷³.

Noruega es el ejemplo de un país rico, que ha logrado desarrollar exitosamente un programa nacional de cuidados paliativos, dentro de un programa más grande de control de cáncer; lo ha realizado, integrando dichos servicios al sistema nacional de salud, con base en acercamientos comunitarios⁷⁴. De hecho, estas líneas de acción se encuentran en concordancia con las recomendaciones de la OMS.

Este ejemplo es valioso, porque a pesar de la disposición de grandes recursos, las autoridades de este país se decantaron por programas poco costosos, de lento desarrollo, pero efectivos en el mediano y largo plazo.

Seguramente tenían conocimiento las autoridades noruegas, que sólo el 20% de los pacientes con cáncer avanzado requerirán de servicios paliativos especializados, y que esa atención es posible brindarla en el tercer nivel con infraestructura ya establecida⁷⁵.

La India tiene otro ejemplo interesante, pues ahí existen ciertos programas (en Kerala) que son llevados a cabo casi en su totalidad por voluntarios; tan sólo necesitan un curso introductorio de 16 horas de teoría interactiva, más cuatro días de prácticas clínicas bajo supervisión, y una evaluación al final. Organizan intervenciones, que consisten en dar seguimiento a las visitas que hace el equipo de cuidados paliativos; identifican a pacientes que requieren atención; y sensibilizan a la comunidad y a las autoridades para la obtención de fondos. Estas actividades, las

realizan en grupos de 10 a 15 personas que ellos mismos organizan, y con sólo dos horas semanales de labor por persona. Probablemente, también los organizadores hindúes de estos programas, sabían que los voluntarios son un nexo muy importante, entre las instituciones de salud y los pacientes; y que dan el soporte y la asesoría experta en la comunidad⁷⁶.

En la FEMEBA (federación médica de Buenos Aires, Argentina) los voluntarios han llegado un paso más adelante, ya que son capaces de evaluar a los enfermos en sus domicilios, recolectar información sobre el manejo específico, y educar a la familia sobre los analgésicos que recetaron los médicos⁷⁷.

El buen manejo de opioides es la herramienta imprescindible para un equipo de cuidados paliativos; por ello, cualquier dificultad para acceder a estos es un reto a superar. En este contexto el ejemplo lo constituye Uganda, dónde las enfermeras especializadas pueden prescribir morfina, y esta última se encuentra disponible en todos los distritos que tengan especialista en cuidados paliativos⁷⁸.

También la India es una buena referencia, pues ahí se dieron cuenta que las múltiples licencias de prescripción, sólo representaban barreras; y donde *el alivio del dolor y la disponibilidad de morfina*, han sido declaradas prioridades en el programa nacional de control de cáncer. Por último, Rumania, dónde la regulación gubernamental sobre el acceso de opioides está siendo simplificada, en pos de obtener un equilibrio: mantener el control esencial sobre la seguridad y distribución de sustancias psicotrópicas, a la vez que se permita a los médicos la práctica de la medicina moderna para el alivio del dolor⁷⁹.

5.1.1 Referencias en el contexto latinoamericano.

El panorama en América no es muy favorable, ya que exceptuando a los Estados Unidos y Canadá, el 80% de los países no satisfacen su demanda de cuidados paliativos, y ni siquiera los reconocen como una disciplina⁸⁰. Sólo Chile, Costa Rica, y Cuba, están en vías de atender las demandas de sus respectivas poblaciones mediante planes nacionales⁸¹.

Se enlistan a continuación, una serie de dificultades detectadas y señaladas por la OMS, en el entorno de los cuidados paliativos latinoamericanos:

- 1- Además de pocos recursos, todavía se paga por intervenciones de poca importancia, y no se invierte lo suficiente en cuidados paliativos. (traducido textualmente).
- 2- Aunque haya buena disponibilidad de opioides, la accesibilidad a ellos es baja debido a su alto costo, a la falta de entrenamiento en prescripción y uso por parte de los médicos, y a regulaciones restrictivas.
- 3- Limitada información en el número de equipos, programas, y el tipo de atención que brindan.
- 4- Menos del 15% de aquellos profesionales que brindan cuidados paliativos, recibieron educación específica en el tema antes de graduarse, a pesar de un creciente interés⁸².
- 5- Los recursos y pericia en investigación son limitados, por ello hay poca y de variable calidad.
- 6- La disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad son inadecuadas. Se estima que sólo de un 5 a 10% de los pacientes que requieren atención, la reciben; de los pocos servicios de cuidados paliativos que existen, el 90% están concentrados en las ciudades; y el 50% de los pacientes no pueden pagar su medicación⁸³.
- 7- No existen reportes de efectividad en los programas, o que factores la determinan.

5.2 Los cuidados paliativos ideales.

Un buen programa de cuidados paliativos, es descrito como aquel que puede actuar a todos los niveles de atención médica, con particular desempeño en el nivel primario y domiciliario. Tal intervención resultará en la disminución de los internamientos hospitalarios y el uso inapropiado de procedimientos costosos⁸⁴.

Algunos países con pocos recursos y muchos pacientes que atender, han gastado durante décadas en cuidados paliativos altamente especializados; situación inadecuada, porque aunque la calidad sea excelente, la atención es para unos cuantos y las inversiones significativas⁸⁵.

La OMS define una serie de pasos, para establecer y desarrollar programas de cuidados paliativos, de acuerdo con el nivel de recursos disponibles, son los siguientes:

Tabla 14. Intervenciones prioritarias en los cuidados paliativos de acuerdo con el nivel de recursos disponibles.

Recursos

Reordenamiento
Algunos adicionales
Extras

Inicio	Desarrollo	Finalidad
Proveer alivio del dolor, con énfasis en los cuidados paliativos domiciliarios, siguiendo estándares mínimos.	Proveer cuidados paliativos a todos los niveles, con énfasis en el primer nivel, siguiendo protocolos nacionales	Reforzar la red de cuidados paliativos, integrados a oncología y otros servicios.
Asegurarse que las medidas legislativas, permitan el acceso a la morfina oral, y a otros medicamentos básicos.	Asegurar la disponibilidad de medicamentos en el medio rural y urbano.	Proveer apoyo a centros de referencia nacionales e internacionales.
Desarrollar un centro de enseñanza, que entrene durante el servicio a nuevos cuidadores.	Desarrollar centros de enseñanza, que puedan proveer educación básica y de posgrado	

Fuente: World Health Organization, *guide for effective programmes, palliative care*, 2007.

Con base en la mortalidad del cáncer, se puede calcular con cierto grado de certeza, la cantidad de gente que necesita cuidados paliativos. Se asume que un 80% de todos los pacientes terminales los requieren⁸⁶.

5.3 Los cuidados paliativos en España.

La introducción de los cuidados paliativos en España, se da a principios de los años ochenta, con un grupo de médicos que, aunque ya se encontraban trabajando con pacientes terminales en su propio país, buscaron la manera de mejorar dicha atención, viajando al extranjero para trabajar con expertos de otros países. Todo esto, con la finalidad de hallar modelos apropiados e innovadores⁸⁷.

Dentro del grupo de médicos, que podrían considerarse los fundadores, o los introductores de la atención paliativista organizada en España, se encuentran: el Dr. Jaime Sanz Ortiz, oncólogo de Santander; el Dr. Xavier Gómez Batiste, también oncólogo; el Dr. Josep Porta, médico internista de Cataluña; el Dr. Marco Gómez Sancho, anesthesiólogo de las islas Canarias; y el Dr. Juan Núñez Olarte, médico internista de Madrid⁸⁸.

La experiencia que adquirieron, a través de múltiples visitas a centros de referencia internacionales durante aproximadamente cinco años, fue lo que posibilitó, que una vez de regreso en España, cada uno trabajara para fundar equipos o unidades de cuidados paliativos en sus respectivos hospitales⁸⁹. Estos médicos destacados en sus áreas, y algunos de ellos en la docencia, no son los únicos, pero si los primeros y más importantes en la instauración y desarrollo de la medicina paliativa en España.

Estas iniciativas individuales, encontraron un abanico muy diferente de oportunidades y apoyos de las autoridades en el sector salud; desde ninguno para el doctor Jaime Sanz Ortiz, quien trabajó completamente sólo por quince años, pero que ha sabido mantener exitosamente en pie todo lo que ha fundado; hasta el más generoso y conocido, que es el patrocinio internacional otorgado en Cataluña con el doctor Xavier Gómez Batiste, quien lideró, planificó e implementó, un programa piloto que proporcionaba un cuidado paliativo integral, a la vez que solucionaba el problema de integración con la salud pública⁹⁰.

Este programa de la OMS, se llevó a cabo de 1990 a 1995, y su importancia radica en que ha influenciado el desarrollo de la medicina paliativa, a través de España y Europa⁹¹.

Parte de las causas, por las cuales los médicos obtuvieron diferentes grados de soporte económico, se debe a que el sistema de salud español estaba, y está, siendo descentralizado⁹². El patrón de desarrollo de los cuidados paliativos, parece sugerir, que aquellos sitios que permanecen con el antiguo sistema centralizado, no están tan bien asistidos, como aquellos dónde la descentralización ha llegado⁹³.

Y parte de las repercusiones, es que hay diferentes programas de cuidados paliativos en España; cada uno de ellos, estableciendo sus prioridades, y ofreciendo atención como mejor consideren y puedan⁹⁴.

El resumen de las visitas y actividades de los fundadores, queda completado con la exposición de la siguiente tabla:

Tabla 15. Fundadores de los cuidados paliativos en España.

Médico	Institución	Actividad
Jaime Sanz Ortiz. Oncólogo	Hosp. Univ. Marqués de Valdecilla, Santander	Visitó, y observó la forma de trabajo en los <i>hospice</i> ingleses.
Xavier Gómez Batiste. Oncólogo	Instituto Catalán de Oncología.	Dedicó una temporada en el St. Christopher <i>hospice</i> en Londres.
Josep Porta. M. internista	L'Hospitalet Barcelona, Cataluña	Dedicó una temporada en el St. Christopher <i>hospice</i> en Londres.
Mario Gómez Sancho. Anestesiólogo	Hospital el Sabinal de Las Palmas, Islas Canarias	Fue a Milán, Italia, donde trabajó con el Dr. Ventafridda y su grupo.
Juan Nuñez Olarte. M. internista.	Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.	Trabajó con el Dr. Balfour Mount en el Royal Victoria Hospital, en Montreal, Canadá.

Fuente: *Innovations in End-of-Life Care, an international journal of leaders in end-of-life care. Interview with Carlos Centeno, MD, hospital los Montalvos, Salamanca Spain, 2000.*

Generalmente se da por hecho, que la medicina paliativa en España es el resultado, en la mayoría de los casos, de esfuerzos personales de distintos innovadores trabajando independientemente, y no de una planeación gubernamental o financiamientos especiales⁹⁵.

5.3.1 Desarrollo.

El siguiente esfuerzo en la atención a enfermos terminales, lo realizó la AECC (asociación española contra el cáncer), y la SECPAL (sociedad española de cuidados paliativos). La AECC ya fue ampliamente descrita en un capítulo anterior, tan sólo basta añadir, que en su primer modelo de cuidados paliativos domiciliarios (pionero a nivel nacional), intervino significativamente María Miranda, una enfermera formada, también, en un hospice inglés⁹⁶. Y que ese mismo modelo, es el que se ha extendido por muchas provincias españolas con pocas variaciones⁹⁷.

La SECPAL fue creada en 1992, y actualmente cuenta con cerca de 1,000 miembros de diferentes especialidades: médicos, enfermeras, psicólogos, fisioterapeutas y religiosos, entre otros; sus aportaciones y actividades son las siguientes:

- Difusión de los principios de los cuidados paliativos a través del territorio español.
- Educación e investigación en medicina paliativa.
- Publica la revista *Medicina Paliativa*.
- Publica el directorio anual de programas de cuidados paliativos.
- Patrocinio de congresos nacionales, y actividades formativas.
- Colabora con el ministro de salud y diferentes autoridades sanitarias, para el desarrollo de nuevas normas en la prescripción de opioides y narcóticos.
- Desarrollo de estándares, y emisión de recomendaciones en formación de personal y organización de programas.

La organización de la *orden de los hermanos hospitalarios de San Juan de Dios*, es la tercera organización con mayor influencia sobre la implantación de los cuidados paliativos en España.

Se encarga de brindar atención a enfermos terminales dentro de sus propios hospitales. Estableció e hizo funcionar, también en 1991, la primera unidad paliativista intrahospitalaria en el hospital de San Juan, en Pamplona⁹⁸.

Para 1998, ya estaban funcionando 143 unidades de cuidados paliativos, de diversas clases y bajo diferentes auspicios; que daban atención alrededor del 25% de las 80,000 personas que morían de cáncer al año⁹⁹. Es decir, en siete años se logró dicha cobertura, a una tasa de alrededor de diez unidades fundadas por año.

Existen principalmente tres tipos de atención: sistemas que brindan asistencia paliativa a pacientes hospitalizados; aquellos que lo hacen a domicilio; y los integrales, como el catalán, que son la combinación de ambos¹⁰⁰.

5.3.2 El modelo Catalán.

El modelo emprendido en la provincia de Cataluña, ha sido muy exitoso y ampliamente copiado en España y otros lugares. El programa, sustancialmente tiene tres componentes:

1. Equipos domiciliarios de cuidados paliativos.
2. Equipos en hospital de agudos o pacientes graves, con o sin camas paliativas propias.
3. Equipos con camas paliativas en centros socio sanitarios de larga estancia, también llamadas, residencias para gente mayor.

Este modelo ha sido considerado como el mejor de Europa, pues desde hace tiempo atiende a más del 60% de los pacientes con cáncer en Cataluña¹⁰¹.

Las principales claves de los buenos resultados, fueron, sin lugar a dudas, el significativo soporte logístico, y el fuerte financiamiento que aportaron la OMS y las autoridades regionales; junto con el excelente diseño y planeación del Dr. Gómez Batiste, quien supo aplicar sus observaciones hechas en Inglaterra, acerca de la forma en que se brindaban los cuidados paliativos.

Pudo ver los problemas, principalmente financieros, que surgían en los *hospice* británicos al estar fuera del sistema de salud; y halló la solución para integrar los

cuidados paliativos a la sanidad pública en Cataluña, mediante el involucramiento de las autoridades¹⁰².

La gran diferencia entre el modelo Catalán y el brindado en otros lugares, es la planeación de los programas, y la selección en la clase de cuidados paliativos a brindar, con base en el cálculo del tipo y cantidad de personal de salud requerido¹⁰³.

Otra gran diferencia es la integralidad del servicio, ya que los problemas de coordinación y continuidad en el cuidado del paciente, son resueltos de mejor manera que en otro tipo de servicios. Las dificultades se presentaban porque los servicios de salud comunitarios están bajo un tipo de jurisdicción, mientras que los hospitales de especialidades están bajo otro tipo; eso condiciona, que a menudo, exista poca comunicación entre los médicos del hospital, y los médicos familiares en las comunidades¹⁰⁴.

5.3.3 Retos hacía el futuro.

Los cuidados paliativos son una disciplina que nació en el seno de la enfermería, y en algunos países son efectuados mayoritariamente por enfermeras; eso conlleva, probablemente, a que cierta parte del gremio médico los considere como una atención secundaria, y no una especialidad completa y separada. Por ello, es importante concientizar acerca del alto nivel requerido en la formación paliativa; y transmitir el valor y la importancia, actual y futura, social y económica, de este campo. Todo esto, para obtener el respeto, apoyo, e interés, tanto del gremio médico, como de la sociedad y autoridades sanitarias¹⁰⁵.

La cobertura paliativa en España no supera al 35%¹⁰⁶, aunque como ya se dijo anteriormente, existen regiones con más de un 60% cubierto, esto debido a la concentración de los servicios en las ciudades, la falta de integración de los mismos a la sanidad pública, y las intensas coyunturas económicas¹⁰⁷.

Un mayor número de profesores paliativistas en la educación médica básica, ayudará a que la atención sea provista por médicos y enfermeras generales, en la consulta convencional o domiciliaria; y que la intervención de equipos paliativos esté reservada para las situaciones más complejas. Se piensa que ya no son necesarios más programas o unidades, sino un conocimiento más completo por parte de los

médicos comunitarios, para aprovechar de mejor manera la infraestructura existente¹⁰⁸.

Usualmente, entre médicos y personal administrativo, se sabe, que hay un número importante de pacientes que no necesitan estar ocupando camas en los diferentes servicios hospitalarios, ya sea en unidades de cuidados paliativos, oncología, o terapia intensiva; esto ocurre, porque muchas veces, no hay disponibilidad en residencias para gente mayor, o residencias con servicios que brinden cuidados de largo plazo tipo *hospice*¹⁰⁹. Las consecuencias, son demoras en las altas médicas, internamientos prolongados, relativa saturación de los servicios médicos, y tal vez, lo más importante, que los pacientes una vez estables, pierden la oportunidad de salir del hospital, mientras que otro pierde la oportunidad de ser ingresado. Aunque se trate sólo de unos días de demora, en los cuidados paliativos estos son muy importantes.

Cabe señalar, que esta problemática se presencié en el hospital los Montalvos, fue sólo con algunos pacientes, y no es tan importante como para pensar que la calidad global del servicio se viera afectada; pero si lo suficiente, como para tomarla en cuenta, y pensar que puede ser importante en el mediano plazo.

Esta observación concuerda con la opinión del Dr. Carlos Centeno, un médico que laboró ahí por mucho tiempo¹¹⁰, y que piensa que hacen falta instituciones para enfermos que requieran cuidados de largo plazo, pero que no necesiten ingresar a un hospital¹¹¹.

Mejorar la comunicación entre médicos comunitarios y hospitalarios; la correcta coordinación entre comunidades; y la investigación cualitativa y cuantitativa, son otros puntos a mejorar que se han referido en los documentos consultados.

5.4 Algunas experiencias en México.

5.4.1 El instituto nacional de cancerología (INCAN).

Realizó un estudio retrospectivo en el 2007 sobre 287 expedientes electrónicos, donde se analizaron los últimos ocho días de vida de los pacientes¹¹². Se describen algunos resultados por ser referencias valiosas:

Del total de pacientes ingresados (287):

El 47.7% lo hizo sólo una vez, con un promedio de estancia de 6.44 días antes de fallecer.

El 95% fue sometido a algún estudio de laboratorio.

Se administró sedación terminal en 13.3% de los casos.

152 pacientes fueron remitidos a la clínica del dolor y cuidados paliativos, y 135 no. 66.1 días fue la estancia media, o promedio, que permanecieron los enfermos que si fueron remitidos a dicha clínica.

Y la admisión a terapia intensiva fue de un 25.2% en el grupo de pacientes no remitido, mientras que sólo fue de un 12.5% para aquel grupo que estaba en la unidad de cuidados paliativos.

Referencias importantes, ya que en el capítulo de resultados se muestran las obtenidas en un centro paliativo español. La única gran diferencia, es que este grupo (el del INCAN) ingresó a un hospital oncológico, mientras que los del centro español, lo hicieron a una unidad paliativa. Sin embargo, la concordancia radica, en que ambos grupos son de pacientes oncológicos terminales.

5.4.2 Centro de cuidados paliativos México.

Se trata de una Institución de asistencia privada, no lucrativa, que inició operaciones el 23 de enero de 2006, y pidió su incorporación a la junta de asistencia privada del Distrito Federal, buscando su marco legal¹¹³.

La organización, ha trabajado conjuntamente mediante convenios, con la clínica del dolor y cuidados paliativos del hospital general de México. Reportan 56 personas atendidas directamente, y 215 de manera indirecta, durante el 2006¹¹⁴.

Tiene varias participaciones y organizaciones conjuntas, también con el hospital general de México, en tres congresos de importancia nacional e internacional. Con el consejo de asistencia e integración social del D.F, colabora activamente en una de sus mesas redondas. Y en materia legislativa, cabildeó para la autorización de la ley en materia de cuidados paliativos, en la cual se reformó un artículo y se añadió otro.

También, ha impartido dos diplomados con valor curricular, además de talleres a diferentes instituciones y público en general.

Esta organización, atiende exclusivamente en el domicilio del paciente, solicitando una cuota de recuperación con previo estudio socioeconómico. La institución reporta un costo de \$3,000 pesos mensuales por enfermo¹¹⁵, y el monto a recuperar, depende de la capacidad económica del paciente.

5.4.3 Hospital General de Tampico, Dr. Carlos Canseco.

La unidad paliativa está ubicada en un anexo al hospital general, y brinda atención de concepto *hospice*¹¹⁶, es decir, simula el bienestar y todas las comodidades de un hogar, para que la estancia del paciente y su familia sea lo más agradable posible. La intención del concepto, es tan sólo generar un marco agradable, para satisfacer necesidades físicas, sociales, familiares, emocionales y espirituales.

5.4.4 Hospital General de Tuxtla Gutiérrez, Rafael Pascasio Gamboa.

Aquí también hay un centro paliativista, el cual, como muchos otros, tuvo su origen en un servicio oncológico. Tiene la distinción de haber recibido en 1992, un apoyo internacional, entregado por toda una personalidad médica, el Dr. Jesús Kumate; quien después ocuparía la presidencia de la OMS para 1995. El apoyo consistió en dotaciones de opiáceos, en el marco de un programa para aliviar el dolor por cáncer. Pero no fue sino hasta el 2007, que se creó un área específica para el servicio de cuidados paliativos¹¹⁷.

5.5 Referencias sobre costos.

La inclusión de una perspectiva económica ha ido incrementando su importancia y aceptación en la política y planeación de la salud. El análisis costo efectividad ha sido usado como una herramienta útil para localizar resultados eficientes, especialmente cuando los recursos son escasos. Por ejemplo: En Australia ha sido el factor decisivo para determinar si algunos medicamentos deberían ser, o no, reembolsados con fondos públicos. Inclusive, el banco mundial ha ocupado este tipo de análisis para identificar prioridades en el control de enfermedades en países

pobres, así como paquetes esenciales de atención sanitaria en países con diferentes grados de desarrollo económico¹¹⁸.

Básicamente, el mayor beneficio que pueden brindar este tipo de estudios, es la identificación de la combinación ideal de programas sanitarios que cubran el máximo posible de objetivos planteados con un presupuesto determinado. Algunos otras organizaciones que han ocupado este tipo de estudios incluyen a la *Oregon Health Services Commission*, *the World Bank Health Sector Priorities Review* y *The Harvard Life Saving Project*¹¹⁹.

En resumen, estos análisis costo efectivos localizan ineficiencias en la repartición de recursos, a la vez que detectan oportunidades para nuevas asignaciones más provechosas. La Organización mundial de la salud tiene un proyecto denominado WHO-CHOICE, por sus siglas en inglés, en el cual existen bases de datos de estudios costo efectividad en una amplia gama de las principales causas de enfermedad; todo ello para brindar a las autoridades sanitarias información clave en el momento del diseño de las políticas en salud. Este proyecto usa criterios recomendados por la *Commission on macroeconomics and Health*¹²⁰.

