

**ATENCIÓN
A LOS
CUIDADOS PALIATIVOS**

ANDALUCIA

La Estrategia de Cuidados Paliativos en Andalucía se enmarca en el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008-2012(PACPA), el cual define e integra el conjunto de actuaciones a realizar con el fin de proporcionar una atención integral y garantizar la mejor respuesta a las necesidades tanto físicas, como emocionales y sociales y espirituales que presentan las personas que se hallan en una situación terminal, así como a sus familiares, procurándoles el máximo grado de bienestar y calidad de vida posibles.

Para el desarrollo de la Estrategia de Cuidados Paliativos es conveniente, en un primer momento, definir el marco conceptual sobre los recursos asistenciales en la atención a los cuidados paliativos. Así, los recursos asistenciales pueden denominarse: Recursos Convencionales de Cuidados Paliativos, los cuales están constituidos por los profesionales de Atención Primaria y de Atención Hospitalaria tanto ambulatoria, como de hospitalización, con competencias que respondan a la formación básica, y los Recursos Avanzados de Cuidados Paliativos constituidos por equipos multidisciplinares e integrados por profesionales, que dan respuesta a la alta complejidad de los pacientes, con competencias que respondan a la formación avanzada.

Los Recursos avanzados de Cuidados Paliativos, se constituyen en:

- **Unidad de Cuidados Paliativos (UCP):** Dispone de camas de hospitalización para pacientes en situación terminal con alta complejidad definida. Están ubicadas en hospitales de 1er-2º nivel o dependen funcionalmente de ellos y dan soporte a los pacientes en situación terminal, con alta complejidad definida
- **Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP):** Dispone de espacio físico, sin camas propias y pueden estar ubicados en hospitales de cualquier nivel. Estos ESCP además, pueden ser:
 - o Domiciliarios (ESCPD), que dan soporte en el entorno domiciliario
 - o Mixtos (ESCPM), que dan soporte tanto, al ámbito domiciliario como hospitalario. En los hospitales que disponen de UCP, ésta será la encargada del soporte hospitalario.

Están constituidos por diferentes números de profesionales sanitarios en función de la densidad de población asistida y dispersión geográfica.

En el marco del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos con el objeto de garantizar una atención de calidad, se plantean las siguientes necesidades relativas a la red asistencial en la atención de cuidados paliativos en el sistema sanitario público:

- En todos los hospitales de 1º y 2º nivel es preciso disponer de una UCP así como de ESCP domiciliarios, ambos integrados eficazmente, para garantizar la coordinación y continuidad asistencial. En estos casos, la UCP actuará como soporte a los pacientes en situación terminal de alta complejidad hospitalizados en cualquier servicio de estos hospitales.
- Para los hospitales de 3º y 4º nivel se valora la necesidad de ESCP mixtos que den soporte a los pacientes en situación terminal de alta complejidad hospitalizados en cualquier servicio de estos hospitales, y a los pacientes de las mismas características que están en su domicilio.

En el año 2007 se actualizó el Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos que incorporó los pacientes en situación terminal de enfermedad no oncológica

siguiendo las recomendaciones de la Estrategia Nacional. Define el modelo de atención compartida entre la atención Primaria, la Hospitalaria, los recursos avanzados de Cuidados Paliativos (equipos de soporte domiciliarios y UCP) y los dispositivos de Urgencias basado en la complejidad del paciente y su familia.

Se establecieron diferentes niveles de complejidad y se concretaron los elementos que los definían y se determinaron los criterios de intervención de los recursos avanzados de Cuidados Paliativos.

Para cada área sanitaria existe una Comisión de Área cuyas funciones son:

- Asegurar la implantación del Proceso de Cuidados Paliativos del Área correspondiente.
- Asegurar la coordinación entre los recursos convencionales, específicos y la atención de urgencias.
- Gestionar, en situaciones concretas, los casos de alta complejidad con los distintos equipos o servicios implicados.
- Generar un registro de pacientes en situación terminal del área.
- Conocer la cobertura asistencial de CP en el Área.
- Efectuar el seguimiento y desarrollo permanente de la implantación y, en su caso proponer o establecer, las medidas correctoras correspondientes a nivel del área.
- Determinar la necesidad de formación en cuidados paliativos y las áreas deficitarias dentro de la misma.

Se definen las características de calidad de las actuaciones de los diferentes recursos y establece indicadores de evaluación para la mejora continua.

RECURSOS HUMANOS

Recursos humanos básicos:

- Equipos multidisciplinares constituidos por médicos y enfermeras, para la atención de adultos o en su caso, población pediátrica
- Equipo rehabilitador (rehabilitador, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional).

Otros:

- Trabajador social
- Psicólogo clínico

Nº DE DISPOSITIVOS

Provincia	UCP Recursos propios	ESCPD		ESCPM	
		Propios	Concertados	Propios	Concertados
Almería	1 12 camas	-	2	-	-
Cádiz	4 62 camas	2	-	1	-
Córdoba	1 (Pendiente de creación)	-	2	2	1
Granada	2 25 camas	-	1	3	2
Huelva	1 21 camas	2	-	1	-
Jaén	1 14 camas	1	-	2	-
Málaga	2 18 camas	1	-	3	4
Sevilla	4 80 camas	3	-	1	-

- UCP: Unidad de Cuidados Paliativos

- ESCPD: Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Domiciliarios

- ESCPM: Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Mixtos

Año 2009

ARAGÓN

El “Programa de atención a enfermos crónicos dependientes” del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón describe los tipos de pacientes a los que se orienta el programa, la cartera de servicios, los proveedores y los dispositivos que prestan los cuidados.

En Febrero de 2009 se aprueba y presenta el “Programa de Cuidados Paliativos de Aragón”.

Los cuidados paliativos para fase Terminal (domiciliarios o con internamiento) forman parte de la cartera de servicios y son prestados bien en el domicilio por los **equipos de atención primaria** y por los **equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD)**, si lo solicitan, o bien en las **unidades de hospitalización de los hospitales de convalecencia** si es preciso el internamiento del paciente.

RECURSOS HUMANOS

Composición básica de recursos humanos:

- Médico
- Enfermero
- Auxiliar de enfermería

Otros:

- Trabajador social
- Auxiliar administrativo

DISPOSITIVO	Médico		Enfermería	Auxiliar Enfermería	Trabajador Social T. parcial
	Tiempo Total	Tiempo parcial			
ESAD	10	-	10	1	-
HC	1	2	12	16	2

- ESAD: Equipo de soporte de Atención Domiciliaria
- HC: Unidad de Hospitalización de Convalecencia

Año 2009

DISPOSITIVOS

DISPOSITIVO	Tipo de recurso		Ámbito de actuación	Cobertura de población TSI
	Propios	Concertados		
ESAD	3	5	Domiciliario	100%
HC	4 / 191 camas	1 / 168 camas	Hospitalario	100%

Año 2009

Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)

Dependen de la Gerencia de Atención Primaria y están integrados en la Atención Primaria del Sector. 3 equipos son propios del Sistema de Salud de Aragón o de entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro mediante el establecimiento de convenios singulares. Y 5 están conveniados con la Orden del Hospital San Juan de Dios.

- Perfil de los profesionales del equipo que forman el ESAD:
 - Médico de familia con experiencia en la valoración y manejo de pacientes terminales, crónicos con enfermedad avanzada e inmovilizados complejos. Habilidades para el trabajo en equipo y transmisión de conocimiento.

- Enfermero comunitario con experiencia en valoración de necesidades, manejo de diagnósticos enfermeros y prestación de cuidados a domicilio de pacientes terminales, crónicos en estadios avanzados e inmovilizados complejos. Habilidades para el trabajo en equipo y transmisión de conocimiento.
- Auxiliar de enfermería (en uno de los ESAD) con experiencia en manejo de pacientes terminales, crónicos en estadios avanzados e inmovilizados complejos. Habilidades para el trabajo en equipo y transmisión de conocimientos.
- Apoyo administrativo necesario con experiencia en el manejo de aplicaciones informáticas básicas y el mantenimiento de sistemas de registro y archivo. Habilidades para el trabajo en equipo.
- Recursos materiales:
 - Unidad funcional situada en un centro de salud del Sector, tanto para los propios como para los conveniados, compuesta por un despacho administrativo, despacho para el personal sanitario y almacén.
 - Material sanitario preciso para la atención domiciliaria.
 - Dotación de material de oficina, informático y de comunicación.
 - Otros recursos compartidos con el centro de salud (biblioteca, sala de reuniones, etc).
 - Medio de transporte.
- Funciones básicas:
 - Valoración de la situación del paciente domiciliario y con la información contenida en la historia clínica propondrá al EAP un plan de actuación que incluya las medidas terapéuticas, cuidados y la planificación del seguimiento del paciente y cuidador.
 - Apoyo al EAP, a través de servicios asistenciales al paciente domiciliario inmovilizado y/o con enfermedad terminal y a través de actividades formativas con el EAP.
 - **Tipos de pacientes:** los diagnósticos médicos de los pacientes potenciales se identifican con las siguientes fases de enfermedad:
 - Fase de condición crónica avanzada, limitación funcional y/o inmovilizados complejos
 - Fase terminal de la enfermedad de paciente oncológico Terminal y paciente con patología crónica Terminal no oncológico.
 - Pacientes que, independientemente del problema de salud que lo origina, presentan una dificultad importante para desplazarse, con una duración previsiblemente superior a dos meses, en los que el EAP considera necesario el apoyo en la atención domiciliaria
 - **Los tipos de cuidados** en los que intervienen los ESAD son:
 - Cuidados de mantenimiento crónico.
 - Cuidados paliativos sin internamiento.

Unidad de hospitalización de convalecencia (HC)

Funciones básicas:

- Prestación de cuidados paliativos con internamiento.
- Las camas de cuidados paliativos se encuentran integradas en unidades de hospitalización donde además se prestan otros tipos de cuidados. No obstante, se dispone de camas identificadas para pacientes de paliativos 8 en el Hospital San José de Teruel y 4 en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca.

PRINCIPADO DE ASTURIAS

La Comunidad Autónoma del Principado de Asturias acaba de publicar en el mes de abril de 2009 su Estrategia de Cuidados Paliativos para Asturias, que completará la implantación de Equipos y Unidades a lo largo de 2009 y 2010.

Las Unidades o dispositivos con los que se cuenta a lo largo de 2008 dependen orgánica y funcionalmente de las Gerencias de Atención Primaria o Especializada correspondientes.

RECURSOS HUMANOS

Composición básica de recursos humanos:

- Medicina
- Enfermería
- Auxiliar de enfermería
- Auxiliar Administrativo

Otros:

- Psicólogo
- Trabajador Social
- Fisioterapeuta

DISPOSITIVO	Medicina		Enferm.	Aux. Enf.	Psicología		Trabajador Social		Aux. Administrativo		Fisiot. T.
	T. Total	T. Parcial	Tiempo Total	Tiempo Total	T. Total	T. Parcial	T. Total	T. Parcial	T. Total	T. Parcial	Parcial
ESAD	2	-	2	1	-	-	-	1	1	-	-
UHD	3	-	4	1	-	1	-	1	-	1	-
UDCP	1	-	1	-	1	-	1	-	-	1	-
UCP	4	2	24	32	1	1	1	2	-	3	2

- ESAD: Equipo de Soporte de Atención Primaria
- UHD: Unidad de Hospitalización a Domicilio
- UDCP: Unidad Domiciliarios de Cuidados Paliativos
- UCP: Unidad de Cuidados Paliativos

Año 2009

TIPOS DE DISPOSITIVOS

DISPOSITIVO	Recurso		Ámbito de actuación		Cobertura de la población TSI
	Propio	Concertado	Domiciliario	Hospitalario	
ESAD	1	-	1	-	300.889 Hab.
UHD	1	-	1	-	300.889 Hab.
UDCP	-	1	1	-	221.719 Hab.
UCP	2	1	-	3 51 camas	714.018 Hab.

