

UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS Y ATENCIÓN DOMICILIARIA. LA COORDINACIÓN INTERPROFESIONAL

Francisco Javier Cervas Chopitea
Fundación Rioja Salud

1. PRINCIPIOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS. INTRODUCCIÓN E HISTORIA EVOLUTIVA

En los últimos años se ha producido un aumento progresivo de la incidencia, prevalencia y mortalidad por enfermedades crónicas evolutivas, relacionado con el envejecimiento de la población y con el aumento de supervivencia de muchas enfermedades crónicas, tales como el cáncer (1).

Los cuidados paliativos modernos se iniciaron formalmente en el St. Christopher's Hospice, en la década de 1960. Introdujeron conceptos como el carácter multidimensional de las necesidades de los enfermos, el paradigma del "dolor total", la unidad de paciente y familia y desarrollaron una concepción global de la terapéutica practicada por un equipo interdisciplinario. Sin embargo, los hospices británicos carecían de una cobertura asistencial pública extensa, practicaron una intervención tardía y se dedicaron en exclusiva a enfermos de cáncer (2).

En España, las experiencias pioneras se desarrollaron a partir de 1986 en el Hospital de la Creu Roja de Barcelona, el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander y el Hospital de la Santa Creu de Vic, para extenderse a otras iniciativas (3, 4). En 1989, se diseñó e implementó el Programa Demostrativo de la OMS de Cuidados Paliativos de Cataluña, que posteriormente se extendió a otras comunidades autónomas. Más tarde se desarrolló el Plan Nacional de Cuidados Paliativos y recientemente la Estrategia Nacional de Cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud, actualmente en fase de evaluación (4, 5, 6).

1.1. PERSPECTIVA CLÍNICA INDIVIDUAL

El término más usado para la definición de la situación del enfermo a la situación al final de su vida ha sido el de “situación de enfermedad terminal”. Más recientemente se ha propuesto el término de “enfermedades crónicas con pronóstico de vida limitado” o el de “situaciones de enfermedad avanzada y terminal” (SEAT), que incluye todo tipo de enfermedades crónicas evolutivas, con pronósticos de meses o años, aportando la idea de frecuentes crisis, que justifican una atención y evaluación continuadas (7, 8).

Se han propuesto criterios globales y específicos de enfermedad avanzada y terminal para muchas enfermedades con metodología de *screening*, que permiten identificar situaciones de enfermedad avanzada y terminal con parámetros de carácter clínico general, asociados a factores específicos. Se han definido las trayectorias clínicas paradigmáticas para algunos tipos de enfermedades, tales como insuficiencias de órgano, enfermedades neurológicas progresivas, síndromes del envejecimiento y la pluripatología.

1.2. SUFRIMIENTO Y DIGNIDAD

El desarrollo de los cuidados paliativos ha facilitado la mejor comprensión del proceso crónico evolutivo y ha identificado otras necesidades específicas de los pacientes en este periodo. Ha propuesto estrategias de evaluación, así como intervenciones específicas en el sufrimiento, la espiritualidad y la dignidad.

El sufrimiento puede describirse como una amenaza a la integridad de la persona (9). La intervención terapéutica experta y el acompañamiento compasivo al sufrimiento pueden transformar la experiencia del paciente y su familia y permitir una adaptación y superación del mismo. El alivio del sufrimiento se convierte en un objetivo fundamental de la atención paliativa (10).

1.3. PERSPECTIVA POBLACIONAL: EVALUACIÓN DE NECESIDADES

La identificación de las enfermedades causantes de situaciones de enfermedad avanzada y terminal permite establecer una estimación ajustada de la mortalidad en nuestro país. Del total de personas que mueren el 60% lo hacen por causas de enfermedades crónicas y el 40% por causas no crónicas. Sabiendo el pronóstico de la supervivencia en situaciones de enfermedad avanzada y terminal, restándolo del tiempo total restante, se puede estimar la duración de las enfermedades crónicas no provocadas por un cáncer y su atención apropiada (5, 11).