De hecho, esa es una de las razones por las cuales la OMS recomienda ampliamente la implementación de unidades de cuidados paliativos domiciliarios, simplemente porque ya los tiene detectados como altamente efectivos y poco costosos.

Es más, afirma que es posible extrapolar y replicar directamente los resultados e información obtenida en países desarrollados sobre estudios costo efectivos, hacia países pobres. También anticipa que dicha replicación será lenta y que se tienen que tener algunos elementos en cuenta, tales como el contexto económico, cultural, político y de infraestructura de cada país, además de capacitación del personal, medicamentos, equipos y consumibles, precios locales, costos laborales, capacidad de implementación, incentivos, y la red de soporte institucional¹²¹.

Muy conveniente sería tomar en consideración prontamente estas recomendaciones de la OMS, ya que el cáncer es una enfermedad cuya proporción y magnitud está

presionando severamente a los sistemas de salud, dicha presión es económica, logística, médica, social y humana.

Para validar esta afirmación, tome en cuenta las siguientes referencias y traducciones literales extraídas del *New England Journal of Medicine*:

Se ha proyectado que los costos anuales del cáncer aumenten de 104 billones en 2006 a cerca de 173 billones para 2020. Este incremento se deberá a un drástico incremento en costos terapéuticos y en la extensión del cuidado. En los Estados Unidos, las ventas de medicamentos anticancerosos son ahora segundos, sólo detrás de aquellos para enfermedades cardíacas, y el 70% de esas ventas provienen de medicamentos introducidos en los últimos 10 años. Las moléculas más nuevas cuestan 5,000 dólares mensuales o más y en muchos casos la relación costo efectividad excede sobremanera los umbrales comúnmente aceptados. Esta tendencia no es sostenible¹²².

Debemos encontrar formas para reducir los costos del cuidado diario, para atender a más gente y dar cobertura sin llevar a la bancarrota al sistema de salud.

Hace veinte años, el costo estimado de los recursos médicos desperdiciados en los Estados Unidos para pacientes con cáncer de mama fue de un billón por año¹²³.

*Proponemos un cambio de rutina **al cuidado paliativo sin quimioterapia** para pacientes con progresión, o enfermedad activa, después de recibir tres regímenes consecutivos.*

Existen otras maneras en que el sistema puede mejorar el cuidado mientras ahorra sustanciales cantidades de dinero.

También aumentamos los costos y otorgamos un peor cuidado como resultado en lo que fallamos al hacer: entablar discusiones sobre la posibilidad de morir, opciones al final de la vida, y las maneras en que los pacientes hacen la transición hacia la perspectiva de morir.

En un estudio sobre 75 pacientes hospitalizados con cáncer, el oncólogo inició la plática sobre directrices anticipadas sólo con 2 pacientes. En un estudio prospectivo

Multicéntrico de 360 pacientes, sólo el 37% de los enfermos y sus familias podían recordar haber tenido una plática acerca de la inminente muerte con su médico¹²⁴.

En un estudio, a 2 meses antes de que murieran, la mitad de los pacientes con cáncer pulmonar metastásico no habían tenido una plática con sus médicos sobre un *hospice*. Esto puede explicar el porqué en series recientes, el promedio de estancia en un *hospice* para pacientes con cáncer pulmonar fue de 4 días¹²⁵.

La importancia de esta plática es ahora evidente: gente que tiene esas conversaciones experimenta menos depresión o ansiedad, recibe un tratamiento al final de la vida menos agresivo, y raramente muere en una unidad de cuidados intensivos o con un ventilador. Por otra parte, permite al cuidador sobreviviente tener una mejor calidad de vida y ahorraría a nuestra sociedad millones de dólares¹²⁶.

Podemos reducir el temor de los pacientes al abandono por medio de unos cuidados paliativos mejor integrados.

En dos grandes ensayos aleatorizados, la combinación de cuidado paliativo y el cuidado oncológico usual estuvo asociado con igual o una mayor supervivencia, en comparativa con el cuidado usual por sí sólo. Otros dos ensayos de cuidados paliativos en conjunción con el cuidado convencional (en una combinación de pacientes con y sin cáncer) mostró la misma supervivencia y mejor satisfacción del paciente y familiares, en comparativa con el cuidado convencional por sí sólo, así como también ahorros en los costos de más de 4,800 dólares por paciente¹²⁷.

El *Aetna Compassionate Care Program* de cuidados paliativos manejados por enfermería, fue asociado con el doble de referencias a un *hospice* y con el doble de estancia en el mismo, en adición a una espectacular reducción en el número de días hospitalarios. Los datos de *Medicare* indican sustanciales variaciones en los índices de muertes en el hospital y la relativa infrautilización del *hospice*, a pesar de la buena evidencia que en los *hospice* los pacientes viven más sin incurrir en costos más altos¹²⁸.

Una mejor coordinación en el tratamiento que les permita a los pacientes elegir su rumbo, mientras no requieran un cambio forzado del cuidado convencional a un

hospice, será una ganancia triple: mejor calidad y cantidad de vida además de ahorros significativos en los costos.

El impacto puede ser rápido y espectacular. De acuerdo a estadísticas nacionales, al menos 20% de los pacientes con tumores sólidos están recibiendo quimioterapia en las 2 últimas semanas antes de su muerte¹²⁹.

A la larga, tendremos que hacer decisiones con base en algunos criterios, y los análisis comparativos de eficacia y costo-efectividad son buenas maneras de alinear el uso de recursos con el mayor beneficio en sanidad.

6. Diseño de la Investigación.

El presente estudio se sitúa en el marco de la organización de los cuidados paliativos, con especial interés en sus principales indicadores médicos, económicos y de gestión.

6.1 Supuesto que origina el trabajo.

Según la OMS, España tiene uno de los mejores sistemas de salud en el mundo. Dependiendo del estándar evaluado, se sitúa en diferentes posiciones; pero en la combinación de todos, que es el denominado: *desempeño global del sistema de salud*, se posiciona en el lugar número siete¹³⁰. Aún ahí la cobertura paliativa no supera al 35%¹³¹.

México aparece en esa misma clasificación en el lugar 61¹³², y no se ha podido localizar ninguna estimación sobre la población que recibe atención paliativa. En comentarios con médicos inmersos en el tema, suponen que está por debajo del 1%; si nos guiamos por la referencia de la OMS, acerca de los cuidados paliativos en Latinoamérica, la población atendida sería de un 5 a 10%¹³³.

Algunas de las dificultades que señala la misma institución, para la región latinoamericana, son los pocos recursos, la falta de visión para emplear mejor los existentes, e insuficientes inversiones en cuidados paliativos.

Uno de los consensos en dichos cuidados, es que inicialmente no se requiere de ninguna inversión para formar un grupo paliativista, simplemente una reordenación de recursos.

También, la mayoría de los estudios, bibliografía, y opiniones de médicos expertos en el tema, coinciden en que ahorran mucho dinero al sector salud, porque evitan internamientos innecesarios, estudios fútiles y costosos, y tratamientos sin sentido. Todo esto, porque el enfermo y los médicos anticipan la situación por venir, y generalmente el paciente elige y prefiere morir en su domicilio, por lo menos en un 50%.

Ahora bien, este documento pretende ser una referencia, que guíe el proceso de formación de un grupo de cuidados paliativos en lo que respecta a costos, e

indicadores médico-hospitalarios de gestión. Lo pretende, porque se obtendrán, algunos proporcionados y otros calculados, los principales indicadores mencionados de dos modelos asistenciales de cuidados paliativos, uno domiciliario y el otro hospitalario. Esto, en Salamanca, España.

Dichos indicadores, reflejarán la actividad de todo un año en un centro de referencia regional (la unidad de cuidados paliativos del hospital los Montalvos), en comparativa (sólo ilustrativa), con la actividad también de un año, de la unidad de cuidados paliativos domiciliarios, operados por la AECC.

Tómese en consideración que los cuidados paliativos, son sólo una pequeña parte de la atención en una enfermedad muy común, muy costosa, y usualmente larga, el cáncer; y que además, esta última es sólo una pequeña parte, de todas las enfermedades terminales que requieren atención paliativa.

El asunto crece significativamente, cuando se piensa que todos los seres humanos, tienen derecho a ser asistidos paliativamente en las etapas finales de su vida; y que ahora, el nuevo concepto de los cuidados, dice que el momento ideal para entrar en escena, es en el diagnóstico, y no sólo en los seis meses finales. También considere, que dichos cuidados no sólo contemplan al paciente, incluyen a sus familiares.

Por último, estime que el cáncer y las demás enfermedades terminales, serán más frecuentes en el futuro, pues las poblaciones crecen, o envejecen, o crecen y envejecen.

Obtenemos la siguiente conclusión que resume todo lo anterior: Todos los seres humanos que padezcan una enfermedad terminal, porque tienen derecho, deben de recibir, junto con sus familiares, cuidados paliativos desde el momento del diagnóstico de su enfermedad, hasta su muerte. Faltaba agregar, que los familiares pueden recibir atención paliativa posterior al fallecimiento.

Todo ello supone que existe un alto costo sumado; sin embargo, el periodo paliativo en los últimos seis meses, brinda una de las mejores aéreas de oportunidad en lo que a optimización de recursos respecta. Este trabajo se sitúa precisamente en ese marco, porque revelará, con cierto grado de precisión, cuánto cuesta todo el proceso de atención de un paciente paliativo, ya sea en su casa, o en el hospital.

6.2 Objetivos.

6.2.1 Objetivo general.

El objetivo general de este estudio, es determinar los principales indicadores médico hospitalarios de gestión, de un modelo paliativo de atención domiciliaria, en comparativa con un modelo de atención paliativa hospitalaria.

Es decir, nos interesa saber cuántos pacientes atiende cada programa, y por cuánto tiempo lo hace; dónde fallecen los enfermos, qué diagnósticos tienen, y cuáles son los servicios que los refirieron; cuanto tiempo viven y el costo que representan.

6.2.2 Objetivos específicos.

En el modelo hospitalario, y en el modelo domiciliario:

- 1- Determinar el número total de pacientes durante todo un año.
- 2- Determinar el número total de ingresos durante todo un año.
- 3- Conocer, y analizar la distribución porcentual de género.
- 4- Conocer, y analizar la distribución porcentual de los lugares de fallecimiento de los enfermos.
- 5- Investigar cuáles son los servicios referentes de pacientes, así como su participación porcentual individual.
- 6- Investigar cuál es la casuística, o los diagnósticos atendidos, así como la participación porcentual de cada uno de ellos.
- 7- Determinar la estancia media global, o promedio de días que permanecen internados los pacientes en el modelo hospitalario, (el modelo domiciliario no tiene)
- 8- Determinar las medias de supervivencia, o promedio de días que viven los pacientes después de su ingreso a un programa paliativo.
- 9- Del modelo hospitalario, determinar el número de pacientes y su representación porcentual, que fallece durante su primer ingreso. Por lo tanto, también se podrá

determinar el número de pacientes, y su representación porcentual, que logra ser dado de alta por lo menos una vez.

10-Obtener de las autoridades administrativas, los principales costos de atención.

11-Mediante la combinación del costo por paciente con su supervivencia, establecer el costo beneficio de cada modelo.

12-Establecer las comparativas correspondientes entre modelos para cada indicador, y concluir sobre cada uno de ellos.

13- Obtener opiniones, comentarios y entrevistas del personal experto en el tema que nos ocupa.

6.3 Variables y especificaciones.

Unidad de cuidados paliativos del hospital los Montalvos (UCP Montalvos): Se trata de un área hospitalaria específica, que se dedica al cuidado especializado de pacientes cuya enfermedad (cáncer) ya no tiene tratamiento curativo posible; sin embargo estas personas vivirán por algún tiempo más y requerirán de dichos cuidados.

Unidad de cuidados paliativos domiciliarios de la Asociación Española Contra el Cáncer (UCPD de la AECC): Se trata de una unidad móvil de atención médica, que visita y atiende directamente a los enfermos en sus propios domicilios. También se trata de pacientes con cáncer que no tendrán curación, pero adquieren otro tipo de necesidades médicas, sociales, psicológicas y espirituales.

Las variables objeto de estudio son mixtas. En lo que se refiere a las cuantitativas se trata de: el número de pacientes, el número de ingresos, el número de pacientes fallecidos en su primer ingreso, los días de estancia hospitalaria, los días de supervivencia, y el costo diario de la atención individual.

En lo que respecta a las cualitativas se trata de: el género, los lugares de fallecimiento, los ingresos y el alta médica, los servicios referentes, los diagnósticos y el tipo de atención.

La siguiente tabla las define, y detalla la fuente de las que fueron extraídas:

Tabla 16. Definición de Variables*

Variable	Definición operacional	Tipo
Número de pacientes.	Se trata de todas las personas que ingresaron a un programa paliativo en el 2009.	Cuantitativa.
Género.	Es la distinción de sexo en los pacientes.	Cualitativa.
Lugar de fallecimiento.	Sitio donde mueren los pacientes, pudiendo ser el hospital, su domicilio, o desconocido.	Cualitativa.
Procedencia.	Son los diferentes servicios médicos que refieren pacientes a las unidades de cuidados paliativos.	Cualitativa.
Diagnósticos.	Se trata de las enfermedades que padecen los pacientes de ambas unidades.	Cualitativa.
Estancia.	Es el número de días que se quedan internados los pacientes en la UCP de los Montalvos (la UCPD de la AECC no tiene).	Cuantitativa.
Supervivencia.	Es el tiempo que viven los pacientes después de haber ingresado a un programa paliativo.	Cuantitativa.
Costo.	Es el consumo valorado en dinero (euros) de los bienes y servicios implicados en la atención de un paciente paliativo.	Cuantitativa.
Costo-Beneficio.	Es la relación que existe entre el dinero invertido y los beneficios obtenidos con ello.	Cuantitativa.

**La fuente de todas las variables son: Para la UCP de los Montalvos, el libro diario de registros de los pacientes; y para la UCPD de la AECC una base de datos elaborada por el propio médico que la atiende, quien amablemente la proporcionó para la realización de este estudio.*

6.4 Marco metodológico

6.4.1 Enfoque.

El enfoque del estudio es mixto debido a que posee tanto variables cuantitativas, como cualitativas y se describieron con anterioridad.

6.4.2 Tipo de estudio.

El tipo de estudio a realizar es no experimental, pues se están observando y analizando fenómenos tal y como suceden en su contexto, no habrá manipulación alguna de variables.

Se estudiarán y medirán los aspectos más importantes concernientes a la atención paliativa en cada uno de los modelos.

Su naturaleza es transversal descriptiva, retrospectiva y comparativa, pues la recolección de datos será en un momento único, abarcará un solo periodo de tiempo, y tiene por objeto indagar sobre los valores que se obtengan en las variables. También ubicará a estas últimas, comparativamente en dos grupos.

6.4.3 Área de estudio.

El presente estudio tiene como áreas, la unidad de cuidados paliativos del hospital los Montalvos (modelo hospitalario), la cual se encuentra ubicada en la 2ª planta de dicho centro de salud; y la unidad de cuidados paliativos domiciliarios de la AECC, (modelo domiciliario) la cual, aunque brinda atención en las casas de los pacientes, tiene una oficina que usa como centro de operaciones en la 4ª planta del hospital clínico universitario. Ambas áreas, se encuentran en la provincia de Salamanca, perteneciente a la comunidad autónoma de Castilla y León, España.

6.4.4 Población a estudiar.

Se trata de todos los pacientes que ingresaron al modelo de atención paliativa hospitalaria durante el 2009; también de todos los pacientes que ingresaron al programa de atención paliativa domiciliaria durante ese mismo año.

6.4.5 Criterios de selección y eliminación.

Se seleccionarán a todos los pacientes que hayan ingresado a un programa paliativo.

Se eliminarán aquellos pacientes, que contengan una sola falla, o incongruencia entre datos, por ejemplo: si hay un paciente que tenga una fecha de muerte anterior a su ingreso, se eliminará dicho registro, ya que esto es imposible. *No puede fallecer antes de ingresar*. Cabe hacer aquí una precisión: como se calculará la media de supervivencia, o el promedio de días que vive un paciente, esta se contará a partir de su ingreso a cualquier modelo paliativo; dicho de otra manera, el día 1, será contado a partir de su ingreso. Lo mismo sucede con la estancia media.

Ahora bien, para el cálculo de la media de supervivencia, será necesario buscar la fecha de muerte de los pacientes ingresados, hasta por seis meses más. Esto ocurre por lo siguiente: un paciente que haya ingresado el 1° de Enero de 2009, tendrá un periodo de búsqueda en su fecha de muerte de hasta 12 meses; no sucede lo mismo con aquel que haya ingresado el 30 de diciembre de 2009, pues ese sólo tendrá un periodo de búsqueda de 1 día.

Para eliminar esta situación evidentemente sesgada, y considerando que la expectativa de vida de un enfermo paliativo es de seis meses, todos los pacientes tendrán periodos de búsqueda equivalentes.

Es decir, aquel que haya ingresado el 30 de Diciembre de 2009, tendrá un periodo de búsqueda en la fecha de su muerte, hasta el 31 de Julio de 2010.

En el modelo hospitalario, la medición es compleja, porque se infiere que hay grupos de pacientes que ingresan dos o más veces, pero al mismo tiempo, también se infiere que la mayoría lo hace sólo una vez y muere en ese ingreso, para simplificar y hacer más representativa la estadística, se medirá la estancia media del primer ingreso de todos. (todos ingresaron por lo menos una vez).

6.4.6 Técnicas e instrumentos de recopilación de la información.

La recolección de datos será mediante el censo, no es necesario ningún tipo de muestreo, ya que no se pretenden generalizar los resultados a la población de Salamanca, ni a la población hospitalaria. Sólo se quieren conocer, analizar y comparar, los principales indicadores de la atención paliativa.

Para obtener los respectivos costos de atención, se pedirán directamente a las autoridades administrativas hospitalarias, y a las equivalentes de la asociación española contra el cáncer.

Los datos de los pacientes, se adquirirán en historias clínicas, libros diarios de registro, ficheros, bases de datos y demás. Por lo tanto, nuestras fuentes de información son documentales.

6.4.7 Métodos y procedimientos de análisis de la información.

Con la información obtenida, se construirá una base de datos, que a su vez permita generar cifras, tablas, gráficas, cuadros y figuras. Después se describirá cada elemento generado, y se analizarán los resultados obtenidos mediante pruebas estadísticas en los programas SPSS y excel.

7. Resultados.

Primero se dispondrán los resultados obtenidos de la UCP del hospital los Montalvos, y después los respectivos de la UCP domiciliarios de la AECC. Se irán haciendo las aclaraciones pertinentes tal como vayan sucediendo, y la comparativa se establece en las conclusiones.

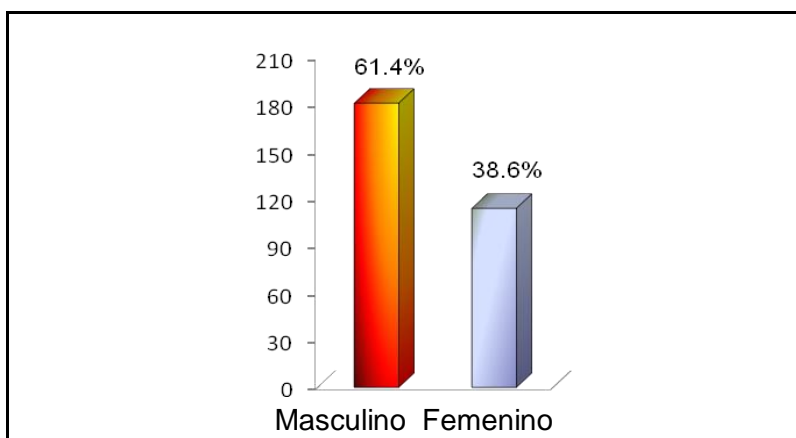
7.1 Del modelo hospitalario (UCP los Montalvos):

Los datos fueron copiados del libro diario de registro de pacientes, que se lleva rutinariamente en la propia unidad. Con esa información, se generó una base de datos para calcular las cifras expuestas a continuación:

Son 295 pacientes que generaron 348 ingresos a la UCP de lo Montalvos durante el 2009, lo que quiere decir que un grupo de pacientes ingresó 2 o más veces.