Año 2009

Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)

Funciones básicas:

- Apoyar a los Equipos de Atención Primaria en situaciones específicas de atención domiciliaria en Cuidados Paliativos
- Participar en actividades formativas en Cuidados Paliativos
- Investigación en Cuidados Paliativos
- Coordinación con Atención Primaria y Atención Especializada

Unidad de Hospitalización a Domicilio

Funciones básicas:

- Atención domiciliaria en Cuidados Paliativos
- Docencia en Cuidados Paliativos

- Investigación en Cuidados Paliativos
- Coordinación con Atención Primaria

Unidad Domiciliaria de Cuidados Paliativos-AECC

Funciones básicas:

- Atención domiciliaria en Cuidados Paliativos Oncológicos
- Docencia en Cuidados Paliativos
- Investigación en Cuidados Paliativos
- Coordinación con Atención Especializada Oncológica

Unidad de Cuidados Paliativos (UCP)

Funciones básicas:

- Atención Hospitalaria en Cuidados Paliativos.
- Consultas Externas en Cuidados Paliativos
- Docencia en Cuidados Paliativos
- Investigación en Cuidados Paliativos
- Coordinación con Atención Primaria

ISLAS BALEARES

En la Comunidad de las Islas Baleares, se dispone desde hace unos años de equipos y unidades que ofrecen sus servicios a pacientes con necesidades de cuidados paliativos, además del soporte de las unidades de Oncología ubicadas en los diferentes hospitales y de los profesionales de Atención Primaria.

RECURSOS HUMANOS

Composición básica de recursos humanos:

- Medicina
- Psicología
- Enfermería

Otros:

- Auxiliar de enfermería
- Trabajador social

DISPOSITIVO	Medicina	Enfermería	Aux. Enfermería	Psicología	Trabajo Social	Terapeuta del Dolor
ESAD	7	7	-	3	-	1
UCP	5	20	18	2	2	-

- ESAD: Equipo de soporte de Atención Domiciliaria
- UCP: Unidad de Cuidados Paliativos

Año 2009

TIPOS DE DISPOSITIVOS

DISPOSITIVO	Recurso		Ámbito de actuación	
	Propio	Concertado	Domiciliario	Hospitalario
ESAD	3	-	3	-
UCP	-	2 36 camas	-	2

Año 2009

Unidades de Cuidados Paliativos (UCP)

- Funciones básicas:
 - Son equipos multidisciplinares encargados de dar servicio a la atención hospitalaria.
 - Programa de voluntariado
 - El objetivo de atención son las personas en el último periodo de la enfermedad oncológica y sus familiares a cualquier nivel de atención (ambulatoria y hospitalaria) que el paciente necesite.

Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)

- Cobertura de la población de todo el territorio de las Illes.
- Funciones básicas:
 - Apoyo y asesoría a los profesionales de atención primaria para la atención domiciliaria de pacientes terminales oncológicos o no, y/o con limitación funcional y/o inmovilizados complejos.
 - Intervención asistencial directa en los casos necesarios de acuerdo con el profesional de atención primaria.
 - Información y educación sanitaria de los pacientes que sean objeto de este programa, así como de los cuidadores o familiares que los atiendan.
 - Corresponsabilidad con la información clínica de atención primaria del paciente junto con el médico de familia, que continuará siendo el responsable de la atención sociosanitaria domiciliaria del paciente.
 - Corresponsabilidad con la información clínica de atención sociosanitaria del paciente junto con el médico responsable del centro, que continuará siendo el responsable de la atención sanitaria mientras el paciente continúe ingresado.
 - Las labores de docencia e investigación acordes con el desarrollo de sus actividades.
 - La cumplimentación y tramitación de los documentos oficiales que se deriven de la asistencia sanitaria prestada.
 - Labores de docencia específicas para los profesionales de atención primaria y formación.
 - Labores de docencia específicas para los profesionales de los centros sociosanitarios.
 - Colaboración con la atención a los pacientes ingresados en centros sociosanitarios.
 - Valoración integral de pacientes y gestión de camas y recursos en la Comunidad.
 - Todas aquellas que sean acordadas por criterios de planificación sanitaria.

CANARIAS

DESCRIPCIÓN ORGANIZATIVA GENERAL

ATENCIÓN PRIMARIA

La red de Atención Primaria se articula a través de 106 Centros de Salud y 148 Consultorios Locales. Los Equipos de Atención Primaria asumen, aparte de su función de gestores de casos y coordinación de los cuidados, la atención domiciliaria a los pacientes en Cuidados Paliativos, que tienen incorporada a su Cartera de Servicios en el contexto del Servicio de Atención Domiciliaria.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

En las islas capitalinas (Gran Canaria y Tenerife) se dispone de **Unidades de Cuidados Paliativos Hospitalarias** que dan cobertura al 100% de la población.

En las islas no capitalinas (El Hierro, La Gomera, La Palma, Fuerteventura y Lanzarote), la organización de los cuidados se ha adaptado a la realidad geográfica y poblacional (desde las 8.984 TSI de El Hierro hasta las 131.738 TSI de Lanzarote), se organizan en **unidades funcionales de cuidados paliativos** con profesionales dedicados a tiempo completo y se utilizan los recursos generales hospitalarios y de atención primaria.

RECURSOS HUMANOS

Composición básica de recursos humanos:

- Medicina.
- Enfermería.

Otros:

- Psicología
- Auxiliar de enfermería.
- Trabajador Social
- Auxiliar administrativo.
- Celador

DISPOSITIVO	Medicina	Enfermería	Aux. Enfermería	Psicolog.	Trabajador Social	Aux. Administ.	Celador
UCPD	3	3	-	-	-	-	-
UCPH/UCP	19	20	16	2	1	3	3

- UCPD: Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios
- UCPH : Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalario
- UCP: Unidad Funcionales de Cuidados Paliativos

Año 2009

TIPOS DE DISPOSITIVOS

DISPOSITIVO	Recursos Propios	Ámbito de actuación	Cobertura de la población TSI
UCPD	3 / 41 camas	Consultas externas y hospitalización	Tenerife: 816.056 Hab. Gran Canaria: 793.897 Hab.
UCPH/UCP	3	Domiciliario	Gran Canaria: 389.197 Hab.
UFCP	2	Domicilio, consulta externa y hospitalización	Fuerteventura: 92.689 Hab. Lanzarote: 131.738 Hab.

Año 2009

Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalario (UCPH)

Funciones básicas:

- Atención integral a pacientes y familiares.
- Atención al duelo.
- Docencia en Cuidados Paliativos.
- Investigación en Cuidados Paliativos.
- Coordinación con Atención Primaria.
- Cobertura 24 horas.

Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliario (UCPD)

Funciones básicas:

- Atención integral a pacientes y familiares.
- Atención al duelo.
- Atención domiciliaria.
- Docencia en Cuidados Paliativos.
- Investigación en Cuidados Paliativos.
- Coordinación con Atención Primaria y recursos sociales.
- Cobertura 24 horas.

Organización de los Cuidados Paliativos en las islas no capitalinas:

1- Unidades Funcionales de Cuidados Paliativos (UFCO):

FUERTEVENTURA

- Servicio de referencia hospitalario: Medicina Interna.
- Funciones básicas:
 - Atención integral a pacientes y familiares.
 - Atención al duelo.
 - Atención domiciliaria.
 - Docencia en Cuidados Paliativos.
 - Coordinación con Atención Primaria, recursos sociales municipales y asociaciones de pacientes.
 - Cobertura 24 horas.

LANZAROTE

- Servicios de referencia hospitalarios:
 - Hospital Doctor José Molina Orosa de Lanzarote: Medicina Interna.
 - Hospital General de Lanzarote (Centro Concertado con titularidad del Cabildo Insular de Lanzarote): Geriatría-Medicina Interna
- Funciones básicas:
 - Atención integral a pacientes y familiares.
 - Atención al duelo.
 - Atención domiciliaria.
 - Docencia en Cuidados Paliativos.
 - Coordinación con Atención Primaria, recursos sociales municipales y asociaciones de pacientes.
 - Cobertura 24 horas.

2- Organización en el resto de islas:

LA PALMA

- Población atendida y ámbito geográfico: isla de La Palma (para 74.506 TSI).
- El modelo organizativo se asemejará a las islas de Fuerteventura y Lanzarote.
- Pendiente definir referentes en Atención Primaria y Especializada.

LA GOMERA

- Población atendida y ámbito geográfico: isla de La Gomera (para 17.054 TSI).
- Servicio de referencia hospitalario: Medicina Interna. Se dispone de un internista y un neurólogo de referencia.

- Atención Primaria: enfermería de enlace asume labores específicas de soporte y coordinación Atención Primaria-Especializada, especialmente en la gestión de ingresos, altas, apoyo a los profesionales, material, etc.

EL HIERRO

- Población atendida y ámbito geográfico: isla de El Hierro (para 8.984 TSI).
- Pendiente definir referentes en Atención Primaria (consultores de casos) y Especializada (los ingresos se producen en el área médica).

CANTABRIA

DESCRIPCION ORGANIZATIVA GENERAL

El programa de atención paliativa define el modelo de atención paliativa en Cantabria basado en las siguientes premisas generales:

- La atención paliativa se planifica en torno a los dos ámbitos asistenciales del SCS (Atención Primaria y Atención Hospitalaria) al igual que con el resto de problemas de salud. Los dos ámbitos asistenciales prestan cuidados paliativos en distinto grado, tal y como se recoge en la gran mayoría de estrategias y programas.
- Cuando el paciente desea permanecer en la comunidad y el nivel de complejidad y el grado de estabilidad sintomática lo permite, la atención paliativa es responsabilidad de los Equipos de Atención Primaria como parte de su cartera de servicios. El médico de familia actúa como gestor y referente principal de casos, corresponsable con el resto de especialistas que intervienen a lo largo del proceso. En Atención Primaria intervienen todos los profesionales del centro de salud: médicos, enfermería, trabajadores sociales y fisioterapeutas. La red de Atención Primaria se articula en 37 centros de salud y 120 consultorios locales.
- La provisión de atención paliativa en situaciones de complejidad está a cargo de los Equipos Especializados de Atención Paliativa (EDAP). Se han creado de forma secuencial un EDAP ubicado en el hospital de referencia de cada área de salud. Los EDAP son equipos multidisciplinares con funciones de apoyo mixto en el proceso asistencial, que actúan de forma complementaria, conjunta y coordinada con los profesionales de referencia (tanto a los equipos de Atención Primaria como en el hospital) para lograr un adecuado control sintomático asegurando en todo momento que no se establezcan redes paralelas de actuación. También desempeñan una función de coordinación, actividad docente y apoyo a la investigación.
- Para desarrollar una atención adecuada al enfermo paliativo a lo largo de todo su proceso es imprescindible una buena coordinación y comunicación con los servicios de urgencias, para lo que se han establecido procedimientos para protocolizar actuaciones y dar respuesta coordinada a las situaciones urgentes implicando al servicio 061, SUAP y SUH.

RECURSOS HUMANOS

Composición básica:

- Medicina de Familia
- Enfermería.

Otros:

- Medicina Interna
- Auxiliar administrativo.
- Oncólogo radioterapeuta

DISPOSITIVO	Medicina de Familia	Medicina Interna	Enfermería	Aux. Administ.	Oncólogo radioterapeuta
EDAP	5	2	7	1	1
ESAD	2	-	2	1	-
UDP	1	-	1	-	-

- EDAP: Equipo Domiciliario de Atención Paliativa
- ESAD : Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria
- UDP: Unidad Domiciliaria de cuidados Paliativos

Año 2009

TIPOS DE DISPOSITIVOS ESPECIFICOS

DISPOSITIVO	Recursos		Ámbito de actuación	Cobertura de la población TSI
	Propios	Concertado		
EDAP	3	1 / 25 camas	Domicilio, consulta externa y hospitalización	Torrelavega y Reinosa: 161.147 Hab. Laredo: 92.566 Hab. Santander: 313.247 Hab.
ESAD	1		Domiciliario	Santander y Laredo: 405.813 Hab.
UDP	-	1	Domiciliario	Santander: 313.247 Hab.

Año 2009

Equipos de atención paliativa (EDAP)

Los Equipos de Atención Paliativa (EDAP) son los dispositivos encargados de proveer atención específica y responden a la definición contemplada en la Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS. Son equipos multidisciplinares que realizan funciones de **apoyo mixto** en el proceso asistencial, tanto a los equipos de Atención Primaria como en el hospital de referencia, asegurando en todo momento que no se establezcan redes paralelas de actuación. También actúan como coordinadores de recursos, participan y dan soporte en la formación y sensibilización en atención paliativa y la investigación.

Con frecuencia los pacientes son considerados subsidiarios de recibir atención paliativa cuando la Atención Especializada finaliza las posibilidades terapéuticas específicas y su enfermedad o situación original puede ser muy diversa. Por este motivo, los EDAP se sitúan en el ámbito de la atención hospitalaria, dependiendo preferentemente de aquellos servicios con una visión integral y transversal dentro del ámbito hospitalario y que mantengan un estrecho contacto con las especialidades que presentan una alta prevalencia de patología oncológica y/o degenerativa. En el caso del Hospital de Laredo y Sierrallana se engloban en las prestaciones del servicio de Medicina Interna.