1.4. MODELO MULTIDIMENSIONAL Y MODELO DE INTERVENCIÓN SISTEMÁTICA

Para responder al carácter multidimensional de las necesidades de los enfermos se debe instaurar una terapéutica de carácter global, que tenga en cuenta todas las dimensiones y que aplique medidas sistemáticas para cada una de ellas. Para ello, el Servicio o Unidad de Cuidados Paliativos, formado por profesionales de distintas áreas: medicina, enfermería, psicología, trabajo social, teología, ética..., evaluarán, establecerán objetivos y desarrollarán acciones coordinadas y compartidas.

Si se aplica esta metodología de manera secuencial en cada intervención, se establece un proceso sistemático de atención que tendrá en cuenta todas las necesidades. Deben de añadirse, también, el compromiso y la empatía con los pacientes y su familia, la creación de un clima de comunicación, la ética clínica como metodología de la toma de decisiones, el trabajo multidisciplinario de un equipo competente y la orientación de la organización hacia las necesidades y demandas de los pacientes y sus familias (11, 12).

Son varios los principios que rigen los cuidados paliativos. En este trabajo se destacan los cinco más relevantes y, de un modo u otro, en ellos quedan representados los demás (13):

1. Atención integral, total y continuada, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales.
2. Enfermo y familia como unidad a tratar, con una concepción sistémica.
3. Objetivo de confort y calidad de vida.
4. Concepción activa, viva, rehabilitadora y de promoción de la autonomía.
5. Efectividad, eficiencia y tratamiento basado en la evidencia (14).

2. MÉTODOS Y/O INSTRUMENTOS NECESARIOS

Se recalcan los diez más relevantes:

1. Evaluación global de las necesidades del enfermo y la familia.
2. Plan terapéutico.
3. Control de síntomas.
4. Soporte emocional.
5. Información y comunicación.
6. Respeto por los valores: ética clínica.
7. Cambio en la organización interna: trabajo en equipo.

8. Cambio del modelo de organización de los servicios y sistemas: adaptación de servicios convencionales, servicios específicos, programas y sistemas.
9. Evaluación de resultados: efectividad, eficiencia, eficacia, costo asumible y satisfacción.
10. Auditoría, mejora continuada de la calidad y planes estratégicos (13).

3. MODELOS DE ORGANIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

Un equipo o servicio de cuidados paliativos es aquel que dispone de una estructura basada en un equipo multidisciplinario, con capacitación avanzada para responder a situaciones complejas de atención, dedicación específica a la atención de enfermos avanzados y terminales, con un volumen asistencial que garantice la experiencia necesaria y la capacitación, que se identifica como tal por usuarios y organizaciones.

- *Tipos de actividades organizativas específicas en cuidados paliativos:*

1. Atención domiciliaria.
2. Atención institucional en servicios específicos.
3. Atención institucional en servicios convencionales.
4. Consulta externa.
5. Hospital de día.
6. Soporte de los demás equipos.
7. Soporte telefónico.
8. Atención al duelo (15).

- *Estructuras específicas de servicios de cuidados paliativos:*

1. Enfermeras de soporte.
2. Equipos de soporte hospitalarios.
3. Equipos de soporte domiciliarios.
4. Unidades de cuidados paliativos (16).

Los recursos (o dispositivos) específicos de cuidados paliativos incluyen los equipos de soporte (ES) si basan su actividad en la consulta a servicios convencionales. Estos ES pueden actuar en el domicilio (ESD) el hospital (ESH) o en ambos de manera transversal (EST). Aparte de los ES se encuentran las unidades, con camas propias (UCP) y las Consultas Externas/Hospitales de día, estando estas últimas en hospitales, centros sociosanitarios o en centros residenciales comunitarios.

Un sistema integral de cuidados paliativos consiste en un conjunto de dispositivos liderados por un único equipo en un sector o distrito, con mecanismos formales de diversos niveles de acción coordinada/integrada, así como una metodología de gestión de gasto (17, 18).

Los servicios de referencia de cuidados paliativos son aquellos ubicados en hospitales universitarios, que atienden enfermos de alta complejidad y que disponen de recursos específicos para la docencia avanzada y la investigación.

Los programas de cuidados paliativos consisten en el conjunto de medidas adoptadas en un ámbito poblacional (sector, región, país) para responder a las necesidades poblacionales en el final de la vida (16).