7.1.2 Acerca del género.

Gráfica 2. Distribución del género en la UCP los Montalvos.*

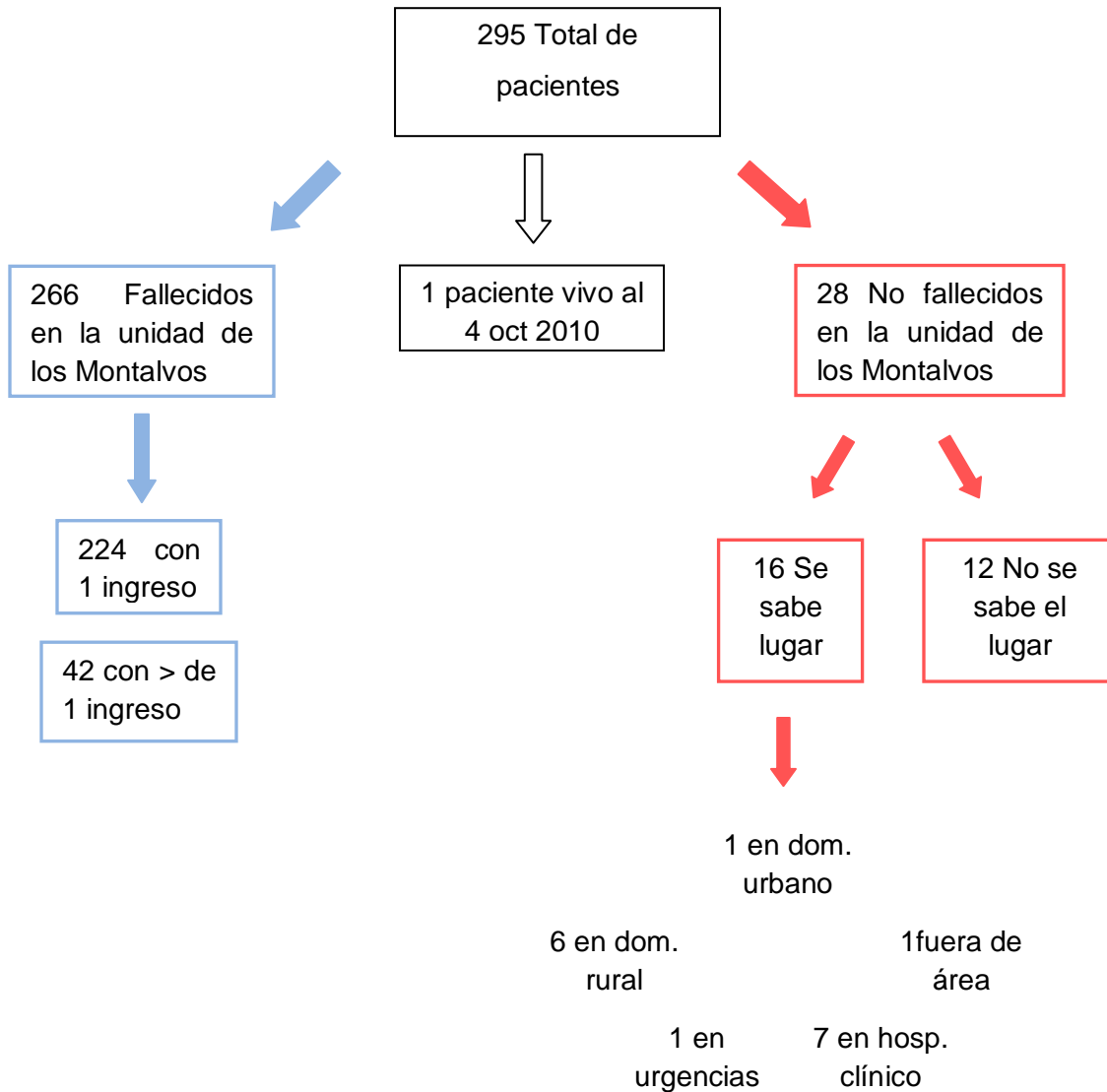


**De los 295 pacientes ingresados y atendidos en el 2009, 181 fueron del género masculino, y 114 del femenino.*

7.1.3 Acerca del lugar de fallecimiento y los ingresos.

El siguiente diagrama muestra las trayectorias que tuvieron los pacientes respecto a su lugar de fallecimiento, una vez que tuvieron su primer ingreso a la UCP los Montalvos:

Figura 10. Curso y lugar de fallecimiento de los pacientes de la UCP de los Montalvos.*



**La gran mayoría de los pacientes que ingresa a la UCP de los Montalvos muere ahí (90%); ya sea en su primer ingreso (76%), o en los subsecuentes (14%), ruta azul.*

**Sólo un 9.5% de los pacientes que ingresaron a la unidad muere fuera de ella; y todavía a un grupo menor se le pierde el seguimiento, ruta roja.*

7.1.4 Acerca de las procedencias.

La siguiente tabla muestra el número de pacientes, con su respectivo porcentaje, que fue referido por cada uno de los servicios hospitalarios, a la UCP de los Montalvos:

Tabla 17. Servicios referentes de la UCP de los Montalvos.*

Procedencias	Pacientes	%
Urgencias	171	57.9 %
Domicilio	42	14.2 %
Oncología	27	9.1 %
Medicina Interna	17	5.7 %
Cirugía	11	3.7 %
Digestivo	7	2.3 %
Hematología	4	1.3 %
Neumología	3	1.0 %
Ginecología	2	0.6 %
Traumatología	2	0.6 %
Urología	2	0.6 %
Hosp. de Día	2	0.6 %
Hosp. Virgen Vega	1	0.3 %
Otorrinolaringología	1	0.3 %
4a	1	0.3 %
3a	1	0.3 %
Madrid	1	0.3 %
TOTAL	295	100 %

**Los resultados están calculados sobre los 295 pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados paliativos durante el 2009; como algunos de ellos ingresaron más de una vez (27.4%), y para eliminar posibles sesgos, los números de la tabla representan el 1er ingreso de todos los pacientes.*

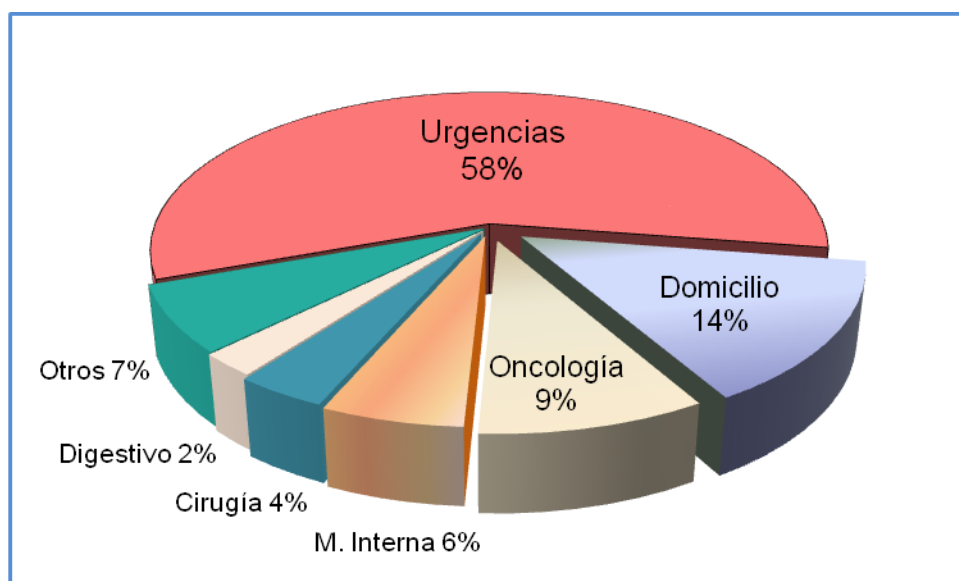
Considerando que cerca del 30% de los pacientes ingresaron más de una vez, pudiendo ser diferente la procedencia entre el primer ingreso y los subsecuentes, se hicieron diversos cálculos para obtener mayor grado de precisión en las cifras:

- Sólo sobre el primer ingreso de los 295 pacientes (295 ingresos) *Tabla 17*.
- Sobre los 348 ingresos que generaron 295 pacientes (72.6% sólo 1 ingreso, y 27.4% más de 1 ingreso).
- Sólo sobre los pacientes que tuvieron un ingreso (214 pacientes).

Cabe destacar, que las cifras y los porcentajes obtenidos fueron equivalentes entre las diferentes formas de cálculo.

Se graficaron los datos obtenidos para su mejor apreciación:

Gráfica 3. Distribución porcentual de los servicios referentes de la UCP los Montalvos.*



*Casi seis de cada diez pacientes que llega a la UCP de los Montalvos, lo hace a través del servicio de urgencias.

*Ocho de cada diez enfermos ingresados a la unidad, provino de urgencias, oncología, o de su domicilio.

7.1.5 Acerca de los diagnósticos.

Son 49 los diagnósticos que componen la casuística de la UCP de los Montalvos, y son los siguientes:

Tabla 18. Casuística de la UCP de los Montalvos.*

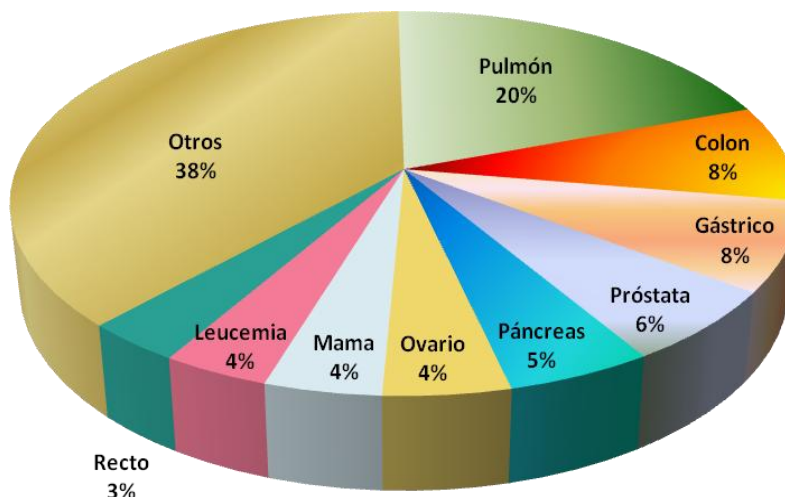
C. Pulmón	58	C. Hígado	4	C. G. Salival	1
C. Colon	24	Astrocitoma	4	Cirrosis	1
C. Gástrico	22	Melanoma	4	C Urotelial	1
C. Próstata	18	C. Esófago	4	C. S.Nasal	1
C. Páncreas	15	Glioblastoma	3	LNH	1
C. Ovario	13	C. Faringe	3	C. Pene	1
C. Mama	12	C. Peritoneal	3	C. Espinocelular	1
Leucemia	11	C. Cérvix	2	Ins. Renal	1
C. Recto	10	C. Boca	2	Linfoma	1
C. Vejiga	9	C. Útero	2	Hidatidosis	1
C. Renal	8	Colangiocarcinoma	2	C. Epid. Cuello	1
C. Laringe	8	C. Gastroesofágico	2	C. Vesícula	1
SIN	7	C. Cervix	2	Carcinomatosis	1
C. Vulva	6	C.Tiroides	2	C. Digestivo	1
Mieloma M.	5	C. Lengua	1		
SMD	5	Condrosarcoma	1	TOTAL	295
COD	4	C. Ginecológico	1		
C. Endometrio	4	Policitemia Vera	1		

*Los diagnósticos aparecen tal como son escritos en el libro diario de registros, y se conservaron así, para mantener la simplificación de los mismos.

*Sólo fueron 3 los pacientes sin cáncer que fueron atendidos durante el 2009 (resaltados en azul); y a 7 pacientes no se les pudo registrar su padecimiento (resaltados en rojo), debido probablemente a que todos ellos, tuvieron sólo 1 ingreso y vivieron menos de 6 días.

Se graficaron las diez principales enfermedades que requieren cuidados paliativos hospitalarios, en pos de ejemplificar la casuística:

Gráfica 4. Los 10 principales padecimientos en la UCP de los Montalvos.*



**Aunque individualmente el cáncer de pulmón es el diagnóstico más común, la multiplicidad diagnóstica es la característica principal de la casuística.*

7.1.6 Acerca del tipo de atención.

La siguiente tabla de muestra el tipo de atención paliativa a la que se dedica la UCP de los Montalvos:

Tabla 19. Tipo de atención en la UCP de los Montalvos.*

Tipo de enfermedad	Número de pacientes	Porcentaje
Oncológicas	284	96.60%
Otras	3	1.02%
Sin determinar	7	2.38%
Total	294	100%

**El tipo de atención que se brinda en la UCP de los Montalvos es casi exclusiva para pacientes paliativos con cáncer.*

7.1.7 Acerca de las estancias y supervivencias (de los días que se quedan internados los pacientes, y del total de tiempo que viven después de su 1er ingreso).

Los resultados obtenidos respecto a la estancia media, y media de supervivencia globales, de los pacientes ingresados durante el 2009, son los siguientes:

Tabla 20. Estancia media y media de supervivencia globales.*

Número de pacientes	295
Estancia media global	10.23 d.
Media de supervivencia global	30.09 d.

**La estancia media global representa el promedio de días que permanecieron los 295 pacientes en su 1er ingreso.*

**La media de supervivencia global representa el primer ingreso de aquellos que sólo lo hicieron una vez, todos los ingresos de aquellos que lo hicieron varias veces, y los días que vivieron entre ingresos.*

Por lo tanto, es cerca de un mes el promedio de vida que tiene un paciente que ha ingresado a la UCP de los Montalvos, contando como día 1, el día de su ingreso. No hay que olvidar que un paciente paliativo tiene una expectativa de vida de 6 meses, lo que nos hace pensar que un grupo de enfermos, pasa el último mes de su expectativa, bajo la atención de la UCP de los Montalvos, ingresando una sola vez, o varias veces con un número variable de días en su domicilio entre ingresos.

Y que son cerca de 11 días, los que permanecerá en promedio, durante su primer ingreso. Para muchos, (224 pacientes) esa será el único, pues fallecerán en ese, y para otro grupo (71 pacientes) será el primero de varios, pues lograrán el alta médica y tendrán la oportunidad de pasar unos días en su casa.

Por ser estos indicadores parte medular del presente estudio, se analizaron los mismos en diferentes subgrupos para dilucidar nuevos patrones. Los dos subgrupos más convenientes, son los fallecidos en la UCP de los Montalvos, y los que murieron fuera de esta. Las siguientes tablas muestran los resultados:

Tabla 21. Estancia media y media de supervivencia de los pacientes fallecidos en la UCP de los Montalvos.*

Grupo de pacientes fallecidos en la UCP	Todos (266)	con 1 sólo ingreso (224)	con 2 o más ingresos (42)
Estancia Media	10.13 d.	9.48 d.	13.60 d.
Media de Supervivencia	24.80 d.	9.48 d.	106.52 d.

*Las estancias medias, o el promedio de días que permanecen los pacientes internados durante su primer ingreso, es similar en todos los grupos y subgrupos. No así con la media de supervivencia, donde los pacientes que lograron ser dados de alta, por lo menos una vez, sobreviven mucho más días que todos los demás (*resaltado en azul*).

Tabla 22. Estancia media y media de supervivencia de los pacientes fallecidos fuera de la UCP de los Montalvos.*

Grupo de pacientes fallecidos fuera de la UCP	Todos (28)	Con lugar de muerte conocido (16)	Con lugar de muerte desconocido (12)
Estancia Media	11.17 d	12.50 d.	9.83 d.
Media de Supervivencia	118 d.	121.4 d.	N.D.

*Nuevamente, las estancias medias son similares; mientras que la media de supervivencia también es significativamente mejor para el grupo de pacientes que logró ser dado de alta por lo menos una vez, pero que no regresó a la UCP de los Montalvos (*resaltado en rojo*); hallazgo en concordancia con el de la tabla anterior (pacientes que si regresaron).

Ahora bien, se sabe que la supervivencia global es de 30.09 días para todos los pacientes; pero esta cifra contiene una gran dispersión, ya que hay un grupo de enfermos que viven menos de 10 días (los que ingresaron sólo una vez y murieron en ese evento), y hay otro grupo que vive más de 106 días (todos los que lograron el alta médica por lo menos una vez). En lo referente al contexto de los cuidados paliativos, se trata de una gran diferencia en tiempo.

Obsérvese que estadísticamente el día clave, es el 11°; ya que si un paciente permanece internado hasta ese día, logrará el alta médica la mayoría de las veces y tendrá una supervivencia mayor a 106 días. Por supuesto que el día no es lo que determina esta situación; está determinada por otros factores, como son la propia enfermedad, los cuidados brindados, los tratamientos previos, etc, etc. Tampoco quiere decir, que si se fuerza el internamiento hasta el día 11°, las probabilidades de dar de alta al paciente serán mayores, o se aumentará la sobrevida de los enfermos.

Lo que si quiere decir, es que claramente hay un grupo de pacientes que logran el alta médica a partir del día 11°, y esos son los que por mucho, sobreviven más tiempo.

Cabe resaltar, que se buscó un patrón que explicara esta situación; es decir, se intentó asociar el significativo aumento de la sobrevida, con alguna procedencia, con el género, o con algún tipo de tumor. No se pudo determinar ninguna asociación; en apariencia estas variables no tienen influencia alguna sobre la sobrevida, esto porque los porcentajes de procedencias, géneros y diagnósticos, se replican en la misma medida, en pacientes con sobrevidas menores a 31 días, y en aquellos con sobrevidas superiores a 106 días.

Dicho de otra manera, no existe un tipo de cáncer en el que los pacientes sobrevivan más, una vez que ingresan a los cuidados paliativos de los Montalvos. No existe un lugar de procedencia que determine que los pacientes vivan más, o menos tiempo, (ni siquiera los pacientes que provienen de urgencias, viven menos que aquellos que llegan de otros servicios). Y hombres y mujeres pasan un número similar de días antes de morir.

Es importantísimo aclarar, separar, y señalar, que estos factores, seguramente si determinan alguna influencia sobre la sobrevivida, pero la deben estar ejerciendo antes del periodo paliativo.

Las siguientes tablas detallan más la situación descrita:

Tabla 23. Media de supervivencia según su procedencia.*

	Urgencias	Domicilio	Oncología	Todas las demás
Número de pacientes	171	42	27	55
Media de Supervivencia	29.95 d.	37.21 d.	26.56 d.	26.54 d.

**Es ligeramente superior la sobrevivida de los pacientes que provienen de su domicilio, pero no es el factor dispersor de la estadística, porque los pacientes se encuentran distribuidos en ambos grupos por igual (en el grupo con sobrevividas bajas y en aquel con sobrevividas altas).*

Tabla 24. Media de supervivencia según su diagnóstico.*

	Ca. Pulmón	Ca. Colon	Ca Gástrico	Todos los demás
Número de pacientes	58	24	22	190
Media de Supervivencia	31.03 d.	44.90 d.	16.72 d.	29.61 d.

**Claramente los pacientes con cáncer gástrico tienen un periodo paliativo menor (a partir de su primer ingreso a los Montalvos), que aquellos con cáncer de colon. Tampoco pueden ser considerados como los factores dispersores de la estadística, porque su distribución en ambos grupos es equitativa y su número es reducido.*

Tabla 25. Media de supervivencia según el género.*

Media de supervivencia	30 d. (181 hombres)	30.22 d. (114 mujeres)
------------------------	---------------------	------------------------

**Casi idéntica la sobrevivida para hombres y mujeres en cuidados paliativos.*

Se determinó el número y porcentaje de aquellos pacientes con internamientos especialmente largos en la UCP de los Montalvos, estos fueron los hallazgos:

- 32 pacientes son los que llegaron a permanecer por más de 20 días ingresados (10.84%).
- 17 pacientes lo estuvieron por más de 30 días (5.76%).

Se considera que la generalidad de los pacientes en los Montalvos, es que permanezcan por menos de 14 días internados, y tengan una expectativa de vida de al menos 30 días después de su primer día de ingreso; pues aquellos que superan estas cifras, conforman grupos porcentuales pequeños. Datos importantes a tomar en cuenta para planificar respecto a logística y costos.

7.1.8 La probabilidad de ser dado de alta por lo menos una vez.

Aunque no se trataba inicialmente de uno de los objetivos de estudio, se calculó la probabilidad que tienen los pacientes de lograr el alta médica por lo menos una vez, de acuerdo con su servicio referente; o la inversa, la probabilidad que tiene de morir durante su primer ingreso. Esto es lo que se obtuvo:

Tabla 26. Probabilidad de lograr el alta médica de las tres principales procedencias de la UCP los Montalvos.*

	Urgencias	Domicilio	Oncología
Total pacientes	171 (100%)	42 (100%)	27 (100%)
Fallecidos en su 1er ingreso	129 (75%)	28 (66.7%)	20 (74%)
Lograron el alta	42 (25%)	14 (33.3%)	7 (26%)

**El universo de pacientes de oncología es muy reducido para establecer comparativas representativas.*

Como puede observarse, una mayor proporción de pacientes provenientes de su domicilio logran el alta médica por lo menos una vez (33.3%), a diferencia de

aquellos que provienen de urgencias u oncología. Lo que quiere decir, que para aquellos que vienen de sus casas, la probabilidad de sobrevivir a un primer ingreso en los Montalvos es ligeramente mejor.

Aunque el número de pacientes que lograron el alta médica de oncología, es relativamente pequeño para establecer comparativas, si resulta interesante este dato parcial, ya que supuestamente los pacientes provenientes de su domicilio, deberían llevar un periodo de tiempo transcurrido de su expectativa de vida de seis meses, mientras que los de oncología deberían estarlo iniciando.

Agréguese también, que los pacientes que provienen de su domicilio, tienen la mejor supervivencia con 37.21 días.

Ahora bien, ¿por qué los pacientes domiciliarios tienen la supervivencia más larga, y parece que poseen las mejores probabilidades de ser dados de alta?

Tal vez se deba a que muchos de ellos, ya se encuentran atendidos por un equipo de cuidados paliativos, el de atención domiciliaria de la AECC. Y esto condiciona algún factor que aumenta ligeramente las probabilidades de superar un primer ingreso, además de tener una mejor sobrevida.

O quizá, que se trate de pacientes que llegan generalmente en mejores condiciones (menos graves), que aquellos que arribaron provenientes de urgencias u oncología.

Una tercera causa, es que los enfermos saben que tienen la opción para acudir a la UCP de los Montalvos en cualquier momento que lo requieran, y lo hagan sin necesitarlo tanto. Y ante las presiones de familiares, las dificultades de los horarios, o las largas distancias, falta de ambulancias, o cualquier otra problemática, se termine ingresando a un pequeño número de pacientes pero suficientes para influir en la estadística.

Una última posibilidad que se contempla, es que para algunos casos especiales en los cuales el cuidador principal se encuentra muy agotado, debido a un periodo paliativo largo e intenso, lleno de operaciones, tratamientos, y múltiples dificultades, se ofrece un internamiento no necesario para el paciente, pero si indispensable para

el cuidador. Dicho en otras palabras, algunas veces se interna a pacientes sin que lo necesiten, para que la familia descanse un poco.

No se puede olvidar, que esto no es una falta o falla en el servicio, se trata de un elemento de muy buena calidad, pues se está considerando a todas y cada una de las esferas del paciente, incluyendo la familiar.

La determinación del número y proporción de pacientes que tienen atención compartida entre la UCP los Montalvos y la UCP domiciliarios, sin lugar a dudas ayudará a dilucidar esta cuestión.

Desafortunadamente no es posible realizarla en este estudio, pues la base de datos generada en el mismo, y la proporcionada por la AECC, si contienen, ambas, a este grupo de pacientes, pero es imposible localizarlos, porque por cuestiones legales no se dieron los nombres, y los números de historias médicas difieren entre sí.

Además, no se pueden considerar a los pacientes registrados bajo la procedencia domicilio, como todos los atendidos por la AECC, ya que hay un número indeterminado de pacientes que proviene de su casa sin atención paliativa.

7.2 Resultados del modelo domiciliario (UCPD de la AECC).

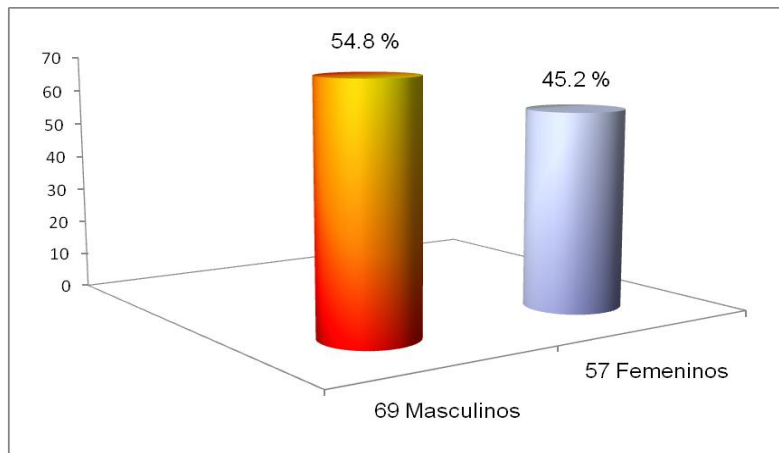
Los principales datos de los pacientes fueron proporcionados por el médico responsable de la UCP domiciliarios, quien lleva un registro diario de los mismos en una hoja de cálculo; con ellos se obtuvieron los indicadores más importantes, los cuales se muestran a continuación:

Aunque se contabilizaron 157 pacientes atendidos durante el 2009, los calculos estan basados en los 126 pacientes que tuvieron su ingreso en ese mismo año. Esto con la finalidad de homogeneizar los calculos con la UCP del modelo hospitalario.