Funciones básicas:

- Apoyo mixto en el proceso clínico asistencial, tanto a los equipos de Atención Primaria como en el hospital de referencia, asegurando en todo momento que no se establezcan redes paralelas de actuación.
 - Resolución puntual de problemas
 - Consulta telefónicas
 - Visitas domiciliarias conjuntas con los profesionales de Atención Primaria y seguimiento coordinado
 - Adiestramiento y preparación de la familia y estructura cuidadora al alta hospitalaria.
 - Apoyo psicoemocional paciente y familia
 - Interconsultas hospitalarias
 - Atención al paciente ingresado según complejidad.

- Actividad programada en hospital de día.
- Consulta externa orientada a pacientes complejos
- Coordinación de recursos
 - Actúan como facilitadores en la coordinación y la continuidad de cuidados una vez que el paciente es dado de alta.
 - Actúan como facilitadores en la coordinación con recursos sociales.
 - Actúan como interlocutores para la coordinación de las intervenciones hospitalarias cuando son precisas.
- Participación y soporte en la formación y sensibilización en atención paliativa a los profesionales de los dos ámbitos asistenciales, contribuyendo a la mejora de sus competencias y habilidades.
 - Cursos de formación
 - Talleres de habilidades
 - Sesiones docentes
 - Sesiones informativas
- Participación, impulso y apoyo en la investigación sobre atención paliativa.
- El horario de funcionamiento es de lunes a viernes de 9 a 16 horas para permitir el acceso a recursos especializados a los equipos de Atención Primaria en horario de tarde.
- No existen camas específicas de cuidados paliativos, aunque sí se dispone de una localización preferente en las unidades de hospitalización de Medicina Interna y Oncología.

Hospital Santa Clotilde

Hospital de media y larga estancia dependiente de la Orden San Juan de Dios que dispone de una Unidad de Hospitalización para pacientes paliativos concertada con el Servicio Cántabro de Salud (SCS) desde el año 2003.

Funciones básicas:

- Paciente con enfermedad avanzada oncológica o no oncológica que precise control sintomático o que carezca de apoyo familiar para su manejo ambulatorio
- Prestaciones de cuidados paliativos con internamiento.
- Valoración multidimensional y abordaje interdisciplinar del paciente y su familia.

Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)

Es un equipo dependiente de Atención Primaria que realiza sus servicios dentro del Área I y II. Funciona como apoyo y asesoría a los profesionales de Atención Primaria en la atención y seguimiento de pacientes terminales (oncológicos y no oncológicos) e inmobilizados. El ESAD ha estado funcionando hasta el 31 de diciembre de 2008.

Funciones básicas:

- Apoyo y coordinación entre profesionales en pacientes con especial complejidad, tanto ingresados, como ambulatorios y en domicilio, para garantizar la continuidad de cuidados.
- Refuerzo a los equipos de AP en el paciente del programa terminal e inmobilizado (fase de condición crónica avanzada, limitación funcional y/o inmobilizados complejos, fase terminal de la enfermedad de paciente oncológico Terminal y paciente con patología crónica Terminal no oncológico)
- Apoyo a cuidadores y familiares
- Formación e Investigación
- Apoyo a cuidadores y familiares
- Formación e Investigación

Unidad Domiciliaria de Cuidados Paliativos dependiente de la AECC

La UDP atiende solamente enfermos oncológicos y se halla integrada funcionalmente en el Servicio de Oncología Médica del Hospital Marqués de Valdecilla. Ha estado funcionando hasta el 31 de diciembre de 2008.

Funciones básicas:

- Cobertura asistencial de enfermos oncológicos.
- Apoyo a los profesionales de Atención Primaria
- Docencia

CASTILLA Y LEON

MECANISMOS GENERALES

La atención de cuidados paliativos en la Comunidad de Castilla y León sigue un sistema integral y coordinado, basado en la atención primaria como nivel principal de acceso y seguimiento, y cuenta con recursos asistenciales generales y específicos, tanto en atención primaria como en atención especializada.

La coordinación de los recursos asistenciales de cuidados paliativos depende de la Gerencia Regional de Salud. La mayor parte de los recursos son propios del Servicio Regional de Salud: todos los de atención primaria, los equipos de soporte de atención domiciliaria y la mayoría de las unidades hospitalarias de cuidados paliativos. En cambio la mayoría de los equipos domiciliarios de cuidados paliativos dependen de la Asociación Española contra el Cáncer, que cuenta con un convenio de colaboración entre esta institución y la Gerencia Regional de Salud. También existen centros concertados que prestan cuidados paliativos hospitalarios. En cada área de salud, la coordinación de recursos depende de la Gerencia de salud de Área.

En 2008 se ha elaborado la "Estrategia Regional de Cuidados Paliativos de Castilla y León 2009-2012", que se encuentra actualmente en fase de tramitación administrativa para su aprobación por la Junta de Castilla y León y posterior publicación.

RECURSOS HUMANOS

Composición básica:

- Medicina de Familia
- Enfermería.

Otros:

- Psicólogo
- Auxiliar de Enfermería
- Trabajador Social
- Auxiliar de administrativo.

DISPOSITIVO	Medicina		Enfermería T. total	Aux. Enf. T. total	Psicología T. parcial	Trabajador Social T. parcial	Aux. Administrativo T. total
	T. Total	T. Parcial					
ESAD	4	-	4	1	-	-	-
ECPD	10	-	10	-	9	-	-
EHD	8	2	12	-	-	-	-
UHCP	20	-	65	76	8	8	7

- ESAD: Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria
- ECPD: Equipo de Cuidados Paliativos Domiciliarios
- EHD: Equipo de Hospitalización a Domicilio. Su dedicación principal no es la de cuidados paliativos.
- UHCP: Unidad Hospitalaria de Cuidados Paliativos

Año 2009

TIPOS DE DISPOSITIVOS ESPECIFICOS

DISPOSITIVO	Recursos		Ámbito de actuación	Cobertura de la población TSI
	Propios	Concertado		
EAP	241	-	Centro de Salud y domiciliario	2.453.353 Hab. (100% de la población)
ESAD	2	-	Domiciliario	28% de la población: Área de salud de Burgos: 363.264 Hab. Área de Salud de León: 329.665 Hab.
UHCP	8 / 68 Camas	2 / 68 Camas	Hospitalario	2.453.353 Hab. (100% de la población)
ECPD	-	11	Domiciliario	1.349.344 Hab. (55% de la población)
UHD	5	-	Domiciliario	1.210.637 Hab. (49% población)

Año 2009

Atención Primaria

Equipo de Atención Primaria

Funciones básicas:

- Servicio de Atención al Enfermo Terminal:
- Presta asistencia a personas con enfermedad avanzada, progresiva e inevitable, con un pronóstico de vida inferior a 6 meses.
- La atención se presta tanto en consulta como en el domicilio del paciente, en función de su situación y necesidades. Incluye tratamiento médico de los problemas identificados (dolor, estreñimiento, insomnio, anorexia, ansiedad y/o depresión, etc.), cuidados de enfermería, así como seguimiento del paciente y su familia con visitas periódicas.
- Servicio de Atención al Cuidador Familiar en la Comunidad
- Destinado a prestar apoyo emocional, fomento de la autoayuda y participación de los cuidadores principales de la persona en situación terminal o de dependencia. El objetivo último es retrasar la institucionalización y evitar el abandono de la persona necesitada de cuidados.

Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)

Son equipos profesionales dedicados exclusivamente a la atención domiciliaria de cuidados paliativos, como elemento de apoyo a la labor de los profesionales de atención primaria.

Atención Especializada

Unidad Hospitalaria de Cuidados Paliativos (UHCP)

Atención a pacientes terminales en situación compleja aguda, en régimen de hospitalización.

En los centros concertados hay también hospitalización de media-larga estancia.

Equipo de Cuidados Paliativos Domiciliario (ECPD)

Cuidados paliativos especializados en el domicilio con una cobertura de la población eminentemente urbano de las 9 provincias de Castilla y León, en Salamanca hay un equipo de ámbito rural.

El equipo de Soria tiene dificultades de funcionamiento por falta de profesionales.

Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD)

Cuidados especializados en el domicilio, entre ellos, pero no preferentemente, los cuidados paliativos.

CASTILLA - LA MANCHA

El desarrollo y crecimiento de los servicios sanitarios en Castilla-La Mancha hace posible resolver y prolongar los cuidados en nuestro entorno en una magnitud superior a lo acontecido en tiempos previos. Un elevado porcentaje de estos enfermos presentan una “fase terminal” que precisan de cuidados paliativos centrados en el control de síntomas y sobre todo el mantenimiento de la calidad de vida.

Por tanto, cada vez es mayor el número de pacientes a los que se les da cobertura al verse afectados por el sufrimiento de una situación terminal ya sea en sí mismos o en sus familiares.

Las bases de la atención de los cuidados paliativos en Castilla-La Mancha, como en el resto de Comunidades, son la Atención integral e individualizada, la importancia del soporte emocional y la comunicación, el respeto de la protección y la dignidad y del principio de autonomía del paciente en situación terminal, la actitud activa y positiva en la realización de los cuidados y la mejora en el conocimientos, evaluación y tratamiento de los síntomas que aparecen en esta fase de la enfermedad.

En resumen es lograr la mejor calidad de vida y el máximo confort al enfermo y a su familia, sin intentar alargar la supervivencia, atendiendo las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y sus familiares, y si es necesario el apoyo debe incluir el proceso de duelo.

Básicamente y de forma ineludible lo que se pretende, es cubrir las necesidades de las personas, asegurando la calidad de la asistencia, pero en el entorno de su preferencia, que no es otro mayoritariamente que su propio domicilio.

Por tanto el equipo de atención domiciliaria para cuidados paliativos es la base de la atención a enfermos terminales.

Con éste planteamiento se hace razonable pivotar selectivamente la asistencia en Atención Primaria, potenciando sus responsabilidades y conocimientos, además de asegurar la disponibilidad de grupos de expertos en materias de control de síntomas y cuidados psicosociales de apoyo, que se desarrollen en función de las necesidades existentes en cada área. Es importante recordar que los cuidados paliativos se realizan históricamente de forma normalizada dentro de todo el proceso de la enfermedad ya que están implícitos e incluidos en la propia asistencia sanitaria incluso con desarrollo específico en las coberturas sociosanitarias.

Por ello es importante destacar que los cuidados paliativos son un elemento cualitativo esencial del sistema de salud, la aplicación de los mismos es una prioridad para las administraciones y organizaciones sanitarias, que deben fomentar su adecuado desarrollo en cualquier lugar, circunstancia o situación, atención que debe basarse en los principios de equidad y cobertura de nuestra red sanitaria pública.

Si bien existen especialidades tales como oncología, radioterapia, medicina interna, geriatría, hematología, cirugía y urgencias, más susceptibles incluso con amplia experiencia para abordar este tipo de atención, hay que concienciar y establecer

puentes con todos los servicios hospitalarios y con la atención primaria, y entre estos niveles entre sí.

La tipología de pacientes que se deberían beneficiar son todos aquellos que presenten una enfermedad terminal son susceptibles de ser atendidos con criterios de cuidados paliativos. Lo que varía es la intensidad de intervención en función de la complejidad, intensidad y necesidades de cada persona y situación. Con éste planteamiento el diagnóstico pasa aun plano secundario o de co-morbilidad predominando las necesidades relacionadas con la calidad de vida (síntomas físicos, emocionales, impacto social, espiritual), con pronóstico de vida limitado, a causa de cáncer, sida, enfermedades crónicas evolutivas, síndromes geriátricos, patología discapacitante de deterioro u otras patologías.

La atención en cuidados paliativos en nuestra comunidad se lleva haciendo históricamente de una forma racional a lo largo de todo el territorio, se realizaba básicamente de una forma no estructurada, ya que formaba parte del quehacer de todos los días, y solamente algunos sitios se ofertaba de forma reconocida individualmente. (Toledo: Hospital Virgen Valle 1989) (Albacete 1999).

Posteriormente con el concierto con la Asociación Española contra el Cáncer (2002), se añade una nueva opción específicamente dirigida y con recursos propios, lo cual genera una mayor equidad en la accesibilidad de los ciudadanos, aunque todavía insuficiente.