También se han definido recursos no asistenciales de cuidados paliativos o bien recursos específicos destinados a la gestión o a la planificación u otros. Entre estos cabe destacar el Observatorio Quality de Final de la Vida de Cataluña y el Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos del Instituto Catalán de Oncología.

Las actividades de los equipos específicos de cuidados paliativos en España se han descrito en el Estudio de uso de recursos sanitarios en enfermos terminales de cáncer atendidos por equipos de cuidados paliativos en España (Estudio URSPAL. Ministerio de Sanidad), (16, 19, 20).

4. UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS

Las Unidades de Cuidados Paliativos toman como referente los *hospices* británicos, liderados por el *St. Christopher's* de mediados de los años sesenta (4).

Su estructura física debe hacer posible el proceso de atención en un contexto de privacidad y comodidad, el acceso y la presencia de la familia y el trabajo más confortable del equipo. Son preferibles las habitaciones individuales, los espacios confortables de estar, atención y espera de las familias y la posibilidad de un office para familiares en un ambiente acogedor y agradable.

El número de camas se decide en función de las condiciones estructurales o funcionales de las instituciones. Se estima, en base a los datos obtenidos de la evaluación de la Estrategia nacional en Cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud, un índice de 10 camas por 150.000 habitantes atendidos por una UCP (5).

El índice del personal de enfermería, proporción enfermería/ auxiliar debería depender de la complejidad de los enfermos y terapéutica, pero a menudo la condicionan más los factores externos como los costos (21).

La ubicación de las unidades dependerá básicamente del tipo de enfermo, si el perfil es más agudo, con estancias cortas, es aconsejable su integración en un

hospital de agudos, pero si el perfil es de larga estancia, pueden integrarse en centros distintos, como el caso del modelo catalán en forma de centros socio-sanitarios (5).

Los elementos de proceso de la actividad de una unidad de cuidados paliativos son:

1. Atención a enfermos y familias.
2. Trabajo en equipo.
3. Atención continuada y coordinación entre niveles.
4. Ética clínica y toma de decisiones.
5. Evaluación y mejora.

Para definir la integración de la atención paliativa en el sistema de salud, se tendrá que definir, para cada unidad y circunstancia los siguientes parámetros:

1. Tipología de usuarios.
2. Abanico de recursos.
3. Equipo específico con intervención en todos los ámbitos.
4. Metodología de gestión de casos y atención integrada.
5. Definición de los proveedores.

Si el sistema fuera complejo se debería de tener en cuenta además la presencia de sectores metropolitanos, el abanico total de los recursos, los diversos niveles de hospitales de agudos y centros socio-sanitarios, las diversas ubicaciones de recursos de cuidados paliativos y la coordinación entre los diferentes recursos.

Los principales dilemas de toda esta organización son:

1. La ubicación.
2. El número y dimensión de los recursos.
3. La cobertura.
4. Centros mixtos o monográficos.
5. Jerarquía y dependencia de los recursos (5, 19, 22).

4.1. CRITERIOS DE INTERVENCIÓN DE LOS EQUIPOS ESPECÍFICOS

En cuanto a los criterios de intervención de los equipos específicos, se ha evolucionado de un modelo basado en el pronóstico de semanas y en una intervención de carácter disociado y rígido, a otro modelo basado en las necesidades y la complejidad de pacientes y familias. Este modelo se caracteriza por ser flexible y cooperativo, con intervenciones compartidas, con un pronóstico de vida más largo, en donde el tratamiento específico no es una barrera para la intervención (5).

Un indicador preciso de esta evolución puede ser el tiempo de intervención de los equipos específicos y la proporción de atención compartida. Después de una intervención inicial de evaluación, con una propuesta terapéutica y de indicación de recurso, es preciso definir, en cada caso, el papel que cada equipo debe desempeñar en el seguimiento, en la atención continuada y en la respuesta a las situaciones urgentes.

5. EL SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA RIOJA

La Comunidad Autónoma de La Rioja representa una estructura sanitaria sencilla en su organización, con una única área de salud, dividida en 7 zonas básicas de salud, con un servicio de salud que está organizado en dos gerencias, una de atención primaria y otra de atención especializada.