Aclaración: Existen pocas comparativas validas entre un modelo hospitalario y uno domiciliario, porque aunque ambas se dedican a los cuidados paliativos bajo un mismo concepto, la atención de un paciente puede llegar a ser muy diferente. La que se establece en las conclusiones es sólo con fines ilustrativos y de referencia.

7.2.1 Acerca del género.

Gráfica 5. Distribución del género en la UCPD de la AECC.*

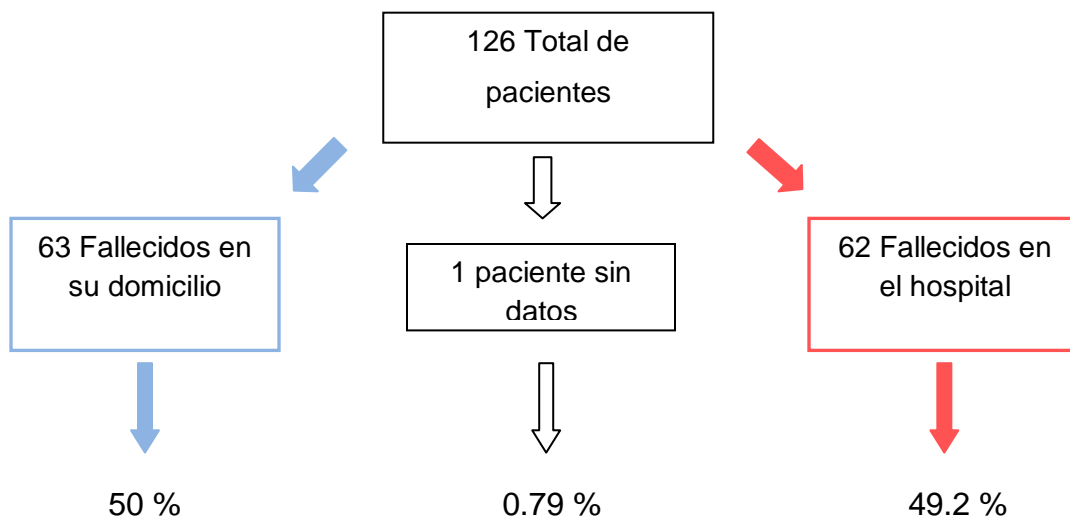


**De los 126 pacientes que ingresaron al programa en el 2009, 69 son hombres y 57 mujeres.*

7.2.2 Acerca del lugar de fallecimiento.

El siguiente diagrama muestra las rutas que siguieron los pacientes que ingresaron al programa domiciliario, respecto a su lugar de fallecimiento:

Figura 11. Curso y lugar de fallecimiento de los pacientes de la UCPD de la AECC.*



**El programa domiciliario de la AECC, logra que la mitad de sus pacientes muera en sus casas; la mayoría de las veces es elegido así por los propios enfermos.*

Las cifras anteriores demuestran la importancia de un equipo de cuidados paliativos domiciliarios, puesto que gran parte de los enfermos percibe una muerte en casa como más deseable, que aquella acontecida en el hospital; y por supuesto, el evitar internamientos y estudios innecesarios condiciona un importante ahorro para el sistema de salud, pues hay gastos que no se generan y otros son transferidos a la familia.

De los 62 pacientes fallecidos en el hospital, no se tiene información más precisa, para saber si se produjo en un hospital común o en uno con atención paliativa.

7.2.3 Acerca de las procedencias.

La siguiente tabla muestra el número de pacientes, con su respectivo porcentaje, que fue referido por cada uno de los servicios hospitalarios, a la UCPD:

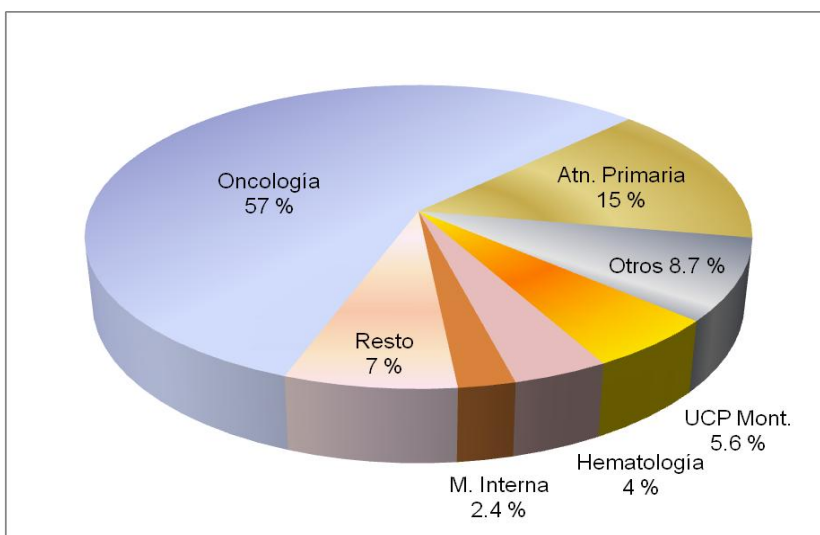
Tabla 27. Servicios referentes de la UCPD de la AECC.*

Procedencias	Pacientes	%
Oncología	72	57.1 %
Atención primaria	19	15.1 %
Otros	11	8.7 %
UCP Montalvos	7	5.6 %
Hematología	5	4.0 %
Med. Interna	3	2.4 %
Ginecología	2	1.6 %
Radioterapia	2	1.6 %
Sin datos	2	1.6 %
Digestivo	1	0.8 %
Resto de servicios	1	0.8 %
UCP de Vitoria	1	0.8 %
TOTAL	126	100 %

**En el modelo de atención domiciliaria, más de la mitad de los pacientes son referidos por el servicio de oncología.*

Se graficaron los datos obtenidos para su mejor apreciación:

Gráfica 6. Distribución porcentual de los servicios referentes de la UCPD.*

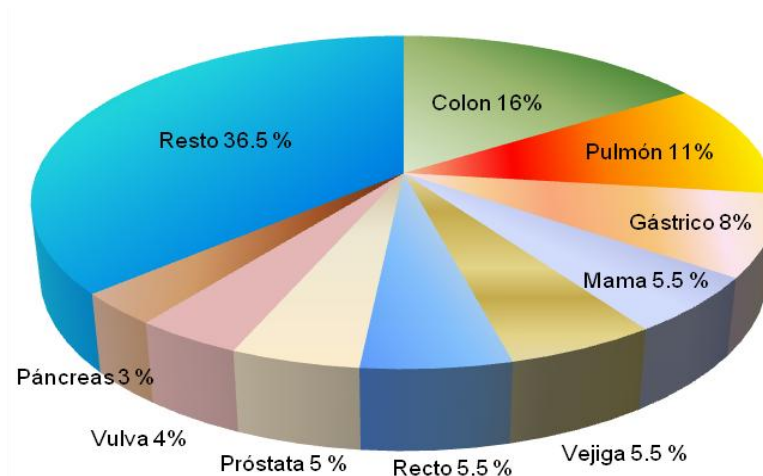


**Siete de cada diez pacientes fueron referidos por el servicio de oncología y atención primaria (primer nivel).*

7.2.4 Acerca de los diagnósticos.

Se graficaron las diez principales enfermedades que requieren cuidados paliativos domiciliarios, en pos de ejemplificar la casuística:

Gráfica 7. Los 10 principales padecimientos en la UCPD de la AECC.*



**La casuística se caracteriza por la multiplicidad diagnóstica.*

En la siguiente tabla se detallan los 33 los diferentes diagnósticos que componen la casuística de la UCPD de la AECC. Sólo fueron 4 los pacientes a los cuales no se les pudo localizar el registro de su padecimiento, o no se les determinó medicamente (*resaltados en rojo*).

Tabla 28. Casuística de la UCP de la AECC.*

C. Colon	20	C. Renal	2
C. Pulmón	14	SMD	2
C. Gástrico	10	LNH	2
C. Mama	7	C. Tiroides	2
C. Vejiga	7	C. Vesícula	2
C. Recto	7	Leucemia	1
C. Próstata	6	C. Peritoneal	1
C. Vulva	5	C. Espinocelular	1
C. Páncreas	4	CNMP	1
Astrocitoma	4	C. Boca	1
SIN	4	C. Urotelial	1
Melanoma	4	LMC	1
Carcinomatosis	3	C. Epidermoide	1
C. Endometrio	3	C. Gastroesofágico	1
C. Esófago	3	C. Cervix	1
C. Ovario	2	Linfoma	1
C. Hígado	2		
		TOTAL	126

**Los diagnósticos originales fueron agrupados para simplificarlos, y para poder hacer una comparativa equitativa con los diagnósticos de la UCP los Montalvos; por ejemplo: hay cáncer microcítico y no microcítico de Pulmón, ambos se simplificaron en cáncer de pulmón. Sólo fueron cuatro los pacientes a los que no se les determinó un diagnóstico específico (*resaltados en rojo*).*

7.2.5 Acerca de las supervivencias. (Este modelo no tiene estancias, pues su atención es domiciliaria, aunque podrían considerarse como tales, los días que pasa cada uno de los pacientes cuando ingresa a la UCP de los Montalvos):

Tabla 29. Media de supervivencia global en la UCPD de la AECC.*

Número de pacientes	126
Media de supervivencia global	49.46 d.

*El día uno de la media de supervivencia, se cuenta a partir del día que ingresaron al programa de atención domiciliaria.

También se calculó la media de supervivencia en diferentes grupos, para además de intentar dilucidar nuevos patrones, se pudieran homogeneizar, en la medida de lo posible, con las medias de supervivencia de los grupos de la UCP de los Montalvos. Los dos subgrupos más convenientes, es el de *pacientes fallecidos en su domicilio* y el de *pacientes fallecidos en el hospital*. Los resultados son los siguientes:

Tabla 30. Media de supervivencia en los principales subgrupos de la UCPD de la AECC.*

Grupo de pacientes	Todos (126)	Fallecidos en domicilio (63)	Fallecidos en hospital (62)
Estancia Media	No existe	No existe	No disponible
Media de Supervivencia	49.46 d.	47.87 d.	51.01 d.

*El paciente que falta no tenía información acerca de su lugar de fallecimiento.

No hay una variación significativa en el tiempo que viven los pacientes, independientemente del lugar en el que mueran.

Las medias de supervivencia según el lugar del que provienen, y según su diagnóstico, nos pueden ayudar a determinar si existe alguna influencia sobre la misma. Por ello se calcularon, y se obtuvo lo siguiente:

Tabla 31. Media de supervivencia según su procedencia.*

	Oncología	Atn. Primaria	UCP. Montalvos	Todas las demás
Número de Pacientes	72	19	7	28
Media de Supervivencia	47.68 d.	51.26 d.	73.42 d.	46.85 d.

**Es importante la diferencia en supervivencia que lograron los pacientes atendidos por la AECC que provinieron de la UCP de los Montalvos, con respecto a otras procedencias; sin embargo son muy pocos pacientes para ir más allá de la simple observación.*

Tabla 32. Media de supervivencia según su diagnóstico.*

	Ca. Pulmón	Ca. Colon	Ca. Gástrico	Todos los demás dx.
Número de Pacientes	14	20	10	82
Media de Supervivencia	64.85 d.	39.2 d.	90.3 d.	44.36 d.

**El cáncer gástrico reportó la mejor sobrevida, pero también carece de volumen como para considerarla representativa (resaltado en rojo).*

Interesantes estas comparativas, pero las cifras sólo quedan como referencia, ya que no llegan a demostrar nada, pues los subgrupos de pacientes son muy reducidos, en los que un sólo enfermo con una sobrevida especialmente larga, nos determina un promedio que no refleja la realidad. Aún así, es conveniente continuar investigando

estos subgrupos, para medir algún efecto potencial de la procedencia o enfermedad sobre la supervivencia.

Por último, y para completar los mismos indicadores del modelo hospitalario, se muestra la supervivencia según el género:

Tabla 33. Media de supervivencia según el género.*

	69 Hombres	57 Mujeres
Media de supervivencia	43.71 d	56.43 d.

**En el modelo domiciliario si hay una diferencia en la supervivencia entre géneros.*

7.3 Costos.

7.3.1 En la UCP los Montalvos.

La Sanidad de Castilla y León (Sacyl) nos proporcionó los siguientes costos:

El costo por estancia, o lo que cuesta atender (en promedio) a un paciente paliativo por día es:

250.51 euros.

Pero los pacientes no están sólo un día en el hospital, casi siempre están internados por varios.

Entonces el sistema GECLIF multiplica los 250.51€ por el promedio de días que están hospitalizados los enfermos, para darnos el costo por proceso, que es de:

4010.67euros.

(250.51€ X 16.01 días)

Este dinero es lo que la sanidad pública espera gastar en cada paciente que ingresa, ya que la generalidad es que se queden internados por 16 días.

Pero no hay un solo paciente, hay muchos, y pueden ingresar una o más veces.

Nuevamente, el sistema multiplica el costo por proceso de cada paciente, por todas las veces que ingresaron, para obtener el costo total, que es de:

1, 391,702.49 euros.

(4010.67€ X 347 ingresos)

Este dinero es lo que la sanidad pública gastó en los 347 ingresos paliativos que hubo durante el 2009.

Ahora bien, como ya se explicó en el marco teórico, las cifras representan todo el proceso de atención hospitalaria de los pacientes paliativos, y no únicamente la atención en la UCP de los Montalvos. Por ejemplo: si un paciente estuvo por tres días en el servicio de urgencias, y después lo hizo por 7 más en la UCP de los Montalvos, el costo que nos muestra el sistema es el promedio de los 10 días que estuvo en ambos servicios. Y así extensivamente con todos los pacientes.

Por lo tanto, esos costos son los de un día (costo estancia); de los días que en promedio se quedan los pacientes (costo por proceso); y de todos los ingresos que hubo en el año (costo total). Pero incluye el de todos los servicios hospitalarios por los que llegan los enfermos a la UCP de los Montalvos.

El sistema GECLIF, no nos puede dar los costos de la UCP de los Montalvos por separado, simplemente porque así está diseñado (para obtener el costo por proceso y no el de los servicios).

Pero podemos llegar a una representación bastante cercana, utilizando sus propias cifras con nuestros indicadores.

Una simple regla de tres, nos ayudará a retirar el costo de todos los días, en todos los servicios que no fueron paliativos. (los de urgencias, oncología, cirugía etc.)

De la siguiente manera:

16.01 días.....250.51 euros

10.23 días..... X X= 160.06 euros.

Los 16.01 días, es la estancia media del sistema GECLIF, pero tiene días de urgencias y otros servicios. Mientras que los 10.23 días, es la estancia media sólo en la UCP de los Montalvos.

Con la misma metodología GECLIF obtuvimos lo siguiente:

Lo que cuesta atender (en promedio) a un paciente paliativo por día, sólo en la UCP de los Montalvos es:

160 euros.

Pero los pacientes no están sólo un día en la UCP de los Montalvos, casi siempre están internados por varios.

Entonces multiplicaremos los 160 €, por el promedio de días que están hospitalizados los enfermos, para obtener el costo por proceso, que es de:

1636.8 euros.

(160 € X 10.23 días)

Este dinero es lo que la sanidad pública espera gastar en cada paciente que ingresa a la UCP de los Montalvos, ya que la generalidad es que se queden internados por 10 días.

Pero no hay un solo paciente, hay 295, y pueden ingresar una o más veces.

Nuevamente, multiplicaremos el costo por proceso de cada paciente, por todas las veces que ingresaron, para obtener el costo total, que es de:

569,606.4 euros.

(1636.8 € X 348 ingresos)

Este dinero es lo que la sanidad pública gastó, sólo en la UCP de los Montalvos, en los 348 ingresos paliativos que hubo durante el 2009.

La diferencia entre cifras de costos totales, considerando a la UCP de los Montalvos únicamente, o junto con sus servicios referentes es de **822,096.09 euros.** (1, 391,702.49 € - 569,606.4 €). Una gran diferencia, sólo por usar una estancia media más representativa.

Cabe hacer dos aclaraciones: 1- La estancia media para obtener nuestras cifras (10.23 días), coincide con la aportada por el director de la UCP de los Montalvos. 2- El sistema GECLIF contabilizó 347 ingresos, mientras que en este estudio se

contabilizaron 348, probablemente, porque el sistema hizo el corte por la mañana, y en el libro diario de registros, se apuntó a un paciente más por la tarde.

Es cierto que en los cálculos anteriores, se usó un mismo costo (el de todos los servicios referentes + el de la UCP de los Montalvos, 250.51 €) para determinar el de la UCP de los Montalvos (160 €). También sabemos que son más los días paliativos (10 de 16), que los del resto de servicios (6 de 16), y que puede haber algunas diferencias de costo entre días. Pero aún así, las inexactitudes que esto está provocando, no deben de ser tan significativas en la gran diferencia retirada de más de 800,000€.

Por lo tanto, las cifras obtenidas en este estudio, deben de estar cercanas a la realidad, pues se utilizaron los mismos principios y cifras del sistema GECLIF, y nuestros indicadores coincidían con los de las autoridades administrativas.

7.3.2 Costo beneficio en la UCP de los Montalvos.

Sencillamente es la conjunción de lo que se invierte por día y el beneficio que se obtiene con ello (ambos por paciente):

160 euros invertidos diariamente en cada paciente, permiten que viva por 30.09 días. Por lo que 1 euro invertido lo hace por 0.18 días.

7.3.3 Costos en la UCPD de la AECC.

La asociación española contra el cáncer nos proporcionó los siguientes costos:

155,966.57 euros como costo global total anual.

Por lo que cada paciente atendido (157) tiene un costo de:

993.41 euros por año.

(155,966.57 €/157)

Un paciente paliativo mensualmente cuesta:

82.78 euros.

(993.41 €/12)

Por lo que cada día de atención equivale a:

2.72 euros.

(993.41 €/365)

El modelo paliativo domiciliario no labora sábados y domingos, por lo que un costo diario más real sería:

3.80 euros.

(993.41 €/261)

7.3.4 Costo beneficio en la UCPD de la AECC.

3.80 euros invertidos diariamente en cada paciente, permiten que viva por 49.46 días. Por lo que 1 euro invertido lo hace por 13.01 días.

7.4 Comparativa del costo beneficio entre modelos.

La siguiente tabla pone en perspectiva las inversiones hechas, y los beneficios obtenidos con ellas:

Tabla 34. Comparativa costo beneficio entre modelos paliativos.*

Costo diario por paciente	160 euros.	3.80 euros.
Media de supervivencia	30.09 días.	49.46 días.
Relación costo beneficio	0.18 días.	13.01 días.

**La relación costo beneficio está calculada para 1 €. La diferencia a favor del modelo domiciliario es de 12.83 días.*

7.5 Comparativa de legislaciones entre España y México en materia de cuidados paliativos.

Aunque no se trataba de un objetivo en el presente estudio, se ha decidido contrastar las diferencias más significativas entre la legislación mexicana y española, por considerar trascendente la comparativa entre unas normas influenciadas por las resoluciones del consejo de Europa, con las normas mexicanas de reciente introducción. La siguiente tabla lo expone:

Tabla 35. Comparativa de legislaciones en materia de cuidados paliativos.*

	México	España
Tipo de prestación:	Acción extraordinaria en materia de salubridad general. (art 184 LGS).	Prestación básica en atención primaria y especializada. (Ley 16/2003 de cohesión y calidad).
El tipo de prestación implica que:	La atención domiciliaria en fase terminal es de acuerdo a las atribuciones y posibilidades financieras de la secretaría de salud.	La atención institucional y domiciliaria en fase terminal está garantizada para todo ciudadano español.
Objetivo terapéutico	Preservar calidad de vida, a través de la prevención, tratamiento, y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales. (art 33 Ley federal en materia de c. paliativos).	La mejora de la calidad de vida, con respeto al sistema de creencias, preferencias y valores. (Real decreto 1030/2006)
Definición.	Es el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales. (art 166 bis 1 Ley federal en materia de c. paliativos).	Es la atención integral, individualizada y continuada de personas con enfermedad en situación avanzada, no susceptibles de recibir tratamientos con finalidad curativa y con una esperanza de vida limitada (en general, inferior a 6 meses), así como de las personas a ellas vinculadas. (Real decreto 1030/2006).

* En el anexo 5 es posible consultar el marco normativo mexicano completo.

La primera gran diferencia entre legislaciones está determinada por el tipo de prestación que son los cuidados paliativos en su respectivo país. En México no están considerados como *salud básica*, mientras que en España sí lo son.

La segunda gran diferencia está dada por el objetivo terapéutico de los cuidados, en España se respeta al sistema de creencias, preferencias y valores del paciente, mientras que en México no se menciona.

La tercera gran diferencia consiste en su definición, en España los cuidados paliativos incluyen a las personas vinculadas al paciente, mientras que en México sólo a este último.

8 Conclusiones.

8.1 Acerca del género.

En el modelo domiciliario prevalece discretamente el sexo masculino, en el modelo hospitalario lo hace un poco más. En ambas muestras, de 126 y 295 pacientes, respectivamente, no existe una clara mayoría de género. Podemos concluir entonces, que los dos modelos atienden una proporción equitativa de hombres y mujeres.

Si asociamos al género con los diagnósticos si encontramos particularidades, especialmente en la UCP de los Montalvos por lo siguiente: de los 49 diferentes diagnósticos registrados, 6 son exclusivos del sexo femenino, (ovario, vulva, endometrio, cérvix, útero, y el denominado de origen ginecológico), mientras que sólo 2, lo son del sexo masculino, (próstata y pene). Hay uno más que es casi padecido únicamente por mujeres, el de mama, (rara vez lo pueden parecer los hombres). Agréguese también, que dos de estos padecimientos de mujeres se encuentran entre los diez principales (ovario y mama); mientras que de los padecimientos masculinos sólo el de próstata tiene esa misma condición. Entonces, tomando en cuenta todo lo anterior, se esperaría encontrar una clara prevalencia del género femenino. Sin embargo, no es así, los hombres representan al 61.4% de todos los enfermos en el modelo hospitalario, frente a un 38.6% de mujeres.

La respuesta a esta situación es simple: hay uno o dos diagnósticos entre los diez principales, donde la proporción de hombres es mucho mayor que la de mujeres, tanto como para arrojar estas cifras. Se tiene la base de datos para calcular y determinar cuál, o cuáles son esos diagnósticos, si en algún momento dado resultasen importantes.

8.2 Acerca de las procedencias.

Respecto a los servicios referentes, si existen diferencias sustanciales; de hecho, además del lugar en el que se atiende al paciente, se considera que el lugar del que provienen, es lo que distingue a los modelos paliativos. Esta consideración se basa en lo siguiente:

(Tenga en cuenta que los pacientes no difieren de su enfermedad entre modelos, pues ambos registran arriba del 96% enfermedades oncológicas; dicho de otra manera, ambas unidades se especializan casi exclusivamente a la atención de pacientes con cáncer).