En el año 2008 se produce la integración del personal de la AECC y el proyecto de puesta en marcha del Plan Autonómico de Cuidados Paliativos (PACPCLM) Castilla - La Mancha. 2008, se pretende proyectar e impulsar la actividad y la atención global de los pacientes que precisen cuidados paliativos.

Todo en consonancia y continuidad con la Estrategia en Cuidados Paliativos la cual está enmarcada en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, por supuesto entendiendo su adaptación a nuestro entorno.

Las medias en desarrollo incluyen:

1. Combinar la implantación de recursos específicos con medidas de adaptación de los recursos convencionales. Las medidas han de ser simultáneas en todos los ámbitos, promoviendo una concepción integral y sectorizada.
2. Implantación de un equipo (corto plazo).
3. Formación inicial del equipo (medio plazo).
4. Formación básica pregrado (largo plazo).

Mejora de los Recursos existentes:

- a. Medidas comunes a todos los ámbitos.
- b. Equipos de Atención Primaria.
- c. Servicios Especiales de Urgencias.
- d. Hospitales.
- e. Centros residenciales.

RECURSOS HUMANOS

Composición básica de recursos humanos:

- Medicina de Familia
- Enfermería.

TIPOS DE DISPOSITIVOS ESPECIFICOS

	Albacete	Ciudad Real	Mancha Centro	Puertollano	Cuenca	Guadalajara	Toledo	Talavera de la Reina
ESAD	2	1	1	1	2	2	3	1
UHCP	1 11 camas	1 3 camas	1 2 camas	1 4 camas	1 2 camas	1	1 4 camas	1 2 camas

- ESAD: Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria
- UHCP: Unidad Hospitalaria de Cuidados Paliativos

Año 2009

Aquellos equipos multidisciplinares con formación y dedicación específicas, y un volumen de nuevos enfermos anuales que garanticen experiencia y referencia.

En el ámbito de Atención Primaria, prestar la atención y cuidados se ha convertido en indicador prioritario de obligado cumplimiento en el contrato de Gestión del año 2009. Se va a monitorizar a través de la aplicación informática Turriano el número de pacientes en seguimiento.

Los circuitos y procesos de derivación deben aprovechar los recursos existentes incluso buscando encajar perfectamente en entornos sociosanitarios.

Recursos específicos

- Equipo de Soporte o de Apoyo a Domicilio (ESAD)
- Unidades Hospitalarias de cuidados paliativos (UHCP)

CATALUÑA

Cataluña tiene un sistema sanitario caracterizado por una provisión de servicios en la que coexisten centros de titularidad pública, junto a otros de titularidad privada pero que prestan servicios públicos mediante la concertación. La planificación sanitaria se realiza desde el Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña, a través de la Dirección General de Evaluación y Planificación y la compra, desde el CatSalut, órgano público comprador de servicios sanitarios.

La provisión pública de servicios se realiza mayoritariamente desde numerosas entidades concertadas de gestión privada, hecho que origina en el territorio catalán exista gran diversidad organizativa en los servicios sanitarios. La diversidad, tanto de proveedores como de fórmulas de gestión y la territorialización, como la expresión de su despliegue y la búsqueda de la proximidad a la población y al territorio, son características del modelo que le otorgan una flexibilidad y un dinamismo propio, con una reconocida capacidad para adaptarse a un entorno y a unas necesidades cambiantes y en constante evolución. No obstante esta concertación, el Instituto Catalán de la Salud, es una empresa pública y a la vez, es el mayor proveedor de servicios (80% de la atención primaria y 8 hospitales).

Una de las características diferenciales de Cataluña, es la existencia de una red específica sociosanitaria que no incluye la cartera de servicios sociales, que es competencia del Departamento de Acción Social y Ciudadanía.

En la comunidad de Cataluña la organización de los cuidados paliativos se planifica desde el Plan director sociosanitario, que es el instrumento de información, estudio y propuesta mediante el que el Departamento de Salud determina las líneas directrices para impulsar, planificar y coordinar las actuaciones a desarrollar en la atención a las personas que precisan de atención geriátrica, cuidados paliativos, o personas que

padecen enfermedad de Alzheimer y otras demencias, así como a personas con otras enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad.

El modelo catalán se basa en la descentralización de la planificación en las 7 Regiones Sanitarias y los 37 Gobiernos Territoriales de Salud (GTS).

Actualmente, se está desarrollando un modelo de cuidados paliativos basado en Planes territoriales para la atención al final de la vida, orientados a la mejora en la integración, continuidad y coordinación de la atención paliativa.

A pesar de que la provisión específica de cuidados paliativos se incluye en la cartera de servicios sociosanitarios, la atención al final de la vida se realiza en toda la red sanitaria por parte de los servicios convencionales (red de atención primaria y red de atención hospitalaria).

RECURSOS HUMANOS

Composición básica de recursos humanos:

- Medicina de Familia
- Enfermería.

DISPOSITIVO	Medicina		Enfermería		Aux. Enfermería		Psicología	Trabajador Social	
	Tiempo Total	Tiempo Parcial	Tiempo Total	Tiempo Parcial	Tiempo Total	Tiempo Parcial	Tiempo Parcial	Tiempo Parcial	Tiempo Parcial
UCP	36	18	180	35	180	70	35	-	35
MEP	64	32	320	65	320	130	65	-	65
UFISS-CP	23	-	23	-	-	-	-	-	23
UFISS-MIX	10	-	10	-	-	-	-	-	10
EAIA-CP	15	-	15	-	-	-	-	-	-
EAIA-POL	6	-	6	-	-	-	-	-	-
PADES	73	-	180	-	-	-	40	65	8

- UCP: Unidades de media estancia -Cuidados Paliativos
- ME-P : Media Estancia Polivalentes
- ME-CP: Media Estancia Cuidados Paliativos
- UFISS-CP : Unidades Funcionales Interdisciplinarias sociosanitarias para Cuidados Paliativos
- UFISS-MIX : Unidades Funcionales Interdisciplinarias sociosanitarias Mixtas
- EAIA-CP: Equipos de Evaluación Integral Ambulatoria para Cuidados Paliativos
- EAIA-POL: Equipos de Evaluación Integral Ambulatoria Polivalentes
- PADES: Programa de atención domiciliaria equipos de soporte

Año 2009

TIPOS DE DISPOSITIVOS

Región Sanitaria	Camas Media Estancia		UFISS		EAIA		PADES
	ME-CP	ME-P*	CP	MIX	CP	POL	
Alto Pirineo y Aran	0	39	0	0	0	0	3
Lérida	25	0	2	0	1	0	4
Tarragona	25	31	2	2	1	0	6
Tierras de Ebro	10	251	0	0	1	0	4
Gerona	30	120	1	1	1	4	7
Cataluña Central	44	51	1	3	2	0	7
Barcelona	224	376	17	4	9	2	42

Año 2009

DISPOSITIVO	Recurso		Ámbito de actuación	Cobertura de la población TSI
	Propio	Concertado		
PADES	22	51	Domiciliario	Gobiernos Territoriales de Salud (GTS)
UFISS	8	25	Hospitalario	Gobiernos Territoriales de Salud (GTS)
EAIA	2	18	Ambulatoria	Gobiernos Territoriales de Salud (GTS)
UCP	4	23	Hospitalario	Gobiernos Territoriales de Salud (GTS)
MEP	-	30	Hospitalario	Gobiernos Territoriales de Salud (GTS)

Año 2009

Atención primaria

La atención primaria de salud es la puerta de entrada al sistema público sanitario. El equipo de atención primaria (EAP) es el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que dirige y desarrolla sus actividades de atención al conjunto de la población del área básica de salud (ABS) a la que da cobertura. El EAP está formado por médicos, enfermeras, trabajadores sociales, pediatras, auxiliares de enfermería y equipo administrativo. El médico y la enfermera son los profesionales de referencia para el ciudadano.

En este primer nivel de atención, el EAP ofrece una atención integral que incluye la atención y la prevención de enfermedades, la educación de hábitos saludables y la orientación en asistencia social, de forma integral y continuada, incluyendo la etapa de final de la vida.

Esta actividad se realiza en el centro de atención primaria (CAP) en los casos que la persona mantiene la capacidad para desplazarse. En los casos en que la persona con enfermedad avanzada y terminal no puede salir de su domicilio para ser atendido en el CAP, la persona es atendida en el domicilio por los profesionales de atención primaria, mediante la inclusión en el Programa de Atención Domiciliaria de Atención Primaria (Programa ATDOM), en el que se contempla que uno de los perfiles incluidos en el programa es el paciente con enfermedad en fase avanzada y terminal.

Si el problema de salud requiere otras atenciones, el EAP deriva a los recursos y/o servicios asistenciales que se precisen. En el caso de la atención al final de la vida, es el equipo de atención primaria el que deriva, cuando las necesidades del paciente requieren una atención especializada, a los equipos específicos de cuidados paliativos, de forma consensuada entre el paciente y su familia y los diferentes profesionales del territorio.

El EAP cuenta con un equipo de soporte para la provisión de cuidados paliativos específicos en el domicilio: el **Equipo PADES**, que aunque es un **recurso sociosanitario** su campo de actuación es la Atención domiciliaria.

Atención hospitalaria

En los hospitales de agudos de la red sanitaria catalana, la atención paliativa se ofrece en los diferentes servicios médicos. La atención paliativa se contrata mediante el contrato general de los hospitales y son estos los que, hasta el momento, gestionan su centro para garantizarla. Actualmente se dispone de información de 5 hospitales que informan como unidad de CP en agudos (a través de CMBD):

Región Sanitaria Barcelona

- Hospital de L'Esperit Sant
- Hospital Parc Taulí de Sabadell
- Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
- Instituto Catalán de Ontología

Región Sanitaria de Tarragona

- Hospital Universitario Sant Joan de Reus

En los hospitales se cuenta con equipos de soporte hospitalario para la provisión de cuidados paliativos específicos: las UFISS, que aunque son recursos sociosanitarios, su campo de actuación es el de la atención hospitalaria.

Atención sociosanitaria

Equipos sociosanitarios de valoración y soporte en el domicilio: Programa de atención domiciliaria equipos de soporte (PADES)

Funciones básicas:

- Elemento de soporte a los profesionales de atención primaria y de las unidades básicas de asistencia social, en el ámbito de la geriatría, de las demencias y otras enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad y de los cuidados paliativos, en aquellas situaciones complejas atendidas en el domicilio, que se benefician de la interdisciplinariedad y la especialización.
- Atención directa especializada a pacientes y sus familiares en el domicilio, y a petición de los profesionales de atención primaria sanitaria y social y de común acuerdo con ellos.
- Actividades de docencia y sensibilización a profesionales de atención primaria.
- Servir de conexión entre los diferentes recursos asistenciales en la gestión de casos complejos
- Coordinación de recursos entre niveles asistenciales.

Equipos de soporte en el hospital: Unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias (UFISS)

Funciones básicas:

- Soporte a diferentes servicios del hospital de agudos en la valoración y control de los grupos de pacientes diana, y también, en algunos casos, de pacientes derivados desde la atención primaria de salud.
- Atención directa al paciente y su familia.
- Coordinación de recursos entre niveles asistenciales
- Docencia a otros profesionales del hospital.

UFISS de cuidados paliativos (UFISS-CP) son unidades de atención de personas en situación avanzada o terminal ingresados en hospitales de agudos y pacientes que vienen derivados de la atención primaria de salud.

UFISS mixtas (UFISS- MIX) son unidades que se encuentran en hospitales de menor complejidad y combinan la atención a enfermos geriátricos y terminales.

Servicios sociosanitarios de atención diurna ambulatoria:

Unidades de diagnóstico y seguimiento: Equipos de Evaluación Integral Ambulatoria (EAIA)

Funciones básicas:

- Consulta de evaluación y seguimiento, que consiste en la valoración y seguimiento especializado, realizado por un médico o psicólogo especialista, según del motivo de consulta.
- Evaluación multidisciplinaria, que consiste en la valoración de las funciones físicas, cognitivas y sociales del paciente y que es realizada por un equipo multidisciplinar.
- Actividades de docencia y sensibilización a otros profesionales del centro hospitalario o sociosanitario en el que se encuentran
- Coordinación de recursos entre niveles asistenciales.

EAIA de cuidados paliativos, tienen como objetivo la evaluación, diagnóstico y seguimiento de pacientes, en la actualidad, mayoritariamente, con diagnóstico cáncer.