Atiende a una población de derecho de unos 310.000 habitantes, y unos 350.000 de hecho, ya que las zonas limítrofes de Álava y Navarra frecuentemente utilizan los servicios sanitarios de La Rioja por razones de proximidad (23).

Solo existe un Hospital de referencia, el Hospital de San Pedro, actuando el Hospital de La Rioja como un anexo al mismo y el Hospital Fundación de Calahorra como un centro aparte, que debiera ejercer las veces de comarcal.

No constan, por tanto, otros centros asistenciales públicos y el tamaño de la comunidad permite su recorrido con cierta comodidad en poco tiempo.

El número de pacientes en situación terminal y avanzada siempre es difícil de cuantificar, pero acudiendo a las fuentes del INE (Instituto Nacional de Estadística) en el año 2005 fallecieron en La Rioja 742 personas por cáncer avanzado y 1.143 por causas no oncológicas.

La Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos del Ministerio de Salud, estima adecuada la cobertura asistencial por medios específicos de un 50% para pacientes oncológicos y de un 20% para pacientes no oncológicos (5).

Cuando se iniciaron los cuidados paliativos con medios específicos, se hizo mediante un acuerdo firmado en el año 1998 entre el INSALUD y la Asociación Española contra el Cáncer (AECC), designando un equipo formado por médico y enfermera de la AECC con un coordinador médico del INSALUD, con apoyo de psicólogo y trabajador social de la AECC, para atender el área de Logroño y 30 kilómetros de alrededor, de forma domiciliaria, con apoyo de 4 camas virtuales en el entonces sin reformar Hospital San Pedro. Este equipo trabajó desde el año 1998 hasta julio de 2002, en donde se integró en la Fundación Rioja Salud.

En el mes de julio de 2003, tras el oportuno proceso de selección de personal, empieza a funcionar la nueva estructura de la Unidad de Cuidados paliativos

actual, dotada entonces con dos médicos hospitalarios y 4 equipos domiciliarios, así como de planta específica en el Hospital de La Rioja.

Actualmente la unidad de cuidados paliativos de La Rioja cuenta con las siguientes estructuras:

- a) Planta de hospitalización, dotada con 10 camas hospitalarias, en habitaciones individuales.
- b) Consulta externa.
- c) 3 despachos de psicólogos en la unidad.
- d) 5 equipos de atención domiciliaria, que cubren toda el área de salud, trabajando 3 en Logroño y alrededores, 1 en Rioja alta y 1 en Rioja baja.
- e) 3 psicólogos de plantilla.
- f) 3 trabajadores sociales.
- g) 11 enfermeras de atención domiciliaria.
- h) 2 auxiliares en el área de consulta externa y domicilio.
- i) 5 enfermeras en planta.
- j) 8 auxiliares en planta.
- k) 1 administrativo del servicio.

El dimensionamiento del servicio se ha ido realizando conforme su desarrollo y la presión asistencial lo han ido demandando. Se estima en datos de la Evaluación de la Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos del año 2010, que es aplicable el criterio de 1 médico de plantilla por cada 110 enfermos nuevos año, con dos enfermeras por médico. Los ratios de profesionales de psicología y trabajo social no han sido definidos en dicha estrategia, valorándose solo la conveniencia de su intervención en el proceso asistencial, pero sin cuantificar su número en función ni de actividad ni de criterios de calidad (23).

Para realizar las visitas a domicilio el Servicio cuenta con 6 coches para los desplazamientos.

Durante el año 2008 se han recibido 483 enfermos nuevos para el área de domicilio, se ha atendido un total de 1.684 pacientes en domicilio, con 4.314 visitas domiciliarias, logrando un total de 34.196 días de estancias en domicilio, con una estancia media por paciente de 20,30 días. De los enfermos atendidos 1.591 han sido oncológicos y 93 no oncológicos.

Los ingresos hospitalarios han sido 366, con una estancia media de 9,90 días y unas estancias totales de 3.657.

Nuestros psicólogos han atendido un total de 1.448 casos, siendo nuevos 312, con un total de enfermos atendidos de 806 y de 1.457 familiares. Realizando un total de 1.762 sesiones de terapia.