- 1- El principal servicio referente de la UCP de los Montalvos es el de urgencias, mientras que el principal de la UCPD de la AECC es oncología; cada uno llega a representar casi el 60% de los pacientes enviados en sus respectivas unidades. (*Tabla 17 y 27*)

Si son validas las generalizaciones con base en porcentajes, entonces la siguiente debe de ser aceptada: los pacientes con cáncer que estaban aparentemente graves son enviados a la UCP de los Montalvos, pues 6 de cada 10 pacientes ingresados ahí provinieron de urgencias; mientras que los pacientes que estaban aparentemente estables son enviados a la UCPD de la AECC, pues 6 de cada 10 pacientes ingresados al programa provinieron de oncología.

- 2- La segunda procedencia más importante para la UCP de los Montalvos es la denominada *domicilio*, con un 14.2%, es decir, menos de 2 de cada 10 pacientes. Para la UCPD de la AECC, la segunda procedencia principal es *atención primaria*, con un 15.1%. (*Gráficas 3 y 6*).

Con estos porcentajes y los anteriores, se puede hacer otra generalización: 7 de cada 10 pacientes atendidos por cualquier unidad de cuidados paliativos, difiere en su procedencia con respecto al otro modelo.

Ahora bien, parece ser que ambas unidades tienden a conservar la atención de sus pacientes, es decir, aunque en teoría son unidades complementarias una de la otra, en la práctica no lo son tanto; esto porque el grueso de los pacientes atendidos en la UCP de los Montalvos no tienen atención domiciliaria, y viceversa. Considere las siguientes cifras que apoyan esta observación:

Aunque la procedencia *domicilio* es la segunda más importante en la UCP de los Montalvos, se trata de menos de 2 pacientes de cada 10. Además, bajo esa denominación no todos los enfermos fueron vistos por el modelo domiciliario, pues

algunos acudieron directamente de sus casas sin atención paliativa previa. (*Tabla 17 y gráfica 3*).

Lo mismo sucede en la UCPD de la AECC, quien sólo ingresó a su programa de atención a siete pacientes procedentes de la UCP Montalvos. (*Tabla 27 y gráfica 6*).

Esta observación sólo puede ser confirmada o rechazada, rastreando a los pacientes por su nombre, y no por su procedencia, pues también debe de haber un grupo de pacientes que llegó a la UCP de los Montalvos proveniente de urgencias, pero que si tenía atención domiciliaria. De la misma manera, algunos pacientes de la UCP de los Montalvos, fueron registrados con otras procedencias al momento de ingresar al programa domiciliario. Como ya se mencionó anteriormente, por cuestiones legales no se pudieron obtener los nombres de los pacientes, que revelaran con exactitud, al grupo de enfermos que si recibieron atención paliativa de ambas unidades.

Sin lugar a dudas, el servicio clave en lo que a las procedencias se refiere, es el de oncología, porque cerca del 97% de todos los pacientes en ambas unidades tiene cáncer, y eso quiere decir que los enfermos fueron revisados y diagnosticados por este servicio, al menos casi todos. Por lo tanto, es el factor que determina en gran medida la derivación de los pacientes, una vez que terminan su tratamiento activo y comienzan el paliativo.

Para finalizar las conclusiones acerca de las procedencias, los resultados demostraron que a pesar de tener 17 diferentes en la UCP de los Montalvos, son tres las principales: urgencias, domicilio, y oncología, (8 de cada 10 pacientes provino de uno de estos tres lugares).

En la UCPD de la AECC se observó un patrón similar, ya que se contabilizaron 12 procedencias diferentes, pero sólo dos, oncología y atención primaria, concentran al 72% de las referencias.

8.3 Acerca de los diagnósticos.

La casuística en ambos modelos es bastante compleja, en la UCP de los Montalvos existen 49 diferentes diagnósticos, y en la UCPD de la AECC son 33 los padecimientos registrados. Situación que demuestra que el cáncer puede llegar a ser

una enfermedad muy diversa en su expresión. No así en su periodo paliativo, porque los diversos tipos de cáncer tienden a evolucionar de una manera similar hacia las etapas finales en lo que a sintomatología respecta. Por ello, un equipo de cuidados paliativos es capaz de manejar casuísticas diversas.

La principal conclusión obtenida con base en los resultados es precisamente esa, que la multiplicidad diagnóstica es lo que caracteriza a ambas unidades. Lo que quiere decir que los médicos paliativistas deben de esperar casi siempre un padecimiento diferente cada vez que ingresan un paciente, pues es alta la proporción de diagnósticos con menos de 10 pacientes.

La segunda conclusión más importante, es que los enfermos con cáncer pulmonar requieren de más cuidados hospitalarios que domiciliarios:

En la UCP de los Montalvos es el diagnóstico n° 1, con 58 pacientes (20%)

En la UCPD de la AECC es el diagnóstico n° 2, con 14 pacientes (11%). El principal tumor atendido en este modelo es el cáncer de colon.

Por lo tanto, es más probable que una persona con un tumor pulmonar reciba atención hospitalaria, que domiciliaria. Quizá se debe a que los requerimientos de oxígeno en este padecimiento sean otorgados de una manera más sencilla en el hospital, que en casa. O también, a que este tipo de tumor presente algún tipo de urgencia que los demás no, que haga a los pacientes acudir al hospital más frecuentemente.

El cáncer de colon presenta la situación inversa: es más probable que un enfermo con este tumor sea atendido por un equipo domiciliario que uno hospitalario. Analicemos las siguientes cifras: en la UCP de los Montalvos 24 enfermos ingresaron con dicha enfermedad, mientras que 20 pacientes lo hicieron en la UCPD de la AECC. Pero resulta que en la primera representan sólo el 8% de los ingresos, mientras que en la segunda representan el 16% de los pacientes que entraron al programa. No conviene seguir concluyendo sobre los demás diagnósticos, debido a que son grupos numéricamente muy pequeños. Sin embargo, la información detallada de cada uno de ellos está disponible en las tablas 18 y 28, y en las gráficas 4 y 7.

8.4 Acerca del lugar de fallecimiento.

El análisis acerca de la UCPD de la AECC es sencillo, la mitad de sus pacientes muere en casa, y la otra mitad muere en un hospital. Se puede deducir que casi todos estos enfermos así lo eligieron, y que son pocos aquellos que decidieron un destino y se dio el otro por alguna circunstancia. La deducción es posible porque esa es una de las principales encomiendas del equipo paliativista, la de lograr que el enfermo acepte su muerte y elija las mejores condiciones para hacerlo. También podemos suponer, que esos 63 pacientes que murieron en sus domicilios, constituyen gran parte del ahorro para el sector salud, pues no generan gastos en un último ingreso que nunca acontece, y la familia absorbe ciertos costos también en ese evento evitado.

El análisis de lo que sucede en la UCP de los Montalvos es un poco más complejo, porque acontecen uno, o varios ingresos, simultáneamente con uno, o dos lugares de fallecimiento. Sin embargo, es posible extraer algunas síntesis:

- 1- La gran mayoría de los pacientes que ingresa a un programa de cuidados paliativos hospitalarios, muere en un hospital, (90%), sin importar si lo hace en un primer ingreso o en alguno subsecuente.
- 2- Sigue siendo una gran mayoría (76%, 224 pacientes) los que murieron en su primer ingreso.
- 3- Sólo 42 pacientes (14%) murieron en un ingreso subsecuente.
- 4- De los 295 pacientes ingresados en el 2009, 71 lograron el alta médica (24%) para continuar con su programa de atención paliativa.
- 5- De esos 71 pacientes que logran ser dados de alta, 42 regresaron a la UCP de los Montalvos para morir ahí, mientras que 28 fallecieron en otro lugar (el paciente restante todavía seguía vivo).

Con estas cifras, ¿es posible afirmar que la UCP de los Montalvos recibe a pacientes cuya expectativa de vida de seis meses está por expirar?

Antes de contestar considere lo siguiente: la supervivencia global para los 295 pacientes es de 30 días; para los 266 pacientes que fallecieron en la unidad es de

24.80 días; y para los 224 que murieron en su primer ingreso se reduce a menos de 10 días.

La respuesta más lógica parece ser que sí. Pues el grueso de los pacientes (76%) muere en su primer ingreso en menos de 10 días. Faltaba agregar que 6 de cada 10 enfermos provino de urgencias.

8.5 Acerca de las estancias.

En este rubro no existe comparativa posible, pues el modelo de atención domiciliaria no tiene estancias. Pero vale la pena analizar las obtenidas en la UCP de los Montalvos, debido a que su estancia media puede ser considerada la del modelo domiciliario, en caso que hubiera un modelo único que contemplara los dos tipos de atención.

La estancia media global de 10.13 días, tuvo una variación de $- 0.65$ a $+ 3.47$ días, es decir desde 9.48 días para los pacientes que ingresaron una sola vez y murieron en ese evento (la mayoría), hasta 13.60 días para aquellos que lograron ser dados de alta por lo menos una vez, pero que si regresaron a la unidad y murieron en un ingreso subsecuente (42 pacientes). Con base en este análisis, junto con el de la supervivencia, se puede afirmar que los pacientes que ingresan a la UCP de los Montalvos permanecerán por no menos de 9 días, y no más de 14, pero que fallecerán muchos de ellos alrededor del 10° día; y los que lleguen al 11° tienen buenas probabilidades de pertenecer a ese grupo que se va a su casa y vive por alrededor de 100 días más.

8.6 Acerca de las supervivencias.

Se han tomado fragmentos de las tablas de resultados, para establecer comparativas de las medias de supervivencia entre ambos modelos, que revelan algunos puntos interesantes y que apoyan nuevas observaciones:

Tabla 36. Comparativa de medias de supervivencia globales.*

	UCP de los Montalvos	UCPD de la AECC
Media de supervivencia global	30.09 d.	49.46 d.

*Se trata de 295 pacientes y 126, respectivamente.

Tabla 37. Comparativa de medias de supervivencia según su procedencia.*

Pacientes referidos por:	Oncología en la UCP de los Montalvos	Oncología en la UCPD de la AECC
Media de supervivencia	26.56 d.	47.68 d.

*Se eligió al servicio de oncología porque es el grupo más numeroso que coincide en ambos modelos. Son 27 y 72 pacientes respectivamente.

Tabla 38. Comparativa de medias de supervivencia según su diagnóstico.*

Modelo	UCP de los Montalvos		UCPD de la AECC	
	pulmón	colon	pulmón	colon
Media de supervivencia	31.03 d.	44.90 d.	64.85 d.	39.2 d.

*Se eligieron estos diagnósticos porque son los dos principales en ambos modelos, sólo que en diferente orden; en el modelo hospitalario el principal padecimiento es el cáncer de pulmón, y en el modelo domiciliario el principal diagnóstico es el cáncer de colon. Por regla general casi todos los pacientes logran vivir por más tiempo en la UCPD de la AECC; la excepción la constituyen los 24 enfermos con cáncer de colon en la UCP de los Montalvos (resaltados en rojo).

Tabla 39. Comparativa de medias de supervivencia según su lugar de fallecimiento.*

Fallecidos en:	UCP de los Montalvos	Domicilio
Media de supervivencia	24.80 d.	47.87 d.

*Se trata del 76% de los pacientes del modelo hospitalario y del 50% de los pacientes del modelo domiciliario. 266 y 63 pacientes, respectivamente.

Tabla 40. Comparativa de medias de supervivencia de aquellos pacientes que murieron fuera de su programa original.*

Pacientes en:	Modelo hospitalario que murieron fuera de la UCP de los Montalvos.	Modelo domiciliario que murieron en hospital.
Media de supervivencia	118 días.	51.01 días.

**Se trata del 9.5% de los pacientes del modelo hospitalario, y del 50% de los pacientes del modelo domiciliario. 28 y 62 pacientes, respectivamente. Otra excepción es el pequeño grupo de 28 pacientes que logra vivir más en la UCP de los Montalvos que en la UCPD de la AECC (resaltado en azul).*

En la media de supervivencia global, y en las supervivencias de casi todos los subgrupos, los pacientes de la UCPD de la AECC viven más tiempo que aquellos atendidos por la UCP de los Montalvos.

Esto no significa que el modelo domiciliario sea mejor que el modelo hospitalario. La explicación más plausible es que los pacientes atendidos bajo el concepto domiciliario sean captados e ingresados en una fase más temprana de su expectativa de vida de seis meses, que aquellos atendidos bajo el concepto de la UCP de los Montalvos. Dicho de otra manera, los enfermos con expectativas de vida próximas a finalizar, tienden a ser enviados, o eligen ir, al la UCP de los Montalvos; mientras que aquellos que tienen expectativas de vida mejores, tienden a ser enviados, o eligen ir, a su domicilio bajo el programa de la AECC.

Esta conclusión está apoyada por la tabla 37. Donde pacientes con un mismo diagnóstico (todos con cáncer) y referidos todos por el mismo servicio (oncología), tienen una gran diferencia en días de supervivencia entre modelos, de 21.1 días para ser exactos.

¿Por qué esa diferencia en supervivencia con diagnósticos idénticos y referidos por un mismo servicio?

Si analizamos otro subgrupo, el de los diagnósticos, nos encontramos con una línea en el mismo sentido, véase que la diferencia de supervivencia del cáncer de pulmón entre modelos es más del doble, ahora bien, nuevamente ¿por qué el doble de supervivencia para el modelo domiciliario si ambos grupos padecen cáncer de pulmón? El grupo de la UCP de los Montalvos fue de 58 pacientes, el del modelo domiciliario de 14. Aunque el número de enfermos de la UCPD de la AECC es pequeño, no deja de llamar la atención que este hallazgo concuerda con el de grupos grandes donde el número es más representativo.

Las excepciones a la generalidad de encontrar supervivencias más largas en el modelo domiciliario, la constituyen los subgrupos resaltados en las tablas 38 y 40: el de pacientes con cáncer de colon, y el de enfermos que logran el alta médica y fallece fuera de la UCP de los Montalvos. Estos grupos también son pequeños para ir más allá de las observaciones.

Pero si consideramos un último grupo, el de pacientes que logran el alta médica por lo menos una vez, independientemente del lugar en el que fallezcan después, se puede encontrar un mejor respaldo que lleve a las observaciones un paso más allá:

Tabla 41. Pacientes que lograron el alta médica por lo menos una vez en la UCP de los Montalvos.*

Pacientes con 2 o más ingresos	Fallecidos en la unidad (42)	Fallecidos fuera de la unidad (28)
Media de supervivencia	106.52 d.	118 d.

**La mejor supervivencia registrada es la de estos dos subgrupos, los cuales considerados conjuntamente ofrecen algo más que una simple observación.*

Después del análisis de las supervivencias en diferentes grupos y subgrupos, se puede concluir lo siguiente: La supervivencia global es más larga en la UCPD de la AECC, al igual que en la mayoría de los grupos y subgrupos divididos. Y esto parece suceder así porque los servicios referentes tienden a enviar al modelo domiciliario a aquellos pacientes con expectativas de vida superiores. Mientras que los pacientes

con expectativas de vida menores, tienden a ser referidos a la UCP de los Montalvos. Sin embargo, y a pesar de la generalidad, existe un grupo de 70 pacientes, que representa el 23% de la totalidad en el modelo hospitalario, que logra ser dado de alta por lo menos una vez, y ese es el grupo de enfermos que tiene, por mucho, la mejor sobrevida de todas, con más de 106 días.

8.7 Acerca de los costos.

Es evidentemente más barato, o menos costoso, el modelo de cuidados paliativos domiciliarios que el hospitalario. ¿Pero cuanto más? Ahora se sabe, alrededor de 150 veces; sin embargo, no se puede afirmar que sea exacta la cifra puesto que contiene algunos sesgos que la sobrevaloran. Es decir, tenemos que sumarle los costos transferidos o aquellos que hace el paciente y su familia con motivo de la enfermedad, también hay que añadirle el costo de funcionamiento y mantenimiento de un auto (el de compra no, porque fue donado)

Por lo tanto, las cifras asentadas en el capítulo anterior, deben de ser consideradas como representativas.

A pesar de todo lo anterior son útiles las cifras, porque son las que verdaderamente invierte un equipo paliativo muy exitoso y ampliamente copiado en España, el de atención domiciliaria de la AECC.

Los costos que nos proporcionó el sistema GECLIF, están generados con promedios, multiplicados o divididos con otros promedios; y tomando en cuenta que es un sistema adoptado por ley en Estados Unidos para pagos prospectivos, deben de estar muy cercanos a la realidad. Como incluían todo el proceso de atención hospitalaria, se tuvo que hacer una estimación exclusivamente de la atención paliativa, usando las mismas cifras y con los mismos principios del sistema. Por lo que también deben de ser útiles y adecuadas.

8.8 Acerca del costo beneficio.

La relación costo beneficio es ampliamente mejor en el modelo domiciliario, la diferencia está en la mayor supervivencia que reporta, pero lo está aún más en su bajísimo costo en comparación con el modelo hospitalario. Esa diferencia es de

12.83 días por euro invertido, y es lo que lleva a las organizaciones internacionales como la OMS, a emitir recomendaciones para todos los países, instándolos a que inviertan inicialmente en atención paliativa domiciliaria.

Pero se piensa que debe de ser menor dicha diferencia, ya que por un lado el costo de la AECC está ligeramente infravalorado, pues le falta el promedio de algunos costos transferidos, mientras que por el otro se detectaron ciertos patrones que afectan a la baja la supervivencia en la UCP de los Montalvos. Recordemos sólo algunos: el 60% de sus pacientes provienen de urgencias; Un 76%, muere en su primer ingreso después de sólo haber estado por 9.48 días internado; y hay pacientes con idénticos diagnósticos referidos por un mismo servicio (oncología) que sobreviven menos en la UCP de los Montalvos.

Todo esto nos deja, por eliminación, una sola repuesta lógica: que los pacientes referidos a la UCP de los Montalvos, se encuentran más próximos a morir, que aquellos enviados al programa domiciliario. En otras palabras: de la expectativa de vida de seis meses de los enfermos, los que llegan a los Montalvos sólo tienen un mes; mientras que los pacientes que entran a un programa domiciliario tienen dos. Las medias de supervivencia determinadas en este estudio, en diferentes grupos y subgrupos nos hacen emitir esta conclusión.

8.9 Acerca de las legislaciones.

La legislación española además de percibirse más avanzada, engloba algunas esferas que la mexicana no. Por ejemplo:

1- En México los cuidados paliativos están respaldados por el gobierno, pero sólo dentro de sus atribuciones y posibilidades financieras; mientras que en España el estado está obligado a brindarlos a todo ciudadano español en todo nivel de atención.

2- El objetivo terapéutico de las normas españolas hace hincapié en el respeto al sistema de creencias, preferencias y valores del paciente; mientras que en las normas mexicanas no se menciona.

3- Por último, en la legislación española la atención paliativa contempla al paciente y toda persona vinculada a él; mientras que en la mexicana sólo está contemplado el enfermo.

8.10 Conclusiones finales.

8.10.1 En Salamanca, España:

1- No existe un modelo paliativo superior a otro en términos de calidad, porque no son excluyentes entre ellos, más bien son complementarios.

2- Es altamente rentable para la sanidad pública, invertir en una unidad de cuidados paliativos domiciliarios, pues este último logra que el 50% de sus pacientes mueran en su casa (cierta parte de ese 50%, hubiera ingresado a una unidad hospitalaria con costos mucho mayores).

3- Existe una clara superioridad del modelo domiciliario en términos de costo beneficio, no determinada tanto por la supervivencia, sino por su bajo costo.

4- El costo diario por paciente de una UCP hospitalarios, es 150 veces mayor que una UCP domiciliaria. Y que por muchos medicamentos y material que compren en promedio los pacientes domiciliarios por motivo de su propia enfermedad (costos transferidos), nunca se invertirá esa condición.

5- Se tiende a enviar a pacientes con expectativas de vida menores al modelo hospitalario, que al domiciliario.

6- Hacen falta estudios de calidad en ambos modelos para determinar el costo efectividad de cada uno de ellos.

8.10.2 En México:

1- Los ejemplos internacionales son muy útiles como guía para implementar cuidados paliativos en nuestro país (incluso pueden copiarse con previa contextualización según la OMS). Por obvias razones y similitudes, algunos de los mejores ejemplos a seguir son España, Cuba, Costa Rica, y la India.

2- En México, el cáncer es de las enfermedades con más prevalencia, en el futuro lo será todavía más, y las necesidades de cuidados paliativos aumentarán en la misma

medida que lo haga dicha enfermedad; La educación médica básica, es la clave para brindar atención a tales necesidades, pues los médicos y enfermeras generales los pueden otorgar con excelente calidad. La intervención de equipos paliativistas estaría reservada para casos excepcionales y difíciles.

3- En México son muy pocas e insuficientes las experiencias en cuidados paliativos; hay mucho trabajo que hacer en todos los sentidos y en todas las áreas, especialmente en concientización, investigación, capacitación, y por supuesto implementación y desarrollo de unidades domiciliarias y hospitalarias.

4- Además de estar moralmente obligados, los gobiernos necesitan invertir en unidades de cuidados paliativos domiciliarios; esto se debe a que los incrementos del cáncer presionarán severamente al sistema de salud (ya lo hace en Estados Unidos), tal presión es humana, social, y económica.

5- De implementarse en nuestro país, las UCP brindarán una oportunidad excelente para hacer ahorros significativos, tan sólo con reordenar recursos y aprovechar infraestructura existente. Por si fuera poco, aumentarán la cantidad y calidad de vida de los pacientes.

8.11 Recomendaciones.

La primera, y más importante recomendación es que las autoridades, médicos y público en general hagan conciencia sobre los cuidados paliativos, y sobre la gran importancia que tienen actualmente. También, que se tenga conocimiento que ya no son una opción terapéutica o un proyecto viable, se tratan de una necesidad humana impostergable, de una gran oportunidad para el ahorro de recursos, y de un tipo de atención médica especializada que ayudará al sistema de salud y sociedad en general.

La segunda, y no menos importante, es que con las adecuaciones pertinentes, se copien e implementen los valiosos ejemplos de la UCP de los Montalvos y de la UCPD de la AECC. Es posible hacerlo, porque todo y todos indican a ello: las recomendaciones de la OMS; las proyecciones de la ONU; las resoluciones del consejo de Europa; decretos, leyes y normatividad en España; los pioneros de su implementación en ese mismo país; organizaciones no gubernamentales de carácter

benéfico; médicos prestigiados que publican en The New England Journal of Medicine; el futuro presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica; y personal de salud directamente implicado en el día a día con los pacientes.

Todo proyecto de fundación de una unidad de cuidados paliativos, debe de ir acompañado de investigaciones serias, tanto médicas como de costeo, para seguir demostrando fehacientemente los beneficios que otorgan este tipo de cuidados ante lo irremediable. Y dejar en claro que lo que si tiene remedio es el despilfarro de recursos, la atención médica deshumanizada, y el dolor y abandono de los enfermos.