EAlA polivalentes, realizan la misma actividad pero dirigida tanto a pacientes geriátricos como en fase terminal.

Servicios sociosanitarios de hospitalización

La atención hospitalaria constituye el segundo nivel de atención sanitaria. Este tipo de atención se provee en situaciones en que las necesidades que presenta el paciente no pueden ser cubiertas a nivel de atención primaria por su intensidad, complejidad y/o falta de recursos.

Los ingresos hospitalarios se realizan por derivación del médico de cabecera o del pediatra o por decisión propia del paciente, en el caso de tener una urgencia grave de salud.

Unidades de media estancia -cuidados paliativos (UCP)

Funciones básicas:

- Tratamiento paliativo y de confort a personas con enfermedades avanzadas y en fase terminal, tanto oncológicas como no oncológicas.
- Control de síntomas y el soporte emocional al enfermo y a sus familiares
- Actividades de docencia y sensibilización a otros servicios del centro hospitalario o sociosanitario en el que se encuentran.

Unidad de media estancia polivalente (ME-P).

Funciones básicas:

- Ubicadas en territorios en los que el número de habitantes no justifica unidades específicas. no pueden realizar atención paliativa de manera exclusiva. Este tipo de unidades pueden estar en centros sociosanitarios o en unidades sociosanitarias de hospitales de agudos. La utilización para procesos de atención paliativa de los recursos de MEP es del 40%, cifra que se mantiene estable en el tiempo, en la actividad de este tipo de recursos.
- Atención directa a pacientes y sus familiares
- Actividades de docencia y sensibilización a otros servicios del centro hospitalario o sociosanitario en el que se encuentran.

COMUNIDAD VALENCIANA

La Asistencia Sanitaria de la Comunidad Valenciana se estructura en departamentos de salud, dependientes de la Agencia Valenciana de Salud, de la Conselleria de Sanidad . En cada departamento existe una gerencia única, responsable de la atención sanitaria, tanto a nivel de atención primaria como hospitalaria.

El conjunto del departamento de salud, tal como recoge el *DECRETO 74 /2007, de 18 de mayo*, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana y el Plan Estratégico de la Agencia Valenciana de Salud, proporcionará a todos los pacientes una atención integral, de calidad y coordinada entre los distintos dispositivos asistenciales.

La Atención Primaria contempla en su cartera de servicios explícitamente la atención al enfermo susceptible de cuidados paliativos.

RECURSOS HUMANOS

Composición básica de recursos humanos:

- Medicina de Familia
- Enfermería
- Auxiliar de Enfermería
- Psicología
- Trabajador social: en el caso de las UHD que no tienen trabajadora social propia, recurren a las trabajadoras sociales del hospital o de los equipos de atención primaria, donde se ubica el domicilio del paciente, para evaluar y atender las necesidades sociales de los pacientes susceptibles de cuidados paliativos que atienden.

Otros:

- Fisioterapeutas
- Apoyo espiritual

DISPOSITIVO	Medicina		Enfermería		Aux. Enfermería		Psicolog.	T. Social
	Tiempo Total	Tiempo Parcial	Tiempo Total	Tiempo Parcial	Tiempo Total	Tiempo Parcial	Tiempo Parcial	Tiempo Parcial
ED	-	83	-	166	--	21	5	3
UCP	12	1	51	-	60	-	6	8

- ED: Equipo Domiciliario

- UCP: Unidad de Cuidados Paliativos

Año 2009

TIPOS DE DISPOSITIVOS

DISPOSITIVO	Camas	Recurso		Ámbito de actuación	Cobertura de la población TSI
		Propio	Concertado		
PMAD	1.237	2	-	Domiciliario y Hospitalario	-
ED	-	23	1 (AECC)	Domicilio	83%
UCP	106	6	-	Hospitalario	Cobertura extradepartamental 100%

Año 2009

ATENCIÓN PRIMARIA

El recurso básico para la atención de pacientes con enfermedad avanzada al final de la vida son los Equipos de Atención Primaria (EAP), que prestan atención ambulatoria y domiciliaria a estos pacientes en situación de baja complejidad.

Si la complejidad aumenta se puede recurrir a las Unidades de Hospitalización a Domicilio que son los **Equipos de Soporte Domiciliario** para cuidados paliativos en la C. Valenciana, que tras valoración conjunta se decide el plan terapéutico. Desde Atención Primaria también se cuenta como equipos de apoyo, con las Unidades de Salud Mental para valoración e intervención tanto de pacientes como de familiares por necesidades de psicológicas.

Programa de Mejora de Atención Domiciliaria (PMAD)

Funciones básicas:

- El perfil de pacientes que gestiona el programa es enfermedad avanzada y al final de la vida, enfermos crónicos evolucionados y ancianos pluripatológicos.
- Programa piloto formado por Enfermeras de Enlace ubicadas en el ámbito Hospitalario encargadas de identificar los pacientes en el Hospital-UHD y derivarlos a las Enfermeras de Gestión Comunitaria ubicadas en los Centros de Salud del Departamento para su seguimiento.

Equipo de soporte Domiciliario (ED)

Funciones básicas:

- Valoración y Atención integral de los pacientes paliativos complejos con enfermedad en fase avanzada y a sus familiares, adaptada a su situación y basada en las mejores prácticas y evidencias científicas en regimen de hospital a domicilio
- Interconsulta para valoración y orientación terapéutica paliativa intrahospitalaria. Tres UHD (Clínico, Denia y Vilajoyosa) desarrollan además funciones de consultas externa
- Atención telefónica
- Coordinación con atención primaria para la atención de pacientes con enfermedad avanzada , ejerciendo la función de equipo de soporte domiciliario
- Docencia
- Investigación en cuidados paliativos.

Unidad de Cuidados Paliativos (UCP)

Funciones básicas:

- Control y tratamiento de síntomas incapacitantes.
- Información y comunicación continua, veraz y no traumática.
- Apoyo emocional-psicológico, social y espiritual al paciente y la familia
- Control del duelo.
- Cuidados y tratamientos médicos y psicológicos, así como el apoyo espiritual, destinados a mejorar el confort del enfermo, cualquiera que sea su diagnóstico, cuando un tratamiento curativo es imposible.
- Coordinación y soporte con/de otros recursos asistenciales sanitarios y/o sociales
- Docencia e investigación

EXTREMADURA

Para la provisión de los Cuidados Paliativos se identifican básicamente dos tipos de recursos específicos, que pueden ser ordenados en función de su complejidad en cuanto a composición y estructura necesaria (ambos tipos no son excluyentes):

EQUIPOS DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS

- Cantidad:
 - 1 Oficina central del programa regional de cuidados paliativos
 - 1 Observatorio regional de cuidados paliativos
 - 1 Coordinación central del Plan de Voluntariado
 - 8 Equipos de cuidados paliativos
 - 1 Equipo Psico-Social (Fundación La Caixa)
- Recursos humanos:
 - 18 plazas de medicina
 - 18 plazas de enfermería
 - 7 plazas de psicólogo
 - 2 trabajador social
 - 2 auxiliar administrativo
- Cobertura de la población TSI: 1.090.866
- Ámbito de actuación mixta: domiciliaria y hospitalaria
- Recursos propios
- Funciones básicas:

- Registro de casos derivados. Identificación de los casos según los criterios diagnósticos y la historia natural de la enfermedad. Identificación de los factores de complejidad que han provocado la derivación del caso.
- Plan consensuado con Atención Primaria (siempre) y Especializada (cuando fuera preciso).
- Coordinación con el resto de dispositivos asistenciales implicados en la atención.
- Docencia en niveles básico, intermedio y avanzado.
- Seguimiento intenso de los casos.
- Evaluación y control de síntomas complejos en el hospital y en la comunidad (mediante asesorías, consultas, interconsultas hospitalarias, visitas hospitalarias a cargo propio o visitas domiciliarias), utilizando todos aquellos procedimientos diagnósticos necesarios, e indicando el tratamiento farmacológico y no farmacológico del dolor y de otros síntomas.
- Información y apoyo al paciente en las distintas fases del proceso.
- Información, consejo sanitario, asesoramiento y apoyo a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador principal.
- Investigación (local y/o multicéntrica).
- Revisión de la mejor evidencia científica disponible.
- Elaboración y actualización de guías clínicas.
- Funciones de soporte domiciliario:
 - Apoyo y asesoría a los profesionales de Atención Primaria de Salud en el proceso de atención a las personas en situación de terminalidad.
 - Interconsulta y asistencia directa mediante la evaluación del enfermo y la familia y diseño de la estrategia terapéutica más adecuada junto con el profesional responsable del paciente, cuando éste solicite su intervención y el paciente cumpla los criterios establecidos.
 - Promoción de la formación para la autonomía de los profesionales de primaria en la aproximación y actuaciones paliativas.
 - Apoyo en la realización de determinadas técnicas en el domicilio.
 - Coordinación entre niveles asistenciales, siendo vehículo de información eficaz y de esta forma, asegurando la continuidad en los cuidados.
 - Coordinación con los recursos sociales.
 - Soporte en la formación de los profesionales de Atención Primaria de salud, potenciando su tarea formativa basada en problemas, adaptándose a las necesidades de formación de estos profesionales y haciendo de las visitas conjuntas una labor de tutorización.
 - Ser motores y apoyo en la investigación sobre aspectos del programa.
 - Apoyo a los profesionales de Atención Primaria en las actividades centradas en la comunidad relacionadas con el programa.
- Funciones de soporte hospitalario:
 - Apoyo a los profesionales de Atención Especializada en el proceso de atención a las personas en situación de terminalidad.
 - Interconsulta mediante la evaluación del enfermo, la familia y diseño de la estrategia terapéutica más adecuada, junto con el profesional responsable de la atención de los distintos servicios cuando se solicite su intervención.
 - En su caso, gestión directa de los pacientes mediante ingresos hospitalarios a cargo propio.
 - Apoyo en la realización de determinadas técnicas y aproximación adecuada al caso, mediante la asesoría y difusión de las actuaciones paliativas apropiadas.
 - Coordinación entre niveles asistenciales, siendo vehículo de información eficaz y de esta forma, asegurando la continuidad en los cuidados.
 - Coordinación con los recursos sociales.
 - Soporte en la docencia de los profesionales de Atención Especializada, potenciando su tarea de formación basada en problemas, adaptándose a las

- necesidades formativas de estos profesionales, realizando sesiones clínicas y haciendo de las visitas conjuntas una labor de tutorización.
- Ser motores y apoyo en la investigación sobre aspectos del programa.

UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS

Son equipos completos de profesionales, con disponibilidad de camas propias para enfermos que así lo requieran. El ambiente, estructuración de la planta, y entrenamiento y vocación del personal, ha de ser también específico.

Por la propia filosofía de los cuidados requeridos, su entorno debe ser distinto de un hospital de agudos. Puede acoger a pacientes en fase terminal que requieran estar ingresados por su inestabilidad e imposibilidad de seguimiento domiciliario o en centros socio-sanitarios adecuados.

En el momento actual no disponemos en Extremadura de Unidades Específicas Hospitalarias de Cuidados Paliativos, si bien, en todos los Hospitales de nuestra región, los pacientes terminales pueden ser ingresados a cargo de los Equipos Específicos de Cuidados Paliativos mediante un código específico de internamiento con 4 camas en Badajoz y al menos 1 en cada hospital de nuestra comunidad.

SERVICIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS (112)

- Colaboran con los anteriores dispositivos.
- Asegurar la formación y la concienciación de estos profesionales en los Cuidados Paliativos.
- Existe un servicio de asesoramiento telefónico específico de cuidados paliativos, dirigido a profesionales de los Servicios de Urgencias Hospitalarias, Punto de Atención Continuada en los Centros de Salud y Servicio de Emergencias 112, con horario de 15.00h-8.00h los días laborables y 24 los fines de semana y festivos, con el objetivo de garantizar una atención continuada a pacientes terminales y sus familias.
- Coordinación con el resto de dispositivos de atención, de tal forma que presten un servicio fundamental en la atención a las urgencias paliativas, notificación de pacientes que no están cubiertos por el programa y facilitar los trámites en la defunción de los pacientes.

GALICIA

MECANISMOS GENERALES

- La Subdirección General de Procesos Asistenciales de la División de Asistencia Sanitaria (Servizo Galego de Saude) impulsó la elaboración del documento Plan Galego de Cuidados Paliativos presentado el 26 de abril del año 2006 y su implantación desde julio del mismo año.
- El Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos formados por profesionales de atención primaria, hospitales y Servicios Centrales además de elaborar el documento técnico desarrolla las fases de implantación
- Se ha iniciado la tramitación reglamentaria para la constitución de una Comisión de Galicia de Cuidados Paliativos
- La creación de Comités Técnico-Sanitarios de C. Paliativos en cada Área, con participación de A. Primaria y Hospitalaria, colabora en la formación e implantación de los cuidados adaptados a las necesidades locales.