El sector salud en México debe de aprovechar, y tiene obligación de hacerlo, todo el conocimiento y experiencias generadas en otros países. Bastan y sobran ejemplos exitosos sobre programas de cuidados paliativos alrededor del mundo; no se tiene ninguna duda acerca de sus bondades. Por lo tanto, sólo se necesita el verdadero compromiso y genuino apoyo de las autoridades mexicanas.

Quedo bastante claro que el costo beneficio es ampliamente superior en las UCP domiciliarias; por lo tanto las inversiones iniciales o el reordenamientos de recursos deben de ir encaminados hacia la fundación de estas unidades (en concordancia con la OMS). Hay que recordar que el 80% de los pacientes paliativos sólo requieren de este tipo de atención (domiciliaria) y que alrededor del 50% de los enfermos atendidos elegirán morir en su casa (entiéndase mayor calidad de vida, y ahorro de recursos). Tampoco hay que olvidar que las UCP domiciliarias no sustituyen y excluyen a las UCP hospitalarias, son complementarias las unas de las otras.

En lo que a cuidados paliativos respecta, la legislación mexicana tiene un buen ejemplo a seguir en la normatividad española, pues esta última está influenciada por estudios y resoluciones del consejo de Europa. En México sería conveniente que, tanto los derechos de los pacientes, como obligaciones del gobierno, fueran equiparables a los de Europa, una buena manera de empezar, sería ponerlo por escrito en la ley.

8.12 Investigaciones Futuras.

1- Es imprescindible realizar estudios de costeo sobre los enfermos terminales en diferentes hospitales, separados preferiblemente por enfermedades; con ello es

posible estimar un costo de atención domiciliaria que posibilitará la implementación de unidades de cuidados paliativos.

2- Es muy escasa la información disponible acerca de la calidad de atención en los cuidados paliativos; aunque la mayoría de la gente implicada los percibe de muy buena calidad, documentarla sería de gran utilidad para demostrar sus beneficios.

3- La legislación en México ha dado pasos importantes para proteger los derechos de enfermos terminales, y también para brindarles atención médica domiciliaria; sin embargo no se está a la altura de legislaciones europeas. Es necesario investigar a fondo en este tema para vislumbrar los efectos benéficos de una legislación más completa.

4- Una descripción detallada de una unidad de cuidados paliativos domiciliarios que se encuentre operando en el ámbito mexicano sería de inestimable valor, ya que podría ser el ejemplo a seguir que se necesita y el factor desencadenante para implementarlos a gran escala.

5- Un manual de atención en cuidados paliativos, o una guía clínica de tratamiento, contextualizados en pacientes mexicanos, enseñaría a las futuras generaciones de médicos a tratar a este tipo de enfermos de una manera más adecuada.

Referencias bibliográficas.

- 1- Organización Mundial de la Salud:
<http://www.who.int/features/qa/15/es/index.html> (3 Oct 09 19:00 hrs.)
- 2- Ibidem. (3 Oct 09 19:20 hrs.)
- 3- Ibidem. (3 Oct 09 19:40 hrs.)
- 4- Harrison; Principios de Medicina Interna; Mc Graw Hill, 14ª Ed. Vol. II; México; pág. 579-580.
- 5- Organización Mundial de la Salud:
<http://www.who.int/cancer/media/AccionMundialCancerfull.pdf>, pág. 2 (4 Oct 09 15:20 hrs.)
- 6- OMS, OP cit. (3 Oct 09 19:50 hrs.)
- 7- Harrison; Op. cit.
- 8- Ibidem.
- 9- Organización Mundial de la Salud:
<http://www.who.int/cancer/media/AccionMundialCancerfull.pdf>, pág. 8 (4 Oct 09 15:50 hrs.)
- 10- Organización de las Naciones Unidas, previsiones demográficas mundiales, revisión 2006-2007:
<http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/Spanish.pdf>, pág. 4 (5 Oct 09 12:20 hrs.)
- 11- Ibidem. (5 Oct 09 12:50 hrs.)
- 12- Ibidem. (5 Oct 09 13:30 hrs.)
- 13- Ibidem. (5 Oct 09 13:50 hrs.)
- 14- Organización Mundial de la Salud:
<http://www.who.int/features/qa/15/es/index.html> (7 Oct 09 13:50 hrs.)

- 15- Organización Mundial de la Salud:
<http://www.who.int/cancer/media/AccionMundialCancerfull.pdf>, pág. 1 (4 Oct 09 14:50 hrs.)
- 16- Organización de las Naciones Unidas, Op. cit. pág. 14 (5 Oct 09 12:35 hrs.)
- 17- Ibidem. (5 Oct 09 12:20 hrs.)
- 18- Harrison; Op. cit.
- 19- Instituto Nacional de Estadística, España:
<http://www.ine.es/jaxiBD/menu.do?L=0&divi=EPOB&his=0&type=db> (8 Oct 09 18:25 hrs.)
- 20- Organización mundial de la Salud:
<http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf>, pág 2 (16 Oct 09 8:05 hrs.)
- 21- Hospital Universitario de Salamanca, Hospital los Montalvos, con información extraída de la tesis doctoral del Dr. Antonio Medina Alarcón Historia del Sanatorio "Los Montalvos" - Salamanca (1935-1986) Universidad de Salamanca - Facultad de Medicina - Historia de la Medicina – 1992: <http://www.auxiliar-enfermeria.com/montalvos.htm> (12 Mar 2010 9:55 hrs.)
- 22- Ibidem. (12 Mar 2010 10:28 hrs.)
- 23- Ibidem. (12 Mar 2010 10:37 hrs.)
- 24- Ibidem. (12 Mar 2010 10:44 hrs.)
- 25- Ibidem. (12 Mar 2010 11:05 hrs.)
- 26- Ibidem. (12 Mar 2010 11:22 hrs.)
- 27- García Figuerola Miguel, Vidal García Martín; Sanatorio de los Montalvos, guía para una visita; España, Salamanca, 2008; pág 35-37.
- 28- Ibidem.
- 29- García Figuerola Miguel, Op cit; pág 61.

- 30- Ibidem.
- 31- García Figuerola Miguel, Op. cit; pág 63
- 32- García Figuerola Miguel, Op cit; pág 61-62.
- 33- Asociación española contra el cáncer, sitio oficial oficial:
<https://www.aecc.es/Nosotros/quienessomos/Paginas/Quienessomos.aspx> (23 Mar 2010 8:23 hrs.)
- 34- Asociación española contra el cáncer, sitio oficial, informe económico 2009:
<https://www.aecc.es/Nosotros/quienessomos/Paginas/Informeeconomico2009.aspx> (23 Mar 2010 8:49 hrs.)
- 35- Asociación española contra el cáncer, sitio oficial:
<https://www.aecc.es/Investigacion/Fundación%20Científica/Paginas/Fundacioncientifica.aspx> (23 Mar 2010 9:12 hrs.)
- 36- Asociación española contra el cáncer, sitio oficial, informe de actividades 2009:
<https://www.aecc.es/Nosotros/quienessomos/Paginas/Informeactividades2009.aspx> (23 Mar 2010 15:31 hrs.)
- 37- Ibidem. (23 Mar 2010 15:49 hrs.)
- 38- Asociación española contra el cáncer, informe de auditoría de cuentas anuales realizado por Deloitte, S.L. para el ejercicio fiscal 2009:
https://www.aecc.es/Nosotros/quienessomos/Documents/Informe_Auditoria09.pdf
Pág 2 (25 Mar 2010 17:26 hrs.)
- 39- Ibidem. (25 Mar 2010 17:47 hrs.)
- 40- Asociación española contra el cáncer, sitio oficial, informe anual 2009, pág. 78:
http://www.informeanual.aecc.es/pdf/memoria_anual.pdf (26 Mar 2010 15:10 hrs.)
- 41- Asociación española contra el cáncer; Op cit. Pág 67 (26 Mar 2010 15:30 hrs.)
- 42- Ibidem. (26 Mar 2010 15:47 hrs.)

- 43- Asociación española contra el cáncer, sitio oficial, informe anual 2009, pág. 34:
http://www.informeanual.aecc.es/pdf/memoria_anual.pdf (26 Mar 2010 16:04 hrs.)
- 44- Ibidem. (26 Mar 2010 16:40 hrs.)
- 45- Ibidem. (27 Mar 2010 15:35 hrs.)
- 46- Asociación española contra el cáncer; Op cit. Pág 35:
http://www.informeanual.aecc.es/pdf/memoria_anual.pdf (27 Mar 2010 16:03 hrs.)
- 47- Ibidem. (27 Mar 2010 17:56 hrs.)
- 48- Ibidem. (27 Mar 2010 16:20 hrs.)
- 49- Estrategia en cuidados paliativos del sistema nacional de salud, ministerio de sanidad y consumo 2007, pág. 28-29:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf (28 Mar 2010 10:05 hrs.)
- 50- Estrategia en cuidados paliativos del sistema nacional de salud; Op cit; pág. 28. (28 Mar 2010 10:25 hrs.)
- 51- Estrategia en cuidados paliativos del sistema nacional de salud; Op cit; pág. 29. (28 Mar 2010 10:38 hrs.)
- 52- Ibidem. (28 Mar 2010 10:50 hrs.)
- 53- Ibidem. (28 Mar 2010 11:23 hrs.)
- 54- Estrategia en cuidados paliativos del sistema nacional de salud; Op cit; pág. 29-30. (28 Mar 2010 11:40 hrs.)
- 55- Estrategia en cuidados paliativos del sistema nacional de salud; Op cit; pág. 31-32. (29 Mar 2010 17:16 hrs.)
- 56- Estrategia en cuidados paliativos del sistema nacional de salud; Op cit; pág. 31. (29 Mar 2010 17:46 hrs.)

- 57- Ibidem. (29 Mar 2010 17:59 hrs.)
- 58- Ibidem. (30 Mar 2010 8:10 hrs.)
- 59- Drummond; Métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria; ed. Díaz de Santos, 2ª edición; España; pág: 10.
- 60- Hernández y Rodríguez Sergio; Introducción a la administración; ed. Mc graw Hill; 4ª edición; México; pág: 457.
- 61- Ibidem.
- 62- Ibidem.
- 63- Drummond; Op. cit. Pág 15.
- 64- Drummond; Op. cit. Pág 12.
- 65- Drummond; Op. cit. Pág 15.
- 66- Drummond; Op. cit. Pág 111.
- 67- Drummond; Op. cit. Pág 44-45.
- 68- Cabo Salvador Javier; Gestión sanitaria integral pública y privada:
<http://www.gestion-sanitaria.com/origen.html> (8 Feb 2010 12:24 hrs.)
- 69- Cabo Salvador Javier; Op. cit:
<http://www.gestion-sanitaria.com/concepto-complejidad-del-case-mix.html> (8 Feb 2010 12:38 hrs.)
- 70- Cabo Salvador Javier; Op. cit:
<http://www.gestion-sanitaria.com/origen.html> (8 Feb 2010 12:12 hrs.)
- 71- Cancer control knowledge into action, World Health Organization, Guide for effective programmes, pág 6:
<http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf> (10 Feb 2010 19:50 hrs.)
- 72- Anexo 1, Entrevista documental con Jaime Sanz Ortiz.

- 73- Cancer control knowledge into action, Op. cit. pág iii (10 Feb 2010 20:15 hrs.)
- 74- Cancer control knowledge into action, Op. cit. pág 25 (10 Feb 2010 20:28 hrs.)
- 75- Cancer control knowledge into action, Op. cit. pág 26 (10 Feb 2010 20:35 hrs.)
- 76- Cancer control knowledge into action, Op. cit. pág 33 (10 Feb 2010 20:48 hrs.)
- 77- Cancer control knowledge into action, Op. cit. pág 34 (10 Feb 2010 20:51 hrs.)
- 78- Cancer control knowledge into action, Op. cit. pág 35 (10 Feb 2010 21:40 hrs.)
- 79- Ibidem. (10 Feb 2010 23:15 hrs.)
- 80- Cancer control knowledge into action, Op. cit. pág 13 (11 Feb 2010 9:20 hrs.)
- 81- Ibidem. (11 Feb 2010 9:35 hrs.)
- 82- Ibidem. (11 Feb 2010 9:45 hrs.)
- 83- Ibidem. (12 Feb 2010 10:20 hrs)
- 84- Cancer control knowledge into action, Op. cit. pág 19 (12 Feb 2010 10:47 hrs.)
- 85- Ibidem. (12 Feb 2010 10:58 hrs.)
- 86- Cancer control knowledge into action, Op. cit. pág 9. (14 Feb 2010 13:20 hrs.)
- 87- Innovations in End-of-Life Care, an international journal of leaders in end-of-life care. Interview with Carlos Centeno, MD, hospital los montalvos, Salamanca Spain pág 1.
- 88- Ibidem.
- 89- Ibidem.
- 90- Innovations in End-of-Life Care, Op. cit. pág 1-2.
- 91- Ibidem.
- 92- Innovations in End-of-Life Care, Op. cit. pág 2.
- 93- Ibidem.
- 94- Ibidem.
- 95- Ibidem.

- 96- Innovations in End-of-Life Care, Op. cit. pág 3.
- 97- Ibidem.
- 98- Ibidem.
- 99- Ibidem.
- 100- Innovations in End-of-Life Care, Op. cit. pág 4.
- 101- Ibidem.
- 102- Ibidem.
- 103- Ibidem.
- 104- Innovations in End-of-Life Care, Op. cit. pág 5
- 105- Ibidem.
- 106- Anexo 1 Entrevista documental con Jaime Sanz Ortiz
- 107- Innovations in End-of-Life Care, Op. cit. pág 5
- 108- Innovations in End-of-Life Care, Op. cit. pág 6
- 109- Ibidem.
- 110- Ibidem.
- 111- Ibidem.
- 112- Núñez Fernández, Gloria; Tesis, Propuesta para la creación de una unidad médica para pacientes que requieren cuidados paliativos en la iniciativa privada. México, U.N.A.M., 2009. Pág. 35-37.
- 113- Centro de cuidados paliativos México:
http://www.cuidadospaliativos.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=2 (25 Feb 2010 8:37 hrs.)
- 114- Ibidem. (25 Feb 2010 8:56 hrs.)
- 115- Centro de cuidados paliativos México:

http://www.cuidadospaliativos.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=26&Itemid=50 (26 Feb 2010 13:25 hrs.)

- 116- Núñez Fernández, Gloria; op. cit. Pág 37.
- 117- Núñez Fernández, Gloria; op. cit. Pág 40.
- 118- Raymond Hutubessy, Dan Chisholm, Tessa Tan, and WHO-CHOICE; Cost Effectiveness and Resource Allocation; World Health Organization; 2003, pág1-2: http://www.who.int/choice/publications/p_2003_cea_nationallevel.pdf (28 Feb 2010 14:56 hrs.)
- 119- Raymond Hutubessy; Op cit. pág: 2 (3 Mar 2010 17:12 hrs.)
- 120- Raymond Hutubessy; Op cit. pág: 3-6 (3 Mar 2010 17:40 hrs.)
- 121- Raymond Hutubessy; Op cit. pág: 11-12 (3 Mar 2010 18:25 hrs.)
- 122- Thomas J. Smith and Bruce E. Hillner; Bending the Cost Curve in Cancer Care; The New England Journal of Medicine; 2011; 364;21; pág: 2060
- 123- Ibidem.
- 124- Thomas J. Smith; Op cit; pág: 2062
- 125- Ibidem.
- 126- Ibidem.
- 127- Thomas J. Smith; Op cit; pág: 2063
- 128- Ibidem.
- 129- Ibidem.
- 130- Informe sobre la salud en el mundo 2000; Mejorar el desempeño de los sistemas de salud; OMS, pág 177:
http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf (9 Mar 2010 19:05 hrs.)
- 131- Anexo 1 Entrevista con Jaime Sanz Ortiz
- 132- Informe sobre la salud en el mundo 2000; Op cit. pág 178 (9 Mar 20:19 hrs.)

- 133- Cancer control knowledge into action, World Health Organization, Guide for effective programmes, pág 13:
<http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf> (15 Mar 2010 22:13 hrs.)
- 134- Constitución política de los estados unidos mexicanos, 2008, Alco editorial, pág 179
- 135- Cancer control knowledge into action, World Health Organization, Guide for effective programmes, pág iii:
<http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf>
- 136- Dávalos. 1998:105-115, referido en: Núñez Fernández, Gloria; Tesis, propuesta para la creación de una unidad médica para pacientes que requieren cuidados paliativos en la iniciativa privada. México, U.N.A.M., 2009. Pág. 24.

Bibliografía.

Agenda Civil del D.F.; Código Civil Federal, México, Ed. Ediciones Fiscales ISEF, 2008. Pág. 185-192.

Agenda de Salud, Ley General de Salud, México, Ed. Ediciones Fiscales ISEF, 2009. Pág. 3-6, 14-16, 23-27, 34-47, 48-56, 66-69, 105-106, 116-119.

Agenda de Salud, Reglamento de La Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, México, Ed. Ediciones Fiscales ISEF, 2009. Pág. 1-34, 11-15, 20-23.

Agenda de Salud, Reglamento de La Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. México, Ed. Ediciones Fiscales ISEF, 2009. Pág. 1-14.

Cancer Control, Knowledge into Action, Palliative Care, WHO Guide for Effective Programmes, World Health Organization.

Constitución Política De Los Estados Unidos Mexicanos, México, Ed. ALCO, 2008. Pág. 15.

García Figuerola Miguel, Vidal García Santiago et al.; Guía para una visita, Sanatorio de los Montalvos, España, Ed. Santiago Lorenzo.

Germán Fajardo Dolci Y Eleuterio García Ramos. Dirección De Hospitales. 2008. Pág. 139-142.

Gestión clínico financiera y coste por proceso (GECLIF); Ministerio de sanidad y consumo, Ed. INSALUD, subdirección general de coordinación administrativa, N° de publicación 1.808; Madrid España, 2001. pág. 29

Harrison; Principios De Medicina Interna; Mc Graw Hill, 14ª Ed. Vol. II; México; Pág. 579-610.

Hernández Sampieri Roberto; Fundamentos de metodología de la investigación; Mc Graw Hill; 1ª edición; México 2005, pág 11-17, 25-45, 63-76, 105-160, 166-170, 268-300.

Innovations in End-of-Life Care, an international journal of leaders in end-of-life care. Interview with Carlos Centeno, MD, hospital los montalvos, Salamanca Spain

Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática:

<http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx>

Langabeer II, James; Hospital Turnaround Strategies; U.S.A; 2008; Hospital Topics, Spring, Vol. 2, Pág. 3-10.

Ley de Profesiones, México, Ed. PAC, 2008. Pág. 21-26.

Ley Federal del Trabajo, México, Ed. Ediciones Fiscales ISEF, 2008. Pág. 134-160.

Llombart Rodríguez Antonio; Historia de la Asociación Española Contra el Cáncer 1953-1993; AECC, España; Pág 13-15.

Núñez Fernández, Gloria; Tesis, Propuesta Para la Creación de una Unidad Médica Para Pacientes que Requieren Cuidados Paliativos en la Iniciativa Privada. México, U.N.A.M., 2009. Pág. 30-41.

Organización Mundial de La Salud: <http://www.who.int/es/>

Organización Panamericana de La Salud: <http://new.paho.org/hq/index.php?lang=es>

Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud. 2007-2012:
<http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pnscap1.pdf>

Anexo 1. Entrevista documental con Jaime Sanz Ortiz.

Durante la estancia de investigación en Salamanca, España, se tuvo la fortuna de poder contactar al doctor Jaime Sanz Ortiz, uno de los fundadores de los cuidados paliativos españoles. Amablemente accedió a responder, a las que se consideran preguntas importantes cuyas respuestas sirvieron de referencia en este documento, y seguramente lo serán en otros más.

Se describen brevemente algunas de sus aportaciones y actividades, otras más se pueden consultar en el marco de referencia:

- Visitó en Londres, Inglaterra, al *St. Christopher's Hospice*, un nuevo tipo de centro sociosanitario, que ha desarrollado a los cuidados paliativos internacionalmente.
- En 1992 fue presidente fundador de la sociedad española de cuidados paliativos, (SECPAL).
- Actualmente, y desde 1982, es jefe del servicio de oncología médica del hospital universitario marqués de Valdecilla. Para 1985, puso en marcha el programa de cuidados paliativos en ese mismo hospital.
- Es profesor titular de la facultad de medicina en la universidad de Cantabria; y cuenta con un máster en bioética por la universidad complutense de Madrid.
- Es autor de diversos libros oncológicos y paliativos, entre los que se encuentran: *los intocables de la medicina; el control del sufrimiento evitable; introducción a la oncología clínica bases moleculares y terapia integral; manual SEOM de cuidados continuos; e historia del paciente con cáncer del gen al sentido de la vida.*

Como puede observarse, se trata de una persona que ha tenido, y sigue teniendo, invaluable aportaciones en el campo paliativo; por ello, no se puede pasar por alto que sus enseñanzas queden plasmadas en este documento.

A continuación, la entrevista:

Estimado Dr. Jaime Sanz:

Estoy consciente del tiempo que le tomará contestar estas preguntas; también lo estoy de la importancia y trascendencia que tiene el hacerlo.

Hablando del campo de los cuidados paliativos:

1- ¿A qué se debe que haya más programas de atención hospitalaria y domiciliaria en Cataluña, que en otras comunidades de España?

- La política sociosanitaria y los profesionales sanitarios de la autonomía catalana desde hace más de 25 años no han escatimado esfuerzos, voluntad política ni recursos para conseguir la implantación universal del programa. Los doctores Xavier Gómez-Batiste y Josep Porta-Sales tienen mucho que ver en este logro.

2- ¿Por qué razones, el modelo de cuidados paliativos catalán ha sido exitoso, y copiado en otras regiones de España?

- En otras autonomías españolas, el compromiso con la medicina paliativa y la atención al paciente en la etapa final de la vida, ha tardado más tiempo en llegar y comprobar que el programa es eficaz, eficiente, no discrimina y es beneficioso para todos los implicados: pacientes, familias, profesionales sanitarios, administración pública y sociedad en general. Además el programa de cuidados paliativos tiene el valor añadido de que mejora la calidad de vida de todos los implicados, previene el agotamiento profesional y ahorra recursos económicos.

3- ¿Cuáles son las dificultades más importantes que ha enfrentado para crear programas de cuidados paliativos?

- En primer lugar en una sociedad que vive de espaldas al hecho fisiológico de la muerte, es natural que todo lo relacionado con el tema del final de la vida “ocupe el cajón de asuntos pendientes”. La atención en el final de la vida ha tomado protagonismo en nuestra sociedad en el debate suscitado por ahora denominado “derecho a morir”. Se ha intentado resolver el problema empezando por el final, sin analizar su origen, ni poner remedio a las causas prevenibles que lo provocan. De esta forma han aflorado con fuerza temas como “suicidio asistido” y la “eutanasia activa directa”.

4- ¿Se tuvieron que realizar algunas adecuaciones en España, de la experiencia adquirida en otros países?

- El movimiento "Hospice" iniciado en 1967 en Londres por la Dr^a Cecily Saunders ha sido el motor para el desarrollo universal de los cuidados paliativos. Allí es donde muchos hemos aprendido a cambiar actitudes, aprender habilidades, adquirir destrezas y conocimientos para perder el miedo a los opioides y tratar el dolor de forma eficaz. Los profesionales sanitarios descubrimos nuestras debilidades para ofrecer una ayuda eficaz en la etapa final de la vida. Algunas de ellas son: la ética, la comunicación, y el conocimiento de la filosofía clásica. Entre otras habilidades importantes que tenemos que aprender podemos citar: saber identificar y manejar las emociones propias, del paciente y de la familia, saber escuchar, saber utilizar el contacto físico como forma de comunicación (haptonomía) en el lugar de las palabras, También hemos aprendido que la compañía (emocional) es esencial para el tratamiento del sentimiento de soledad que puede estar presente cuando el paciente no está físicamente solo.

5- ¿Cómo se hicieron las adecuaciones?

- Los anglosajones dicen: "learning by doing". Las destrezas se adquieren practicando. En nuestro caso escuchado a muchos pacientes, comprobando si las decisiones que hemos tomado en cada momento han sido eficaces o en su defecto han sido contraproducentes. Hemos aprendido mucho de nuestros propios errores.

6- ¿Cuáles son los retos más importantes que tiene España hacia el futuro en el campo de los cuidados paliativos?

- Gracias a la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) la situación actual ha mejorado ostensiblemente. La cobertura del programa de cuidados paliativos no es igual en las 17 autonomías españolas. La existencia de diferentes administraciones sanitarias hace que se ralentice la implantación de los programas. En mi criterio los cebadores del compromiso en el desarrollo de los cuidados paliativos son los propios profesionales que tienen que trasladar a la sociedad los déficit de recursos y los cambios de actitudes necesarios para involucrar a los

gestores en las soluciones necesarias para que la etapa final de la vida sea confortable.

7- ¿Aumenta o disminuye el número de pacientes paliativos oncológicos en España?

- En los últimos 30 años la incidencia de cáncer se ha duplicado y las muertes debidas a la enfermedad alcanzan el 45%. En el año 2030 se espera que 26,4 millones de personas serán diagnosticadas de cáncer y 17 millones fallecerán por la enfermedad. A pesar de que la mortalidad de algunos cánceres está disminuyendo (mama, pulmón, colorectal), el número de casos nuevos aumenta progresivamente.

8- ¿Hay un modelo de atención en cuidados paliativos que muestre claras ventajas sobre lo demás, por qué razones?

- La experiencia nos ha enseñado que en cada lugar los profesionales parten con un bagaje de recursos disponibles diferente. Por ejemplo la sensibilización al tema del gerente correspondiente, el grado de implicación de los profesionales sanitarios y los apoyos de enfermería y atención primaria. Por ello no existe un sistema único de alcanzar los objetivos. El mejor es que en esa situación sea el eficaz.

9- Con base en la experiencia adquirida, a través de los años, en la implantación y desarrollo de los cuidados paliativos; ¿Qué aconsejaría a la gente que quiere implantarlos o desarrollarlos en otros países?

- En primer lugar paso lento, las prisas no son buenas consejeras. Hay que ir ganando adeptos de forma individual y mantenida hasta conseguir un grupo que pueda atender a los pacientes y los resultados obtenidos puedan ser presentados. De esta forma se pueden modificar las actitudes e interesar a los gestores en una acción beneficiosa y que sólo requiere, de forma inicial, una redistribución de los recursos disponibles. En esta vida hay que pagar el precio completo y por adelantado para conseguir llevar a cabo cualquier proyecto ilusionante.

10- ¿Cuál es el personal mínimo necesario para que funcione un programa de cuidados paliativos?

- Hay dos escenarios diferentes: la planta de hospitalización y la atención en domicilio. En la planta de hospitalización es imprescindible la colaboración de enfermeras y auxiliares. También es importante tener establecidas unas guías clínicas específicas para determinadas situaciones como son: tratamiento del dolor no controlado, cómo dar malas noticias y manejar la comunicación, sedación paliativa, etc. En el ámbito de la atención en domicilio lo mínimo imprescindible es la presencia de un médico, de una enfermera y un trabajador social. A partir de ahí y presentando los resultados obtenidos en dolor aliviado, muertes confortables, respeto a la autonomía, etc es posible ir reclutando adictos al proyecto. Es de gran relevancia ir formando un equipo (que no grupo) que comparta objetivos y valores que les perfeccionen como personas.

11- ¿Cuál es el personal ideal para que funcione un programa de cuidados paliativos con la mejor calidad?

- La figura de un líder comprometido y competente es esencial para echar a andar el proyecto. Normalmente se encuentra dentro del sistema que puede ser hospitalario o de atención primaria. Él es el que tiene que descubrir ante los demás que el proyecto merece la pena y produce satisfacciones personales inmediatas diarias.

12- ¿Cuáles son los elementos que más influyen en un programa de cuidados paliativos con buena calidad?

- Tanto eficiencia (número de objetivos alcanzados, consumo de opioides, encuestas de satisfacción de las familias, atención al duelo) como la cobertura son elementos sobresalientes para mejorar la calidad de los servicios prestados.

13- ¿Considera importantes a los cuidados paliativos? ¿Por qué?

- Venimos al mundo sin enterarnos y sin solicitarlo. Es importante que cuando tengamos que abandonarlo lo hagamos con conciencia de ello y la forma que creamos es la mejor. El interlocutor válido para recoger y transmitir nuestro mensaje durante nuestra última enfermedad es el personal del equipo de cuidados paliativos.

14- ¿Tiene España innovaciones en cuidados paliativos, que no existan en otros países? ¿Cuáles son? ¿O por qué no las tiene?

- Siguiendo las indicaciones de los pacientes hemos observado un cambio en la selección del lugar de muerte. Años atrás el lugar preferido en España era el domicilio, hoy en día cuando llega el momento final manifiestan querer morir en el hospital. Estamos en una sociedad en cambio permanente y los factores culturales y sociales son los que van a marcar las características específicas en la toma de decisiones. No en todos los lugares serán las mismas, aunque en cada uno de ellos las adoptadas sean las eficaces. En España la cobertura de atención no supera el 35%, he aquí que nuestro primer objetivo sea ampliarla al mayor número de población. Un recurso importante, que tenemos algunas autonomías, es la disponibilidad de un hospital sociosanitario para trasladar los pacientes de la planta que ya están controlados pero no tienen familia que pueda atenderlos.

15- ¿Qué aconsejaría usted para convencer a las autoridades sanitarias y a otros médicos, sobre la importancia de los cuidados paliativos?

- Presentar resultados en forma de estadísticas que reflejen la disminución de la frecuentación del servicio de urgencias, disminución del número de ingreso, descenso de la estancia media, Las cartas de agradecimiento en la prensa diaria también sirven para sensibilizar sobre la necesidad del programa.

16- Actualmente, ¿En qué áreas se necesita trabajar más intensamente para mejorar los cuidados paliativos?

Lo más beneficioso es continuar comprometiendo a los gestores sanitarios y a los profesionales en este proyecto ilusionante que además de ser un privilegio da satisfacciones personales inmediatas.

17- ¿Qué opina sobre el plan nacional de cuidados paliativos?

En la actualidad en España hay 17 planes de paliativos, y cada uno de ellos son un desarrollo distinto, no hay uniformidad ni normativa común para todos ellos.

Jaime Sanz Ortiz.

¡Gracias! Rodrigo Monterde.

Anexo 2. Galería fotográfica de la unidad de cuidados paliativos del hospital los Montalvos.

Habitación.

Esta es la primera imagen con la que uno se topa antes de entrar a la habitación; se puede observar que la identificación del enfermo es personalizada, un detalle que hace sentir importantes a los pacientes, y que es parte de una atención humanizada.



Una vez en el interior la sensación de amplitud y comodidad es evidente.





Para familiares y amigos, también existen facilidades justo a un lado de la cama de su enfermo, el proceso de morir puede ser largo.



Frecuentemente se pierde la sensación de estar en un hospital, y aparece la de estar en un hogar.

Anteriormente todo el hospital atendía a pacientes con tuberculosis, y como se alejaba a los enfermos de los centros urbanos, fue construido con grandes espacios para que permanecieran aquí por mucho tiempo en virtud de evitar contagios. Situación muy bien aprovechada actualmente para la atención paliativa.

Los baños no tienen obstáculos, lo que si tienen son todos los aditamentos para facilitar la higiene personal del paciente, ya sea realizada por él mismo, o por sus familiares.



Cuando un paciente ya no puede realizar cosas sencillas por sí sólo, la sensación de dependencia generalmente les causa malestar; por ello, es importante que las puedan seguir realizando por el mayor tiempo posible.

¿Le parece un lugar digno para morir? Antes de contestar considere sus opciones:
1- Un hospital con múltiples aparatos por doquier, probablemente en habitación compartida, y restricciones de horarios para la visita familiar. 2- Su domicilio.
3- Cualquier otro lugar.



Observe que las tomas de oxígeno apenas se notan y existe un frigo bar de lado derecho de la cama.



Si los pacientes así lo desean, pueden salir a tomar un paseo por la terraza y disfrutar de la vista del campo *charro*, o salmantino.

Terraza.

Un largo pasillo exterior comunica todas las habitaciones, el comedor y la oficina médica. De esa manera los doctores pueden observar a los pacientes que salieron a dar un paseo.

Los enfermos que desean mantener su privacidad, sólo tienen que pedir que bajen su cortina. El efecto *brisoileil*, puede verse reflejado en el piso. (el oreado e iluminación sin la incidencia directa del sol).



Esta vista les hará olvidar a los pacientes por unos momentos que padecen una enfermedad terminal; y les recordará que la vida es hermosa.



Los alrededores.

Es un bosquecillo de encinas salpicado de granjas que tienen como marco circundante sierras nevadas.



Aún en los últimos días de vida se puede tener el deseo de ir a descansar bajo la sombra de un árbol.



Un panorama alentador en la espera de un desenlace devastador.

Pasillo interior.

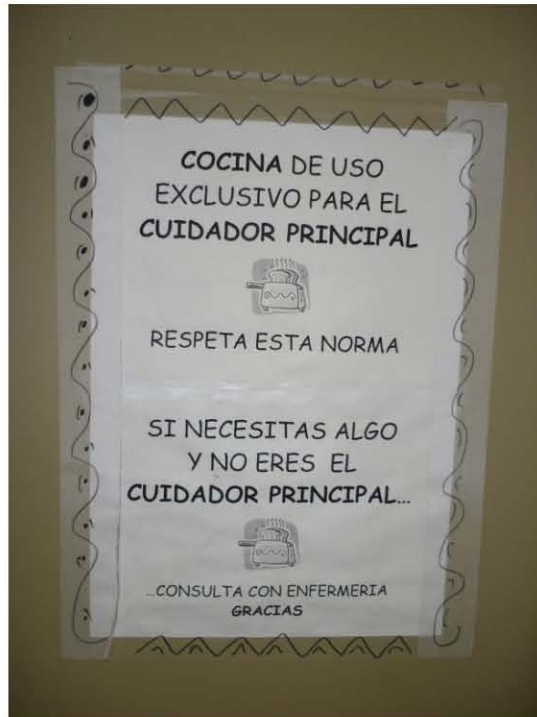
Decorado e iluminado como un hogar, sin perder la funcionalidad hospitalaria.



Todo detalle cuenta para hacer sentir a los pacientes una sensación de calidez.

Exclusividades.

Antes de entrar al comedor de los pacientes y familiares, hay que leer un cartel pegado en la puerta.



Si el menú del hospital no resulta ser satisfactorio para el paciente, su familiar le puede preparar cualquier alimento en este lugar.



Otro momento de distracción ante la incesante angustia de morir.

Un equipo de cuidados paliativos sólo otorga las respuestas que el paciente pide, y lo hace en el momento que el así lo decide el enfermo.

La finalidad es que acepten, tanto pacientes como familiares, el proceso de muerte como algo natural. Situación bastante difícil y laboriosa, pero en lugares como este es un poco más sencillo.

Cuando esto sucede, se generan beneficios para todos y en todos los sentidos.

¿Un buen lugar para platicar sobre la muerte por acontecer?

Sin duda es mejor que el duro y frío ambiente de un hospital común.



Oficina médica.

Aquí es donde se reúnen médicos, enfermeras, estudiantes y auxiliares, para comentar el día a día de los pacientes que atienden.



No está mal la oficina, pero este centro, es de los pocos hospitales donde los espacios para pacientes son mejores que cualquier otro.



También cumple con actividades formativas, ya que entrena a médicos y enfermeras que provienen de un máster organizado por la universidad de Salamanca.

Anexo 3. Entrevista documental con Juan Jesús Cruz Hernández.

Durante la estancia de investigación en Salamanca, España, se tuvo la fortuna de poder contactar al profesor Juan Jesús Cruz Hernández, actual vicepresidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), y futuro presidente de la misma institución; jefe del servicio de oncología médica del hospital clínico Universitario; catedrático de oncología médica de la universidad de Salamanca, España; investigador principal en el centro de investigación del cáncer (CIC); presidente del comité técnico de la junta provincial de Salamanca de la AECC; y miembro de la comisión nacional de oncología médica.

Por ser un médico muy destacado y líder de opinión, se le pidió que respondiese a las siguientes preguntas, sólo con la intención de que sus palabras sigan enseñando y guiando a las futuras generaciones de médicos.

La entrevista:

Estimado profesor Juan Jesús:

Considero muy importantes y trascendentes las respuestas a estas preguntas; le agradezco mucho las atenciones brindadas a mi persona, el tiempo otorgado y las enseñanzas en su servicio.

Hablando del cáncer en general:

1- En Salamanca, y a nivel nacional ¿Aumenta, disminuye, o se mantiene estable, el número de pacientes oncológicos?

- Desde hace 2 ó 3 años se mantiene el número de enfermos oncológicos que atendemos en el servicio de OM

2- De la totalidad de los pacientes oncológicos en España, ¿aproximadamente qué porcentaje tiene acceso a la sanidad pública?

- El 100 %

3- ¿Cuáles considera los avances médicos oncológicos más importantes practicados en la actualidad?

- Yo creo y así lo he repetido muchas veces que no hay un solo avance oncológico, si no que son un conjunto de avances que han hecho que los diferentes cánceres sean cada día más curables.

4- ¿Cuáles considera que son las líneas de investigación oncológica más prometedoras actualmente?

- De las líneas que todo el mundo piensa, posiblemente los avances en biología molecular, que permitirán conocer alteraciones concretas de diferentes tumores que conseguirán terapias más personalizadas; pero a mi entender debemos emplear más recursos en prevención, tanto primaria como secundaria, que se nos olvida. Por ejemplo, los canceres de colon son prevenibles tanto de forma primaria (diagnóstico de pólipos), como secundaria (diagnóstico precoz); y no tenemos instaurados programas de cribado, hay muchísimos más ejemplos.

5- ¿Qué elementos son los más importantes para una atención oncológica de calidad?

- La asistencia integral y acceso universal a ella con la máxima garantía de calidad, no se pueden universalizar los sistemas, pero en España, creo que hay una asistencia de calidad aunque aun debemos mejorar en prevención y en recursos para una mejor calidad en confort.

6- Actualmente, ¿En qué áreas se necesita trabajar más intensamente para mejorar la atención médica oncológica?

- Depende en que países, en algunos, que los traten de alguna forma, en otros que todo el mundo tenga acceso a la oncología, en otros que los tratamientos sean universales, etc., si la pregunta es en España, todo el mundo tiene acceso a todo tipo de tratamientos de forma universal y de forma totalmente gratuita, por tanto creo que en asistencia solo optimizar recursos, e insistir en prevención.

La OMS calcula un incremento del 50% de los casos de cáncer a nivel mundial en los próximos 20 años.

7- ¿Cómo piensa que se verá afectada la infraestructura médica oncológica actual, de resultar ciertas dichas estimaciones?

- En España no creo que haya problemas de asistencia para el tratamiento del cáncer en general y de los diferentes cánceres en particular

La OMS calcula un aumento de la tasa de mortalidad oncológica en un 45% a nivel mundial, entre 2007 y 2030; aún tomando en cuenta las ligeras reducciones de la misma que presentan algunos tipos de cáncer.

8- Cuáles considera que son los principales determinantes de los incrementos en la incidencia y mortalidad del cáncer a nivel mundial?

- Los datos están ahí, los diferentes factores de riesgo universalmente admitidos y sabidos, el tabaco, la dieta, la falta de ejercicio, etc.....

9- Qué áreas médicas y sociales se necesitan fortalecer para disminuir dichos incrementos?

- La prevención primaria, educación, para la salud

Referente a los cuidados paliativos:

10- ¿Cuáles son los retos más importantes que tiene España hacia el futuro en el campo de los cuidados paliativos?

- El gran problema de los cuidados paliativos, no es solo sanitario, si no de cambios sociales, que obligan a la sociedad a hacerse cargo de algo que antes hacían las familias. En ese sentido concienciar a la atención primaria que es un problema de todos, pero que ellos están especialmente implicados. Más formación a atención primaria y sobre todo más concienciación.

11- ¿Hay un modelo de atención en cuidados paliativos que muestre claras ventajas sobre lo demás?

- No creo, pienso que los modelos dependen del tipo de sociedad a la que sirvan. Posiblemente en el medio rural en España, deberíamos apoyar a la atención primaria con equipos móviles de soporte y en ciertos ámbitos urbanos es quizás más necesario el ingreso en ciertos hospitales de crónicos y/o asistencia domiciliarla de equipos de soporte pero no tanto médicos como de otro tipo.

12- ¿Cuál es el personal ideal para que funcione un programa de cuidados paliativos con la mejor calidad?

- Yo creo que no hay un personal concreto, sino que debe ser un equipo multidisciplinar y cambiante dependiendo de las necesidades de cada momento, pero sobre todo concienciado del problema e implicado

13- ¿Cuáles son los elementos que más influyen en un programa de cuidados paliativos con buena calidad?

- La concienciación y estar en estos equipos porque quiero y no como recurso

Acerca de la Sociedad Española de Oncología Médica:

14- ¿Cuáles son los retos más importantes que enfrentará la sociedad española de oncología médica en los próximos años?

- Definir el tipo de oncólogo médico que queremos

15- ¿Cuáles serán las principales líneas de acción de la SEOM en los próximos años?

- A mi entender, intentar un modelo de oncología médica, flexible, pero que no olvide que los oncólogos médicos, debemos ser los Médicos del enfermo con cáncer.

16- ¿Qué innovaciones en general habrá en las directrices de la sociedad española de oncología médica?

- Insistir en la línea anteriormente mencionada, debemos ser los referentes del enfermo con cáncer y esto extrapolarlo en las tres facetas de cualquier sociedad médica, docente, asistencial e investigadora.

17- ¿Qué importantes logros y metas piensa que son posibles de alcanzar durante su gestión como presidente de la SEOM?

- En dos años es muy difícil lograr hitos concretos, me conformo, con crear el ambiente para conseguir lo anteriormente referido.

18- ¿Cuáles serán sus principales propuestas a la sanidad pública como presidente de la SEOM?

1º.- Que en toda España haya una política oncológica común.

2º.- Que en todas las universidades la asignatura de oncología médica sea troncal e impartida por oncólogos.

3º.- Que los hospitales públicos, tengan los recursos necesarios para que la investigación trasnacional sea un hecho y no una quimera, para ello es necesario, que los clínicos tengan tiempo para pararse y pensar.

4º. Que desde el punto de vista asistencial, los oncólogos médicos sean el referente de la atención integral del enfermo con cáncer

Juan Jesús Cruz Hernández.

¡Muchas Gracias! Rodrigo Monterde

Anexo 4. Necesidades de cuidados paliativos en México.

Escenario Realista. Un médico y una enfermera para cada 200 pacientes.

Entidad Federativa	Personas Fallecidas de Cáncer	Personas que Necesitan Cuidados Paliativos	Médicos	Enfermeras	Total personal de Salud
Aguascalientes	666	533	2.7	2.7	5.3
Baja California	1,784	1427	7.1	7.1	14.3
Baja California Sur	401	321	1.6	1.6	3.2
Campeche	436	349	1.7	1.7	3.5
Coahuila	1,770	1416	7.1	7.1	14.2
Colima	408	326	1.6	1.6	3.3
Chiapas	2,358	1886	9.4	9.4	18.9
Chihuahua	2,353	1882	9.4	9.4	18.8
Distrito Federal	7,188	5750	28.8	28.8	57.5
Durango	1,035	828	4.1	4.1	8.3
Estado de México	7,145	5716	28.6	28.6	57.2
Guanajuato	2,788	2230	11.2	11.2	22.3
Guerrero	1,676	1341	6.7	6.7	13.4
Hidalgo	1,539	1231	6.2	6.2	12.3
Jalisco	4,858	3886	19.4	19.4	38.9
Michoacán	2,630	2104	10.5	10.5	21.0
Morelos	1,115	892	4.5	4.5	8.9
Nayarit	727	582	2.9	2.9	5.8
Nuevo León	2,974	2379	11.9	11.9	23.8
Oaxaca	2,132	1706	8.5	8.5	17.1
Puebla	2,972	2378	11.9	11.9	23.8
Querétaro	859	687	3.4	3.4	6.9
Quintana Roo	391	313	1.6	1.6	3.1
San Luis Potosí	1,569	1255	6.3	6.3	12.6
Sinaloa	1,911	1529	7.6	7.6	15.3
Sonora	1,904	1523	7.6	7.6	15.2
Tabasco	1,175	940	4.7	4.7	9.4
Tamaulipas	2,154	1723	8.6	8.6	17.2
Tlaxcala	593	474	2.4	2.4	4.7
Veracruz	5,279	4223	21.1	21.1	42.2
Yucatán	1,202	962	4.8	4.8	9.6
Zacatecas	923	738	3.7	3.7	7.4
Nacional	66915	53532	267.7	267.7	535.3

Escenario Conservador. Un médico y una enfermera para cada 100 pacientes.