- La implicación de Atención Primaria en el plan de C. Paliativos se concreta en la participación de directivos de Atención primaria en las Comités técnico-sanitarios y en el papel de los Referentes de Atención Primaria en los Equipos y Unidades de Atención Primaria.
- Se estructuran y dimensionan **Dispositivos específicos de C. Paliativos** (Unidades de C. Paliativos y Equipos de Soporte de C. Paliativos) y **Dispositivos no específicos** (Unidades de Hospitalización Domiciliaria y E. de Atención Primaria)

RECURSOS HUMANOS

Composición básica:

- Medicina de Familia
- Enfermería
- Psicología
- Trabajador social

Otros:

- Auxiliar de Enfermería
- Fisioterapeutas
- Terapeuta ocupacional
- Asistente social

DISPOSITIVO	Medicina	Enfermería	Aux. Enfermería	Psicolog.	Trabajador Social	Fisioterap.	T. Ocup.	Asist. social
ESCP	6	6	-	4	6	-	-	-
UCP	14	56 + 7 supervisoras	84	7	7	7	7	7

- ESCP: Equipo Soporte de Cuidados Paliativos
- UCP: Unidad de Cuidados Paliativos

Año 2009

TIPOS DE DISPOSITIVOS ESPECIFICOS

DISPOSITIVO	Recursos Propios	Ámbito de actuación	Cobertura de la población TSI
ESCP	6	Mixta	306.801 Hab.
UCP	7 130 camas	Mixta	2.248.400 Hab.

Año 2009

Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP)

Funciones básicas:

- Dependencia funcional de la dirección del centro.
- Formación y colaboración en investigación
- Actividad asistencial mixta a través de:
 - Consultas externas
 - Consulta telefónica
 - Atención compartida de pacientes hospitalizados
 - Coordinación con Atención Primaria de la zona
 - Participación en Comités técnico-sanitarios de C. Paliativos de la zona

Unidades de Cuidados Paliativos (UCP)

Funciones básicas:

- Asistencia integral a pacientes con Enfermedad avanzada y compleja.
- Docencia e investigación en C. Paliativos.
- Dependencia funcional de la dirección del centro.
- Formación e investigación
- Actividad asistencial mixta a través de:
 - Consultas externas
 - Consulta telefónica
 - Atención compartida de pacientes hospitalizados
 - Coordinación con Atención Primaria de la zona
 - Participación en Comisión técnico-sanitarios de C. Paliativos de la zona.

DISPOSITIVOS NO ESPECÍFICOS

- Una Unidad de Atención Domiciliaria de la AECC en Vigo.
- 40 referentes de cuidados paliativos en atención primaria.
- Dispositivos Hospitalarios convencionales
- 11 Unidades de Hospitalización Domiciliaria que realizan apoyo a la complejidad en domicilio.

COMUNIDAD DE MADRID

La población a la que va dirigida este Plan de Cuidados Paliativos la constituyen aquellos pacientes con una enfermedad terminal, independientemente de la patología que la origine, con un pronóstico de vida limitado (habitualmente inferior a 6 meses) y sus familias; que presentan un patrón de alta necesidad y demanda de atención definido por el momento de la enfermedad, y con una evolución oscilante con frecuentes crisis de necesidad.

RECURSOS HUMANOS

Composición básica:

- Médicos
- Enfermeras

Otros:

- Psicólogo
- Trabajador social
- Auxiliares de enfermería
- Auxiliares administrativos
- Voluntarios

DISPOSITIVO	Medicina	Enfermería	Aux. Enfermería	Psicolog.	Trabajador Social	Aux. Adm.
ESH	22	26	-	5	1	10
ESAD	26	26	11	-	-	10
UCP	6	28	-	-	-	-
UCP MyLE (públicas)	7	35	44	4	4	-
UCP MyLE (concertadas)	15	36	57	5	5	-
UCPD AECC	6	6	-	5	5	5
UCPP	2	4	-	1	1	1

- ESAD: Equipo de soporte de Atención Domiciliaria

- ESH: Equipo de Soporte Hospitalario

- UCP: Unidad de Camas Paliativas

- UCP MyLE: Unidad de Cuidados Paliativos de Media y Larga Estancia

- UCPD AECC: Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios de la Asociación española contra el cáncer

- UCPP: Unidad de Cuidados Paliativos Pediátrica

Año 2009

ÁREA	RECURSOS HUMANOS ESAD			
	Medicina	Enfermería	Aux. Enfermería	Aux. Administrativo
ÁREA I	3	3	1	1
ÁREA II	2	2	1	1
ÁREA III	2	2	1	1
ÁREA IV	3	3	1	1
ÁREA V	2	2	1	1
ÁREA VI	2	2	1	1
ÁREA VII	3	3	1	1
ÁREA VIII	2	2	1	1
ÁREA IX	2	2	1	1
ÁREA X	2	2	1	1
ÁREA XI	3	3	1	0

Fuente: Base de datos de Cuidados Paliativos de la CAM 2009

RECURSOS ASISTENCIALES

DISPOSITIVO	Recursos		Ámbito de actuación	Cobertura de la Población TSI
	Propios	Concertados		
ESH	11	-	Hospitalario	100%
ESAD	11	-	Domiciliario	100%
UCP	4	-	Consultas externas Hospitalización y Hospital de día	-
UCP MyLE	4	6	Hospitalario	-
UCPD AECC	-	6	Domiciliario	-
UCPP	1	-	Hospitalario	-

Año 2009

Equipos de Atención Primaria

Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)

Funciones básicas:

- La valoración con junta con el EAP en la atención a los pacientes terminales e inmovilizados complejos o que presenten limitación funcional, y a petición de éste, de los pacientes susceptibles de atención.
- El apoyo y asesoría a los profesionales de atención primaria para la atención domiciliaria de pacientes terminales.
- Promover y facilitar la coordinación entre el hospital de referencia y la atención primaria.
- La información y educación sanitaria de los pacientes así como de cuidadores y familiares para mejorar la adaptación a la situación, prevenir la claudicación familiar y el duelo complicado.
- La gestión de las derivaciones adecuadas a cada situación.
- La participación en programas de formación específica.
- El desarrollo de líneas de investigación en cuidados paliativos.

Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios (UCPD) de la AECC

Funciones básicas:

- En colaboración con los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria y con los Equipos de Atención Primaria en la prestación de los cuidados paliativos, en las áreas en las que existan.
- La coordinación con las unidades y equipos especializados así como con los recursos específicos hospitalarios de cuidados paliativos del través del Responsable de Cuidados Paliativos de Atención Primaria.
- La valoración conjunta con el equipo de atención primaria, y a petición de este, de los pacientes susceptibles de atención.
- El apoyo y asesoría a los profesionales de atención primaria para la atención domiciliaria de pacientes terminales.
- La intervención asistencial directa en pacientes cuando así lo requiera el equipo de atención primaria responsable de la atención al paciente.
- La información y educación sanitaria de los pacientes así como de cuidadores y familiares para mejorar la adaptación a la situación, prevenir la claudicación familiar y el duelo complicado.
- La participación en programas de formación específica. El desarrollo de líneas de investigación en cuidados paliativos.

Equipos en Atención Especializada

Prestan atención directa a los pacientes con enfermedad terminal y alta complejidad. Desarrollan sus funciones y actividades en coordinación con los servicios asistenciales especializados.

En función de la demanda asistencial y del patrón de complejidad de los pacientes, los médicos de la unidad serán especialistas en oncología, geriatría, medicina interna u otros profesionales con la formación y experiencia adecuadas. El responsable de la unidad se designará en función de estos criterios asistenciales.

Existen 2 clases de equipos en este nivel:

- Unidades de Camas Paliativas
- Equipos de Soporte Hospitalario

Sus características básicas son las siguientes:

Es la unidad de referencia para una o más Áreas de Salud, en función de las características demográficas y del patrón de morbimortalidad de las mismas.

- Es una unidad hospitalaria destinada a prestar atención sanitaria a pacientes de máxima complejidad.
- Se sitúa en un hospital de referencia que debe disponer de los servicios necesarios para atender a este tipo de pacientes. Por ello el centro deberá contar con: oncología médica, oncología radioterápica, radiología intervencionista, nutrición, cirugía, traumatología, unidad de dolor, medicina nuclear, etc.

Unidades de Camas Paliativas (UCP)

Funciones básicas:

- La atención directa a enfermos agudos de alta/máxima complejidad
- La coordinación con los servicios hospitalarios y con otros niveles asistenciales.
- Hospitalización con las adecuadas garantías de intimidad y confort del paciente y la presencia permanente de la familia, con una estancia media de 15 días, no superando los 18 días.
- El desarrollo de actividades de formación e información del paciente y de sus familiares, prevención de la claudicación y del duelo complicado para los cuidadores y los familiares de los enfermos.
- La gestión de las derivaciones adecuadas a cada situación.
- La participación en programas de formación específica.
- El desarrollo de líneas de investigación en cuidados paliativos.

Unidades de Camas de Paliativos en Unidades de Media y Larga Estancia (UCPMLE)

Funciones básicas:

- Elemento o unidad de referencia para una o más Áreas de Salud, en función de las características demográficas y del patrón de morbimortalidad de las mismas.
- Están destinadas a prestar cuidados paliativos a pacientes con enfermedad terminal de complejidad baja o media y cuando las circunstancias del entorno familiar imposibilitan su atención domiciliaria
- Disponen de camas específicas para la atención a este tipo de pacientes, con las necesarias garantías de confort e intimidad y, en su caso, facilitan la presencia permanente de la familia.
- La estancia media en la unidad es superior a 18-20 días

Equipos de Soporte Hospitalario (ESH)

Funciones básicas:

- Facilitar la asistencia integral que requieren los enfermos en situación avanzada terminal y sus familias, interviniendo en el proceso de atención continuada que precisan, en un Sistema Integral de Cuidados Paliativos.
- Garantizar que los pacientes hospitalizados, subsidiarios de recibir cuidados paliativos (CP), tengan la posibilidad de ser valorados por el ESH.
- Garantizar el derecho de autonomía de los pacientes y, en consonancia con sus principios, el respeto a su decisión de ser incluidos o no en el Programa.
- Asegurar el abordaje de las necesidades del paciente y la familia mediante la intervención del ESH.
- Optimizar el uso de recursos de CP, tanto públicos como concertados, utilizando el más adecuado a la situación y deseo del paciente.
- Garantizar la continuidad asistencial en todos los niveles de atención mediante una coordinación fluida y eficaz.
- Impulsar la mejora de la atención paliativa general a los pacientes subsidiarios de recibirla, en los servicios hospitalarios en que se encuentren.
- Participar activamente en la elaboración, y en su caso aplicación y difusión, de las guías de práctica clínica que se realicen a iniciativa de las instancias competentes.
- Elaborar protocolos de actuación conjuntos con los servicios hospitalarios con mayor prevalencia de pacientes con enfermedades avanzadas terminales, consensuando con los profesionales el contenido y desarrollo de los mismos, incluyendo los criterios de entrada y salida de los pacientes.
- Potenciar la formación y la investigación en el ESH en todos los ámbitos de los CP

Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos

Funciones básicas:

- Proporcionar al niño en situación terminal y a sus familias los mejores cuidados para poder aceptar, asumir y vivir el hecho de la muerte de la forma más humana y digna posible.
- Mejorar la atención y la calidad de vida de los pacientes pediátricos en situación Terminal o con una enfermedad de pronóstico letal y la de sus familias, de forma integral y personalizada, garantizando el respeto a su dignidad y el derecho a su autonomía.
- Atención telefónica 24 horas al día
- Atención a los fallecimientos
- Asistencia a funerales
- Cuidados de respiro para la familia
- Visitas a domicilio que no se puedan realizar en horario laboral
- Atención directa en el lugar donde esté ubicado el paciente
- Asesoramiento en la toma de decisiones y adecuación de las medidas de diagnóstico, monitorización y tratamiento a los objetivos terapéuticos de cada paciente
- Diagnóstico, monitorización y tratamiento a los objetivos terapéuticos de cada paciente.