Entidad Federativa	Personas Fallecidas de Cáncer	Personas que Necesitan Cuidados Paliativos	Médicos	Enfermeras	Total personal de Salud
Aguascalientes	666	533	5.3	5.3	10.7
Baja California	1,784	1427	14.3	14.3	28.5
Baja California Sur	401	321	3.2	3.2	6.4
Campeche	436	349	3.5	3.5	7.0
Coahuila	1,770	1416	14.2	14.2	28.3
Colima	408	326	3.3	3.3	6.5
Chiapas	2,358	1886	18.9	18.9	37.7
Chihuahua	2,353	1882	18.8	18.8	37.6
Distrito Federal	7,188	5750	57.5	57.5	115.0
Durango	1,035	828	8.3	8.3	16.6
Estado de México	7,145	5716	57.2	57.2	114.3
Guanajuato	2,788	2230	22.3	22.3	44.6
Guerrero	1,676	1341	13.4	13.4	26.8
Hidalgo	1,539	1231	12.3	12.3	24.6
Jalisco	4,858	3886	38.9	38.9	77.7
Michoacán	2,630	2104	21.0	21.0	42.1
Morelos	1,115	892	8.9	8.9	17.8
Nayarit	727	582	5.8	5.8	11.6
Nuevo León	2,974	2379	23.8	23.8	47.6
Oaxaca	2,132	1706	17.1	17.1	34.1
Puebla	2,972	2378	23.8	23.8	47.6
Querétaro	859	687	6.9	6.9	13.7
Quintana Roo	391	313	3.1	3.1	6.3
San Luis Potosí	1,569	1255	12.6	12.6	25.1
Sinaloa	1,911	1529	15.3	15.3	30.6
Sonora	1,904	1523	15.2	15.2	30.5
Tabasco	1,175	940	9.4	9.4	18.8
Tamaulipas	2,154	1723	17.2	17.2	34.5
Tlaxcala	593	474	4.7	4.7	9.5
Veracruz	5,279	4223	42.2	42.2	84.5
Yucatán	1,202	962	9.6	9.6	19.2
Zacatecas	923	738	7.4	7.4	14.8
Nacional	66915	53532	535.3	535.3	1070.6

Escenario Optimista. Un médico y una enfermera para cada 300 pacientes.

Entidad Federativa	Personas Fallecidas de Cáncer	Personas que Necesitan Cuidados Paliativos	Médicos	Enfermeras	Total personal de Salud
Aguascalientes	666	533	1.8	1.8	3.6
Baja California	1,784	1427	4.8	4.8	9.5
Baja California Sur	401	321	1.1	1.1	2.1
Campeche	436	349	1.2	1.2	2.3
Coahuila	1,770	1416	4.7	4.7	9.4
Colima	408	326	1.1	1.1	2.2
Chiapas	2,358	1886	6.3	6.3	12.6
Chihuahua	2,353	1882	6.3	6.3	12.5
Distrito Federal	7,188	5750	19.2	19.2	38.3
Durango	1,035	828	2.8	2.8	5.5
Estado de México	7,145	5716	19.1	19.1	38.1
Guanajuato	2,788	2230	7.4	7.4	14.9
Guerrero	1,676	1341	4.5	4.5	8.9
Hidalgo	1,539	1231	4.1	4.1	8.2
Jalisco	4,858	3886	13.0	13.0	25.9
Michoacán	2,630	2104	7.0	7.0	14.0
Morelos	1,115	892	3.0	3.0	5.9
Nayarit	727	582	1.9	1.9	3.9
Nuevo León	2,974	2379	7.9	7.9	15.9
Oaxaca	2,132	1706	5.7	5.7	11.4
Puebla	2,972	2378	7.9	7.9	15.9
Querétaro	859	687	2.3	2.3	4.6
Quintana Roo	391	313	1.0	1.0	2.1
San Luis Potosí	1,569	1255	4.2	4.2	8.4
Sinaloa	1,911	1529	5.1	5.1	10.2
Sonora	1,904	1523	5.1	5.1	10.2
Tabasco	1,175	940	3.1	3.1	6.3
Tamaulipas	2,154	1723	5.7	5.7	11.5
Tlaxcala	593	474	1.6	1.6	3.2
Veracruz	5,279	4223	14.1	14.1	28.2
Yucatán	1,202	962	3.2	3.2	6.4
Zacatecas	923	738	2.5	2.5	4.9
Nacional	66915	53532	178.4	178.4	356.9

Las tablas anteriores muestran el número de personas que necesitan cuidados paliativos en México por entidad federativa. Se han creado tres escenarios posibles, uno optimista, uno realista, y uno conservador, intentando simular las posibles dificultades geográficas y poblacionales que pueden encontrar los equipos de cuidados paliativos al formarse y operar. Obviamente existen más escenarios intermedios entre los tres plasmados en este documento, sin embargo estos tienen utilidad como guía en la logística de los equipos paliativistas, pues se han utilizado las cifras más recientes disponibles del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), y la fórmula que para tal efecto recomienda la Organización Mundial de la Salud.

Anexo 5. Marco normativo mexicano.

Con la finalidad que el presente documento tenga una mayor utilidad, se ha decidido agregar el marco normativo más actual en nuestro país. La intención es adquirir conciencia de la situación evolutiva en lo que a leyes respecta, comparativamente con una legislación europea en lo concerniente a los cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos en México cuentan recientemente con una legislación específica, se trata de la reforma al artículo 184 de la ley general de salud. Sin duda es un pequeño paso e importante, pero insuficiente, pues en dicho artículo están considerados como *acción extraordinaria en materia de salubridad general*; mientras que en la española es una *prestación básica en atención primaria y especializada*.

Como ya se ha mencionado, la legislación que se refiere específicamente a los cuidados paliativos es poca, pero si existen numerosos artículos generales bastante concernientes al tema que nos ocupa, sobre todo si se les interpreta en cierto sentido, el de los derechos de los pacientes en fase terminal.

Se enlistan a continuación de general a particular, y se hacen breves comentarios sobre algunos de ellos, sólo con la pretensión de ir más allá de la simple transcripción de legislaciones y con el afán de generar cierta discusión con el lector:

Constitución Política Mexicana.

Ley suprema de los Estados Unidos Mexicanos, famosa internacionalmente por ser la creadora de los juicios de amparo; y ser la primera en el mundo en introducir las garantías sociales a través de los artículos 3°, 27°, y 123°, concernientes a la educación, la tierra y propiedad, y el trabajo respectivamente¹³⁴. Tales innovaciones, sirvieron de fuente de inspiración para otras legislaciones, entre ellas, la de Weimar, Alemania.

El Artículo 4º Constitucional en su tercer párrafo dice:Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Se considera que es la base de la que emanan todas las demás leyes y disposiciones en materia de salud. Estrictamente, el derecho a la salud en México es una garantía individual, es decir, la propia ley establece la participación del estado, y este último responde de acuerdo a sus posibilidades; sin embargo, en el mismo artículo 4º, queda asentado que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, situación que lo refiere como garantía social. De ahí que haya suscitado controversias en los casos médicos legales, e intentos de reforma.

Ley General de Salud.

Especial mención merece el artículo 3º, ya que es materia de salubridad general: la atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables, fracc II; la protección social en salud, fracc. II bis; la organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud; fracc. IX; la prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes, fracc. XVIII; la prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos, fracc. XIX; y la asistencia social, fracc. XX.

Todas ellas, son las fracciones aplicables a los pacientes con enfermedades terminales que requieren cuidados paliativos, porque es un grupo grande numéricamente, y lo será más en el futuro, tiene condiciones de vulnerabilidad, necesitan protección social, y por supuesto, prevención y rehabilitación. Este artículo, sin lugar a dudas, debe de ser una de las partes medulares de cualquier exigencia a las autoridades de salud.

Dentro de los objetivos del sistema nacional de salud, artículo 6º, fracc. I, de la misma ley, está el proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos; atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas. La fracción III, del mismo artículo, establece que también es un objetivo, el colaborar con el bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social.

Instituciones internacionales como la OMS y la ONU, coinciden en que el cáncer y los cuidados paliativos, son ya actualmente un problema sanitario prioritario, también señalan su agudización en los países en desarrollo¹³⁵. Al hacer coincidir estas declaraciones con el presente artículo, se insinúa una especie de advertencia, acerca de la importancia de la correcta aplicación de estas fracciones en los programas dirigidos a la atención del cáncer.

Son importantes, dentro del marco de los cuidados paliativos, los artículos 23 y 24 de la ley general de salud, título tercero, puesto que en ellos se define y clasifica a los servicios de salud (de atención médica, salud pública y asistencia social), los tres son concernientes a los pacientes en fase terminal. El artículo 25 es más específico, porque garantiza la extensión cuantitativa y cualitativa de dichos servicios, dando preferencia a los grupos vulnerables.

Reglamentos y trámites para el manejo de opioides.

No es posible pensar en un buen manejo del dolor por parte de un equipo de cuidados paliativos sin este grupo de medicamentos; simplemente porque la mayoría de los enfermos terminales con cáncer los requiere. Sus disposiciones legales están en la LGS, título decimo segundo, control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación, capítulo VI, sustancias psicotrópicas.

Ley de voluntad anticipada.

Aunque fue pensada y diseñada con otras finalidades, es de las referencias más cercanas en lo que a los cuidados paliativos respecta. A grandes rasgos, se trata de una legislación que pretende regular el deseo, o la voluntad de no someterse a tratamientos que prolonguen innecesariamente la vida, es decir, evitar el llamado encarnizamiento terapéutico. Es de voluntad anticipada, sencillamente porque mucha gente en los días cercanos a su muerte, es precisamente lo que pierde, la capacidad para decidir sobre su propio cuerpo.

El artículo 2° nos acerca un poco a los medios paliativistas, al no permitir, ni facultar bajo ninguna circunstancia la eutanasia (el acortamiento intencional de la vida con el propósito de evitar sufrimientos). También deja claro, que la aplicación de sus disposiciones son solamente en materia de ortotanasia (el modo correcto de morir,

sin acortar o prolongar la vida). Ese es el punto de intersección con los cuidados paliativos, puesto que la ortotanasia es uno de sus objetivos.

El artículo 3° nos brinda una serie de definiciones que se usan de manera regular en el contexto médico-legal, tales como documento de voluntad anticipada y enfermo terminal; también está incluida la de los cuidados paliativos, y por su importancia se transcribe a continuación: es el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo e incluyen el dolor y otros síntomas; así como la atención psicológica del paciente.

Esta definición se percibe completamente médica, ya que no aborda la esfera de atención social y espiritual que necesitan los pacientes; lo que si hacen las definiciones de organizaciones internacionales. Por lo tanto, aunque es buena, parece poco evolucionada e insuficiente.

La definición de sedación controlada, es la que se piensa, contiene cierto grado de incongruencia con la propia ley, por las siguientes razones: la fracción XVIII dice textualmente: sedación controlada es la aplicación de fármacos para lograr el alivio de un sufrimiento en un paciente terminal, con su consentimiento explícito, implícito o delegado, sin provocar la muerte de manera intencional.

Ahora bien, si se trata de una sedación en los últimos dos o tres días de vida del paciente, entonces se le denomina sedación terminal (sólo cambia por el momento de aplicación). Las interrogantes son las siguientes: ¿por qué es necesario firmar un documento ante notario? (el de voluntad anticipada), y pagar por él; nombrar representantes; y todavía tener que manifestar lo que se quiere disponer con los propios órganos; si con el simple consentimiento implícito o delegado, del propio paciente, es suficiente para evitar la obstinación terapéutica mediante la sedación controlada que está validada por la misma ley.

Cabe resaltar, que cuando un equipo de cuidados paliativos interviene en el proceso, esa es una cuestión que usualmente queda resuelta, porque es el paliativista, y el propio paciente, quienes buscan un momento adecuado de expresión para manifestar todas las inquietudes concernientes a los últimos momentos de vida. Como se trata de un proceso guiado, consciente e informado, no suele haber

conflictos de ninguna naturaleza, porque todos los implicados tuvieron conocimiento de las situaciones por ocurrir, y eligieron libremente sus mejores opciones.

El capítulo segundo, el de los requisitos del documento, que comprende los artículos del 7° al 35°, enuncia todas las características y formalidades que debe contener, los pormenores y situaciones especiales que se pueden presentar; quiénes pueden firmarlo, a quién hay que notificar, quiénes pueden ser representantes y sus obligaciones, los testigos y demás.

Como casi toda ley, tiene las intenciones de proteger derechos y prevenir abusos; sin embargo, este capítulo genera la fuerte sensación de que será para el enfermo y su familia, uno más de los muchos trámites y procedimientos que tendrá que realizar y pagar, sólo para ejercer lo que es un derecho universal, el de morir dignamente. Dicho de otra manera: ¿Qué no es obligación del gobierno y de los médicos proporcionar una muerte digna, sin sufrimiento, a todo ser humano? ¿Por qué hay que pagar para hacer cumplir al gobierno y a los médicos lo que es su obligación? ¿Por qué tiene que mediar la compra de un documento, firmado ante notario con testigos y representantes, sólo para evitar la obstinación terapéutica? ¿Acaso la cultura médica del bien morir es tan baja, que los enfermos se ven obligados a proteger sus derechos mediante la ley?

Para tener elementos de juicio que contesten correctamente a estas interrogantes, más las que el lector haya generado, se describen algunos puntos que el paciente, cualquiera de nosotros, tendrá que cumplir, (considérese que la persona ha perdido, o está perdiendo su vida laboral y social, que seguramente ya ha realizado muchos trámites, que tiene dolencias y sus capacidades físicas han disminuido, y que tiene una expectativa de vida igual o menor a seis meses):

- 1- Conseguir-solicitar el formato de voluntad anticipada (el oficial, bajo pena de nulidad con cualquier otro).
- 2- Conseguir testigos y representantes adecuados (no cualquiera sirve).
- 3- Manifestar (obligatoriamente) la disposición de sus órganos.

- 4- Si el paciente quiere donar sus órganos, hay que conseguir y llenar otro formato oficial.
- 5- Asistir en un solo acto, a la lectura en voz alta de su voluntad anticipada, con testigos y representantes.
- 6- Pagar los honorarios del notario (no fijados ni especificados en la ley).
- 7- Entregar el documento al personal de salud (para que tenga conocimiento y se integre al expediente clínico).
- 8- Todavía, el paciente tiene que pedir a los médicos que se cumplan las disposiciones de la ley para que esta tenga efecto (art. 40).
- 9- Si los familiares, la institución, o los médicos, (todos los implicados, menos el paciente), objetan alguna cuestión sobre el contenido de la voluntad anticipada, se suspende la aplicación del documento hasta que un juez o autoridad lo revalide, (art 32 del reglamento). Considere que esto puede suceder estando el paciente inconsciente o imposibilitado.

Entonces: ¿para qué firmó el paciente, con anticipación, ante notario, testigos y representantes un documento que expresa su voluntad para los últimos días de su vida, y con la intención de hacerlo respetar por medio de ley? si casi cualquiera puede suspenderlo sólo con objetar ¿Para qué tantos requisitos y formalidades que den autenticidad al documento? si una simple controversia, estando el paciente inconsciente, es suficiente para poner en tela de juicio sus disposiciones

Si el paciente no sabe leer ni escribir, o no habla español, o se encuentra en algún estado que le impida asistir a la lectura de su voluntad, los trámites y requisitos son bastantes más.

Por si fuera poco, el paciente tiene que esperar que la coordinación especializada de aviso de su voluntad al ministerio público y al personal de salud; en algunas situaciones especiales, también hay que concertar la participación del representante legal; y en otras circunstancias, tiene que mediar la calificación de un juez en una segunda audiencia con los interesados, y nuevamente con el ministerio público.

Todos estos puntos, seguramente son requisitos importantes para algunos casos, pero para la mayoría de los enfermos resultarán poco prácticos.

No se ponen en duda las buenas intenciones de la ley: evitar la obstinación terapéutica, regular la negativa de los pacientes a tratamientos innecesarios, y proteger el derecho a una muerte digna para todo habitante del Distrito Federal. Sin embargo, la opinión que resulta de analizar todos los artículos de la ley y su reglamento, es la siguiente:

Que al pretender contemplar todas y cada una de las situaciones que pudieran darse, quedan algunos vacíos legales como los anteriormente propuestos. Parece también, que el único medio que tiene el paciente para evitar sufrir, es documentar su negativa, no sin antes avanzar por una red de trámites por los cuales hay que pagar y esperar. De ser ciertas estas percepciones, se está lejos aún de brindar una muerte digna a todo ser humano en nuestro país; y también hay alguna distancia para anteponer el bienestar de los enfermos a la burocracia.

El buen comienzo de esta ley en el 2007, debe de continuar con una madurez y auto perfección, que se traduzca en un trámite expedito para los enfermos terminales.

El pensamiento ideal, es considerar a la muerte sin sufrimiento como un bien común, un beneficio social aplicable a toda persona, independientemente si lo manifestó por anticipado o no, con notario o sin él. Y no una simple opción para ejercer.

Tiene que ser una obligación para el gobierno, médicos y familiares, proporcionar bienestar en los últimos días de vida de todo mexicano; con un proceso de agonía no más allá de lo estrictamente necesario en términos de tiempo, y bastante más en términos de calidad.

Y lo que no tiene que ser, es quedarse en una simple petición legalizada de los enfermos terminales hacia sus médicos, que casi cualquiera pueda objetar y suspender.

Probablemente, uno de los artículos más importantes para los cuidados paliativos que se puede encontrar en esta ley, es el 42° párrafo 3, pues con este es posible exigir a la secretaría de salud el brindar atención domiciliaria, dice así: La secretaría

en el ámbito de sus atribuciones y posibilidades financieras, ofrecerá atención médica domiciliaria a enfermos en etapa terminal, de conformidad con los lineamientos que para tal efecto emita en los términos de la presente ley.

Afortunadamente, ya está contemplada la atención domiciliaria en la ley. Lamentablemente, es dentro de las posibilidades financieras de una secretaría en un país en vías de desarrollo.

Código civil federal.

Se considera de suma importancia, especialmente para los cuidados paliativos privados, conocer los siguientes títulos y capítulos, ya que la atención médica es un contrato de prestación de servicios profesionales, regido por sus disposiciones y aplicables en todo el territorio nacional. Para no realizar una transcripción ociosa, se presenta una lista de lo que se considera imprescindible consultar respecto de los cuidados paliativos:

Libro primero, título noveno: especifica los pormenores de las tutelas y estados de interdicción.

Los artículos 486 y 489, determinan la tutela de los hijos, y la del cónyuge declarado en estado de interdicción.

Las obligaciones del tutor están contenidas en el artículo 537; y la nulidad de los actos administrativos a falta de un tutor legal en el 635.

Libro cuarto, primera parte, título primero al quinto, todo lo relativo al consentimiento y obligaciones de los contratos:

En el artículo 1792 y en el 1798, lo que es un convenio, y quienes son hábiles para contratar, respectivamente.

La forma de contratar, los objetos de los mismos, sus características y cualidades en los artículos 1800, 1824, 1825 y 1827.

La definición de daño moral es posible consultarla en el art. 1916.

En el 2027 y 2028, se encuentran las cuestiones a las que quedan sujetos el acreedor y el obligado en un contrato.

Libro cuarto, segunda parte, título décimo, capítulo II: especifica el contrato de prestación de servicios profesionales.

Título decimoprimer, capítulo I al V: lo relativo a las asociaciones y sociedades.

Ley Federal del Trabajo.

Se trata de la ley que regula las relaciones entre trabajadores y patrones. Resalta el artículo 20, porque establece y define lo que se entiende por relación laboral en México, y aclara que el trabajo subordinado mediante el pago de un salario, produce los mismos efectos legales que un contrato individual laboral. Es decir, la firma de un contrato, no es necesaria para obtener derechos y obligaciones, sólo lo es la subordinación y el pago.

Teniendo en cuenta que el equipo de cuidados paliativos está compuesto mayoritariamente por profesionistas, es importante tomar en consideración lo siguiente: Cuando un profesionista presta sus servicios de manera retribuida, pero además subordinada, (recibiendo órdenes en forma y tiempo), la relación civil adquiere naturaleza laboral, aunque el contrato se denomine de otra forma¹³⁶. Dicho en términos sencillos, la ley cambia sólo por recibir órdenes y retribuciones.

No se debe pasar por alto que diversos tipos de cáncer, están contemplados como enfermedades laborales, es decir, consecuencia directa del trabajo (art. 513). Y que en el artículo 514 hay una tabla de valuación para calcular incapacidades permanentes, situación frecuente en los enfermos terminales.

Ley de profesiones.

Es la legislación a la que se sujetan los profesionistas en primera instancia. Determina lo que es el ejercicio profesional y lo que se requiere para hacerlo; los trámites e instituciones expedidoras de títulos; y las infracciones y sanciones para quienes lo ejerzan inadecuadamente. Cabe destacar que tiene efectos legales, el simple hecho de ostentarse como profesionista por cualquier medio (tarjetas, placas, anuncios, etc.). art. 24.

No menos importante es el artículo 35, determina que los profesionistas no pueden cobrar, además de tener que pagar daños y perjuicios, si ejecutan mal su profesión.

Normas oficiales mexicanas (NOM).

Lamentablemente todavía no existe en México, una norma oficial aprobada sobre cuidados paliativos; lo más cercano a ello es el proyecto de norma oficial mexicana: proy-nom-011-ssa3-2007, criterios para la atención de enfermos en fase terminal a través de cuidados paliativos.

Se enlistan a continuación las NOM que tienen relación con los cuidados paliativos:

NOM-040-SSA2-2004. En materia de información en salud.

NOM-233-SSA1-2003. Requisitos arquitectónicos en establecimientos médicos de atención ambulatoria.

NOM-206-SSA1-2002. Regulación de los servicios de urgencias.

NOM-197-SSA1-2000. Requisitos para consultorios especializados y hospitales.

NOM-028-SSA2-1999. Sobre las adicciones.

NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.

NOM-178-SSA1-1998, Requisitos para establecimientos de pacientes ambulatorios.

NOM-170-SSA1-1998. Para la práctica de anestesiología.

NOM-172-SSA1-1998. Sobre acupuntura y métodos relacionados.

NOM-173-SSA1-1998. Para la atención integral a personas con discapacidad.

NOM-167-SSA1-1997. Servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.

NOM-001-SSA2-1993. Requisitos arquitectónicos en establecimientos de atención médica.

Nueva legislación específica.

El cinco de Enero de 2009, se reformó el artículo 184 de la ley general de salud, y se adicionó el 166 Bis que contiene la ley en materia de cuidados paliativos. La reforma al artículo 184 sólo consiste en un cambio de palabras, pero es muy importante. El artículo actual dice así: La acción extraordinaria en materia de salubridad general será ejercida por la secretaría de salud, la que deberá integrar y mantener

permanentemente capacitadas y actualizadas brigadas especiales que actuarán bajo su dirección.....

El artículo anterior decía así:la que podrá integrar brigadas especiales que actuarán bajo su dirección.....

Por lo tanto, se cambió lo que era una posibilidad, por lo que ahora es un deber.

Otras modificaciones, es que ahora el tratamiento del dolor es una fracción independiente del artículo 3° de la misma ley. A la fracción III del artículo 27°, se le agregaron las palabras paliativas, con lo que ahora son considerados atención médica integral. Con el artículo 59° se promueve el apoyo y constitución de grupos paliativistas. Y en el 112°, ahora son objeto de la promoción a la salud dichos cuidados.

Finalmente, en el título octavo bis, del artículo 166 bis hasta el 166 bis 21, es posible consultar los objetivos del propio título; las definiciones concernientes a los enfermos terminales; los derechos de estos últimos; las facultades y obligaciones de las instituciones de salud; y los derechos, facultades y obligaciones del personal sanitario.

La tabla 35, en el capítulo de resultados, contrasta las principales diferencias entre la legislación mexicana y la española; también se pueden consultar algunas conclusiones y recomendaciones en sus respectivos apartados.