REGIÓN DE MURCIA

MODELO DE PROVISIÓN DE SERVICIOS

El modelo asistencial se centra en una estructura de soporte en toda la región basada en equipos específicos de atención tanto domiciliaria como hospitalaria.

La asistencia básica de estos pacientes depende de los Equipos de Atención Primaria (EAP) en todas las Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma de Murcia, siendo

apoyados en esta tarea por los equipos de soporte de atención domiciliaria para la prestación de cuidados paliativos (**ESAD**), y la existencia en todos los hospitales de referencia de unidades específicas de cuidados paliativos (**ESAH**), basados en unidades funcionales con una enfermera gestora de casos y un médico responsable en cada uno de ellos. El perfil de los profesionales de dichos equipos específicos, se orienta a un modelo integral de atención biopsicosocial con una formación previa avanzada en cuidados paliativos en todos los casos.

Una de las condiciones indispensables para el funcionamiento del modelo es asegurar la interconexión entre los diferentes profesionales, servicios y niveles asistenciales que garantice la coordinación y fluidez en la "ida y venida" del enfermo y de la información clínica disponible, en un marco de complementariedad de actuaciones.

Se trata, en definitiva, de una propuesta organizativa que responde a un esfuerzo para acomodar las estructuras asistenciales a las necesidades del paciente en situación de enfermedad terminal, basada en la convergencia y optimización de todos los recursos con un modelo de atención que favorece la integración de niveles asistenciales y la coordinación, de los profesionales de Atención Primaria y de Atención Especializada, a lo largo de todo el proceso.

La atención está dirigida a aquellos pacientes con una enfermedad terminal, independientemente de la patología que la origine, con un pronóstico de vida limitado (habitualmente inferior a 6 meses) y sus familias; que presentan un patrón de alta necesidad y demanda de atención definido por el momento de la enfermedad, y con una evolución oscilante con frecuentes crisis de necesidad.

La inclusión de los pacientes en cuidados paliativos se establecerá por el médico responsable del proceso asistencial (oncólogo, internista, geriatra, médico de familia...) considerando su situación y evolución clínica y una vez superadas las alternativas terapéuticas.

RECURSOS HUMANOS

Composición básica de recursos humanos:

- Medicina
- Enfermería
- Auxiliar de Enfermería

DISPOSITIVO	Medicina		Enfermería		Aux. Enfermería	
	Tiempo total	Tiempo parcial	Tiempo total	Tiempo parcial	Tiempo total	Tiempo parcial
ESAD	14	-	14	-	7	-
ESAH	3	3	5	4	-	-

- ESAD: Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria
 - ESAH: Equipo de Soporte de Atención Hospitalaria

Año 2009

RECURSOS ASISTENCIALES

DISPOSITIVO	Recursos Propios	Ámbito de actuación	Cobertura de la población TSI
ESAD	14	Domiciliario	100%
ESAH	9	Hospitalario	100%

Año 2009

Equipo de Atención Primaria (EAP)

La atención primaria es el nivel básico en la provisión de atención al paciente con enfermedad terminal. Es el gestor y coordinador de la atención y proporciona continuidad y longitudinalidad en estos cuidados. Facilita el acceso a los recursos terapéuticos y asistenciales necesarios en el domicilio del paciente. Presta apoyo a la

familia mediante la formación e información y contribuye a mejorar el autocuidado tanto del enfermo como del cuidador.

Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP).

Esta integrado por equipos multidisciplinarios formado por médicos, enfermeras y auxiliares de clínica con entrenamiento y formación en la atención al paciente con enfermedad progresiva e incurable y su familia con el propósito de mejorar la calidad de vida de éstos. Para ello trabajan de forma coordinada en los diferentes niveles asistenciales y desempeñan su función en el ámbito domiciliario (Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria -ESAD) y hospitalario (Equipos de Soporte de Atención Hospitalaria - ESAH) proporcionado soporte y apoyo a los profesionales que realizan el seguimiento del paciente.

Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)

Funciones básicas:

- La valoración conjunta con el equipo de atención primaria, y a petición de éste, de los pacientes susceptibles de atención.
- El apoyo y asesoría a los profesionales de atención primaria para la atención domiciliaria de pacientes terminales.
- La intervención asistencial directa en pacientes cuando así lo requiera el equipo de atención primaria responsable de la atención al paciente.
- Promover y facilitar la coordinación entre el hospital de referencia y la atención primaria.
- La información y educación sanitaria de los pacientes así como de cuidadores y familiares para mejorar la adaptación a la situación, prevenir la claudicación familiar y el duelo complicado.
- La gestión de las derivaciones adecuadas a cada situación y la coordinación con equipos de intervención social y psicológica.
- La participación en programas de formación específica.
- El desarrollo de líneas de investigación en cuidados paliativos.

Equipo de Soporte de Atención Hospitalaria (ESAH)

Funciones básicas:

- Su ámbito de actuación es la población adscrita al hospital dentro de la/las Áreas de Salud.
- Identificar a los pacientes que requieren cuidados paliativos ingresados en todos los servicios del Hospital
- En algunos hospitales dispone de camas específicas de paliativos.
- Intervención asistencial directa a enfermos complejos y atención al control de síntomas y deterioro del estado general o fase de agonía.
- Apoyar y asesorar a otros servicios hospitalarios en la valoración e intervención del paciente y su familia.
- Apoyo en la realización de determinadas técnicas y aproximación adecuada al caso.
- Apoyo y cuidado de la familia
- Promover y facilitar la coordinación entre niveles asistenciales, asegurando la continuidad en los cuidados y la coordinación con los recursos sociales
- La gestión de las derivaciones adecuadas a cada situación
- Soporte y apoyo a otros profesionales
- El desarrollo de actividades de formación e información del paciente y de sus familiares
- La participación en programas de formación específica
- El desarrollo y apoyo de líneas de investigación en cuidados paliativos

Servicios de especialidades de los hospitales de agudos.

Las actividades incluidas dentro de la atención a los pacientes con enfermedad deben garantizar la continuación de la atención iniciada en la fase de diagnóstico y tratamiento, tanto si ésta se ha iniciado en el nivel de Atención Hospitalaria como en el de Atención Primaria. La atención a estos pacientes no debe concebirse como una actuación singular, desconectada del proceso asistencial inicial ni desarrollarse al margen de los profesionales que han intervenido a lo largo de todo el proceso. Por el contrario se trata de coordinar todos los recursos para lograr una continuidad en los cuidados y unas actuaciones de tipo integral. Por ello es esencial la participación activa de las diferentes unidades médico-quirúrgicas que forman parte de todo el dispositivo sanitario y especialmente las siguientes:

- **Medicina Interna:** presta colaboración directa en la atención a nivel hospitalario de los pacientes con enfermedad en situación terminal, y actuar como consultor tanto a nivel de Atención Primaria como para otras especialidades hospitalarias. Colabora en la formación e investigación en cuidados paliativos.
- **Oncología Médica:** responsable del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes oncológicos durante todas las fases de la enfermedad. Se trata de un elemento básico en la asistencia a estos pacientes durante todo el proceso, en coordinación con el resto de profesionales implicados en su atención.
- **Oncología Radioterápica:** es la especialidad médica dedicada al diagnóstico, cuidados clínicos y tratamiento de enfermos oncológicos, primordialmente con radiaciones ionizantes, así como el uso y valoración de los tratamientos alternativos o asociados.
- **Geriatría:** facilita una atención sanitaria a partir de la situación funcional del paciente, considerando los complejos problemas de los mayores en situación terminal. Su participación en la atención a estos pacientes geriátricos es básica tanto por sus conocimientos clínicos como por su mayor experiencia en la coordinación entre los recursos sanitarios y sociales mas adecuados para la atención de cada caso.
- **Unidades del Dolor:** son responsables del El tratamiento del dolor en estadios avanzados y de la aplicación de técnicas invasivas en enfermos terminales en colaboración con los equipos de cuidados paliativos, o con otras unidades o servicios.
- **Urgencias Hospitalarias:** proporcionan la atención a estos pacientes en situaciones de urgencias/emergencias paliativas, en coordinación con los equipos o unidades específicas.
- **Servicios de farmacia de hospital y atención primaria:** aportan apoyo en la asistencia farmacoterapéutica de acuerdo con las guías clínicas y control de síntomas.

Servicios de Urgencias Extrahospitalarios

Proporcionan la atención en situaciones de urgencia en el domicilio del paciente en coordinación con los distintos dispositivos de la Red asistencial garantizando la continuidad asistencial en los cuidados del paciente durante las 24 horas del día y prestando apoyo a la familia mediante la formación e información. Estos Servicios se prestan a través de los Puntos de Atención Continuada (PAC), Puntos de Especial Aislamiento (PEA), Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), Unidades Móviles de Emergencias (UME) y a través del Centro Coordinador de Urgencia (CCU - 112).

Salud Mental

Servicio de consulta especializada atendido por un equipo de profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y personal auxiliar), que dentro de sus competencias en Salud Mental prestan, al paciente en situación terminal y su familia, atención al duelo complicado y/o atención en situaciones complejas.

Servicios Sociosanitarios.

Con el fin de mejorar el bienestar del paciente y su familia, resulta necesario abordar de forma conjunta la planificación y coordinación de las estrategias sociales y sanitarias que permitan responder de forma integral y coordinada a este tipo de situaciones con el máximo nivel de calidad. Estos Servicios se prestan a través de las trabajadoras sociales en la gestión de los recursos y prestaciones técnicas y/ o económicas en coordinación con los recursos sanitarios y de las Asociaciones y Voluntariado en el acompañamiento y el soporte a estos. La Comisión de Coordinación Sociosanitaria de la Región de Murcia es el órgano de planificación y coordinación de las acciones relativas a la atención sociosanitaria promoviendo, en el ámbito social y familiar, la mejora de la calidad de vida, impulsando la accesibilidad universal a los bienes y servicios de los departamentos competentes de la Administración Regional.

Las funciones de cada uno de las estructuras asistenciales, tanto las ya existentes (EAP, Hospitales, Servicios de Urgencias y Emergencias extrahospitalarios) como las de nueva creación y/o ampliación (ESAD y ESAH) se plantean siempre en tres facetas simultáneas: Clínico-asistenciales, de coordinación y soporte entre profesionales y de formación, docencia e investigación.

COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

Navarra cuenta desde el año 2004 con un programa de Cuidados Paliativos basado en los equipos de Atención Primaria en coordinación cuando es necesario con los Equipos de Soporte Domiciliario de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios.

El modelo se articula sobre la necesaria coordinación de los profesionales que intervienen básicamente en la atención del paciente oncológico: Oncología Médica, Centros de atención Primaria, Equipo de soporte de Cuidados Paliativos, Servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios.

El modelo se basa en un marco de atención flexible, basado en la comunicación de los profesionales para la gestión de cada caso, lo que permite establecer un “Plan de atención individualizado” que se adapte de la mejor manera posible a las necesidades reales del proceso, del enfermo y de su familia y todo ello a lo largo de la evolución en el tiempo de su enfermedad.

RECURSOS HUMANOS

Composición básica de recursos humanos:

- Medicina
- Enfermería

Otros:

- Auxiliar de Enfermería
- Celadores
- Psicólogo
- Voluntarios
- Trabajadores sociales
- Auxiliar administrativo

DISPOSITIVO	Medicina T. total	Enfermería			Aux. Enfermería			Psicólogo	
		T. total	T. parcial	Compartida con planta	T Total	T. parcial	Compartida con planta	T. total	T. parcial
ESAD	2	2	-	1 supervisora	-	-	-	2	-
UH	3	10	5	2 supervisoras 4 enfermeras	11	8	2	2	1

- ESAD: Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria
- UH: Unidades de Hospitalización

Año 2009

RECURSOS ASISTENCIALES

DISPOSITIVO	Recursos		Ámbito de actuación	Cobertura de la población TSI
	Propios	Concertados		
Centros de salud	55	-	Centro de salud y Domiciliario	100%
ESAD	1	2	Consulta de Día y Domiciliario	100%
UH	1 2 camas	2 45 camas	Hospitalario	100%

Año 2009

Atención Primaria

Funciones básicas:

- Coordinadores en caso de necesitar de otros profesionales.
- Accesible al paciente y familia.
- Elaboración de plan de cuidados
- Según las necesidades utilizará los diferentes recursos de los que dispone, como puede ser los servicios de urgencias extrahospitalarias para aquellos momentos en que atención primaria no esté disponible o si el paciente requiere cuidados más especializados el médico de atención primaria recurrirá a los Equipos de soporte Domiciliario y en última instancia si fuera necesario al ingreso en la Unidad de Cuidados Paliativos del H. San Juan de Dios.

Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)

Funciones Básicas:

- Equipo de soporte en aquellos casos que el médico de familia considere oportuno y necesario su actuación.
- Facilitar que los pacientes con una enfermedad terminal permanezcan en su domicilio, si este es su deseo y las características del proceso lo permitan, en el mejor estado general posible, preservando su autonomía y su dignidad.
- Prestan apoyo a los equipos de atención primaria en aquellos casos complejos que atención primaria requiera su ayuda, y en estos casos establecerán conjuntamente un plan de atención al paciente y familia dependiendo de las necesidades de cada proceso. Para poder realizar estas tareas, se ponen en marcha diferentes actividades, como son: Valoración conjunta en domicilio, visitas programadas de seguimiento, apoyo telefónico a los profesionales sanitarios en contacto con estos pacientes: Atención Primaria, SUE/SUR, urgencias hospitalarias para asesoramiento, gestión de ingresos, etc.
- Consulta externa para ajustes de tratamiento, pruebas analíticas o radiológicas orientadas a la toma de decisiones.
- Hospital de día para realizar algunas técnicas diagnósticas o terapéuticas evitando el ingreso hospitalario.
- Ayuda en la formación tanto de residentes como médicos de atención primaria.

Atención especializada: Unidades de Hospitalización

Funciones básicas:

- Coordinación y seguimiento compartido con atención Primaria y con los equipos de atención domiciliaria del enfermo oncológico paliativo.
- Soporte a otros servicios hospitalarios
- Apoyo psicológico al enfermo en cuidados paliativos y su familia.
- Existe una Unidad Funcional de cuidados Paliativos con el propósito de mejorar dicha coordinación, que dispone de un especialista de Oncología médica, consulta externa ambulatoria, hospital de día, reuniones periódicas con el ESD del Hospital San Juan de Dios, y apoyo psico-oncólogo del Servicio

PAÍS VASCO

El desarrollo de los Cuidados Paliativos (CP) en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) se inició de manera organizada en el año 1990. Desde esta fecha, y en el marco de un modelo asistencial de integración de recursos, se han puesto en marcha de manera gradual diferentes iniciativas. La primera etapa, anterior a la elaboración del primer Plan de Cuidados Paliativos (CP) de la CAPV se desarrolló en tres fases.

La primera fase, de impregnación y sensibilización, se caracterizó por un programa centrado en la formación continuada de los y las profesionales de atención primaria y hospitalaria, que mantiene su continuidad.

La segunda fase, de asignación de recursos específicos, comenzó en 1993 y se materializó con la creación de Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) en los Hospitales de Media y Larga Estancia y con el desarrollo de la atención domiciliaria a través de los Servicios de Hospitalización a Domicilio (HAD).

La tercera fase, de consolidación del desarrollo de los Cuidados Paliativos (1998-2002), dio lugar a la creación de Equipos Consultores de CP en los Hospitales de Agudos y a determinadas acciones específicas en los servicios primarios que atienden a estas personas para sensibilizar y capacitar a sus profesionales.

El **Plan de Salud 2002-2010: políticas de salud para Euskadi** planteaba entre sus estrategias de intervención que “los cuidados paliativos deberían ser adecuados a las necesidades existentes”. El **Plan de Cuidados Paliativos: atención a pacientes al final de la vida, 2006-2009** definió los objetivos y las líneas de actuación para lograr este propósito, y entre estas últimas se propuso el diseño de *Planes Asistenciales Territoriales de Cuidados Paliativos*. Tras un análisis descentralizado de la situación de los recursos y la organización de los CP en cada territorio histórico, dichos planes tratan de dar respuesta a las diferentes necesidades territoriales determinadas por el heterogéneo desarrollo y organización que han experimentado en cada uno de ellos.

Bases de la organización asistencial

La organización de los Cuidados Paliativos en la CAPV se basa en las necesidades y los deseos de las persona en la fase final de la vida y de sus familias, que son quienes definen el lugar de atención. Como se considera que los cuidados paliativos implican la exclusión de pruebas o tratamientos agresivos inapropiados, evitarán por lo tanto el sufrimiento inútil.

El domicilio de la persona enferma se valora como el entorno más deseable para su cuidado y tratamiento, siendo su médico/a de familia y enfermera/o o el equipo de hospitalización a domicilio quienes, en función de su situación, establezcan el plan de cuidados y aseguren una atención continuada.

Las zonas poblacionales no cubiertas por servicios de hospitalización a domicilio contarán con la asesoría de especialistas en cuidados paliativos. Cuando la situación de la persona enferma o su familia lo aconseje, se realizará el ingreso en una unidad de cuidados paliativos, previa comunicación entre los y las profesionales de los diferentes niveles que la atienden, que a su vez compartirán cualquier cambio en la situación clínica.

RECURSOS HUMANOS

Composición básica de recursos humanos:

- Medicina
- Enfermería
- Auxiliar de enfermería
- Psicólogo
- Trabajador social

RECURSOS ASISTENCIALES

DISPOSITIVO	Recursos Propios	Ámbito de actuación	Cobertura de la población TSI
HAD	12	Domiciliario	100%
UCP	10 113 camas	Hospitalario	100%

- HAD: Servicios de Hospitalización a Domicilio
 - UCP: Unidades de Cuidados Paliativos

Año 2009

Servicios de Hospitalización a Domicilio (HAD)

Funciones básicas:

- Servicios de base hospitalaria que prestan asistencia domiciliaria a pacientes al final de la vida que por su complejidad o intensidad de cuidados no pueden ser asumidos por profesionales de Atención Primaria. Pueden proceder de cualquier servicio hospitalario y en ocasiones de Atención Primaria.
- Los servicios de HAD no se dedican en exclusiva a la atención a personas al final de la vida y la proporción de la actividad dedicada a esta fase varía entre servicios en función de la existencia de otros recursos de atención domiciliaria, como la Asociación Española contra el Cáncer (AECC).

AECC: en el Territorio Histórico de Gipuzkoa tiene un concierto con el Departamento de Sanidad y atiende a pacientes con cáncer.

Unidades de Cuidados Paliativos (UCP)

Funciones básicas:

- Unidades ubicadas en hospitales de media y larga estancia
- Atienden a pacientes que no pueden ser atendidos en su domicilio debido a una compleja situación clínica. Disponen de un ambiente de confort que difícilmente puede darse en los hospitales de agudos.
- Prestan apoyo a las familias.

Equipos Coordinadores de Cuidados Paliativos

Se trata de equipos de profesionales de medicina, enfermería, asistencia social y psicología que atienden a pacientes al final de la vida en los hospitales de agudos. La asistencia social y psicológica no siempre se presta con personal a tiempo completo.

Son equipos de soporte para otros servicios que además de la realización de interconsultas, establecen el plan de cuidados coordinando el alta médica del hospital de agudos. En algunos centros disponen también de camas específicas de CP.

Otros recursos y herramientas

Asociaciones de Voluntariado:

- Krisáliada: asociación de apoyo en el duelo para padres y madres de niños o niñas que han fallecido.
- Zaintzen: programas municipales de apoyo a las personas cuidadoras
- AECC: atención a pacientes con cáncer: atención psicológica, apoyo a la formación de profesionales en soporte psicológico, y acompañamiento.
- ASPANOVAS: asociación de padres y madres de niños y niñas con cáncer que tiene por objetivo el contribuir al mejor estado de salud de los niños y de sus familias.

Herramientas:

- Historia Clínica Domiciliaria: diseñada para que permanezca en el domicilio de la persona enferma con la información sobre todas las intervenciones realizadas por los diferentes servicios que acuden al domicilio.
- Protocolos de coordinación entre los distintos dispositivos asistenciales:
 - Centros de Salud de las Comarcas de Atención Primaria
 - Puntos de Atención Continuada de las Comarcas de Atención Primaria
 - Unidades de Cuidados Paliativos
 - Servicios de HAD
 - Servicios de Urgencias de los hospitales de agudos
 - Servicios hospitalarios con mayor número de pacientes en la fase final de la vida
 - Centros sociosanitarios
 - Derivación directa a las Unidades de Cuidados Paliativos desde Atención Primaria.

LA RIOJA

El desarrollo de la atención a los cuidados paliativos en La Rioja ha presentado dos fases bien definidas. En el mes de abril de 1998 se puso en marcha el primer dispositivo para la atención específica a los cuidados paliativos, mediante un acuerdo INSALUD- AECC, designando el Insalud a un coordinador médico y aportando 4 camas para ingresos hospitalarios y la AECC la contratación de médico y enfermera, con apoyo de psicólogo y trabajador social. Este equipo atendía el área de Logroño y alrededores, funcionando como tal hasta el mes de julio de 2003.

Desde el mes de julio de 2003, se ha puesto en marcha desde el sistema público de salud un dispositivo de asistencia específica a los cuidados paliativos, con una unidad hospitalaria dotada con consulta externa, 10 camas específicas individuales, 5 equipos domiciliarios, compuestos de médico y enfermera, con apoyo de 3 psicólogos y 3 trabajadores sociales, que atienden el área de apoyo a pacientes y familiares, tanto en la enfermedad como en el duelo posterior.

La sede de la unidad hospitalaria es el Hospital de La Rioja, adscrito al Hospital San Pedro, centro de referencia para La Rioja.

Esta atención abarca al territorio de toda la Comunidad Autónoma, junto con las zonas limítrofes de la Rioja Alavesa (Comunidad del País Vasco)

El sistema de atención se plantea como un recurso de apoyo y soporte a la red de atención primaria para la atención de pacientes complejos, siendo independiente de la atención de Hospitalización a Domicilio, enfocada como un recurso específico de la atención especializada.

El servicio de cuidados paliativos, está integrado en la red de salud de La Rioja, con apoyo de recursos básicos desde el sistema de salud, como la historia clínica electrónica, común a todo el sistema, protocolos de coordinación con atención primaria y establecimiento de criterios de ingreso definidos para los pacientes en la red del cuidado paliativo.

Se cuenta, además, con un soporte de material ortoprotésico, como camas articuladas, sillas de ruedas, andadores y grúas para domicilio, financiado fuera de las prestaciones del sistema de salud, que se presta de manera gratuita a los pacientes y familias, tras acuerdo con la AECC en La Rioja.

Los profesionales del área de paliativos actúan como formadores en el sistema de formación continuada de la Consejería de Salud, impartiendo cursos acreditados y son receptores de formación avanzada en cursos de postgrado acreditados en diferentes universidades españolas.

La atención paliativa se dispensa a pacientes oncológicos y no oncológicos, pudiendo los pacientes ser remitidos desde sus médicos de primaria, especializada, red de trabajo social, otros centros asistenciales y otros sistemas de salud.

INGESA

RECURSOS HUMANOS

Composición básica de recursos humanos:

- Medicina
- Enfermería
- Psicología

RECURSOS ASISTENCIALES

DISPOSITIVO	Recursos		Ámbito de actuación	Cobertura de la población TSI
	Propios	Concertados		
ECPD - Ceuta		1	Domiciliario	100%
UCPD - Melilla		1	Domiciliario	100%

- ECPD: Equipo de Cuidados Paliativos a Domicilio
- UCPD: Unidad de Cuidados paliativos a Domicilio

Año 2009

CEUTA

Atención a Domicilio de Pacientes oncológicos terminales y atención en consulta externa de pacientes oncológicos terminales

MELILLA

Funciones básicas para pacientes oncológicos:

- Detectar las necesidades clínicas, psicoemocionales, sociofamiliares y espirituales del paciente en situación terminal y de su familia.
- Proporcionar una atención integral y tratar de preservar la capacidad funcional.
- Apoyar a la familia y al cuidador principal a través de la educación para la salud, el manejo del proceso de la enfermedad y el apoyo psicológico mediante la relación de ayuda.
- Promover la respuesta consensuada y coordinada entre los distintos servicios y niveles asistenciales, garantizando la continuidad de los cuidados.
- Potenciar las actividades de formación continuada e investigación en Cuidados Paliativos.
- Comprobar el grado de satisfacción de los pacientes y familiares atendidos.

Funciones básicas para pacientes no oncológicos:

- Seguimiento Domiciliario realizado Atención Primaria.
- Seguimiento Ambulatorio e Ingreso a cargo de Atención Especializada, si fuese preciso.
- Atención Urgente por parte de los servicios de urgencia tanto hospitalario como extrahospitalario.