Nuestros trabajadores sociales han atendido un total de 1.395 casos, realizando su labor fundamentalmente en domicilios.

La enfermería ha realizado 3.933 visitas de horario de mañana y 2.199 de tarde, ya que el horario de atención de enfermería del servicio es de 8 a 21 horas en todo el territorio de la comunidad.

6. COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS MÉDICOS Y PROFESIONALES

Uno de los principales retos de establecer una atención de calidad en cuidados paliativos es lograr una sensación de continuidad entre todos los estamentos implicados, para que la transición entre la atención curativa y la paliativa no sea brusca y el enfermo no se vea o no se sienta abandonado por el sistema de salud. También juega un papel importante la concepción social de los cuidados médicos y la idea del hecho de la muerte como algo natural y no como un fracaso de la persona y/o del sistema (24).

En el ambiente sanitario la necesidad del cuidado paliativo se ha ido haciendo patente conforme la población lo ha ido demandando. No nos engañemos, la demanda es social y no profesional.

La coordinación necesaria entre estamentos sanitarios y profesionales depende en gran medida de la voluntad individual, ya que el entramado jerárquico no puede ordenar una disposición de ánimo al trabajo continuado y a la cooperación entre profesionales.

El primer paso que se dio, tras la creación del Servicio de Cuidados Paliativo, fue su presentación a los profesionales, centrando el esfuerzo en la Atención Primaria, dado que se pensó desde el inicio, que el trabajo de la unidad en domicilio es de apoyo a la primaria y no sin ésta. Durante los dos primeros años se recorrieron todos los centros de salud de La Rioja, tanto para contactar y presentar la unidad como para iniciar actividades formativas, sobre todo en el tratamiento del dolor.

Posteriormente el esfuerzo ha sido más de coordinación, entrando en juego la Dirección de Primaria y los coordinadores de los centros, participando en menor grado los profesionales. La apuesta ha sido el introducir en la cartera de servicios de primaria la identificación de los pacientes en cuidado paliativo, la instauración de un plan de cuidados, el uso de las escalas analógico visuales en la valoración de la intensidad del dolor y afinar los circuitos de remisión de pacientes a la unidad

de paliativos, acordando con la dirección los criterios de derivación. Mucho trabajo burocrático y ocasionales éxitos reales.

A nivel de la atención especializada, el diálogo siempre ha sido más difícil, dada la particular organización de compartimentos estancos de los servicios clínicos. Sin embargo, dada la tipología de los enfermos atendidos en el Servicio de Paliativos y otros servicios, como por ejemplo Oncología, la colaboración es estrecha.

Por otra parte, existe una presión cada vez más fuerte para el uso de las camas hospitalarias desde la atención especializada, ya que no se ha previsto en La Rioja una derivación asistencial al Hospital San Pedro y una mayor reclamación de la asistencia domiciliaria por parte de las familias y la atención primaria.

El modelo implantado en La Rioja combina diferentes recursos específicos que dependen de una misma estructura administrativa (Fundación Rioja Salud) integrada en el sistema público de salud de La Rioja. Por una parte ha creado una estructura hospitalaria con planta, consulta externa y soporte de material clínico y administrativo, por otra una estructura domiciliaria que apoya la asistencia de la atención primaria (25) y por otra integra recursos específicos que permiten el trabajo interdisciplinar con psicólogos y trabajadores sociales como parte de los equipos de atención domiciliaria y apoyo de la atención hospitalaria.

De forma paralela, se ha creado un acuerdo entre la administración sanitaria y la AECC para el préstamo de material de apoyo necesario en el domicilio de los pacientes, como camas articuladas, sillas de ruedas, andadores, y más recientemente la adquisición de grúas para domicilio que permitan la movilización de pacientes totalmente encamados.

El Servicio de Cuidados, por tanto, aglutina asistencia médica convencional, asistencia psicológica y social, préstamo de material ortopédico y coordinación de niveles asistenciales. De esta manera, se ha huido expresamente de un modelo exclusivamente hospitalario, dado que el número de camas que implicaría sería excesivo, y también de un modelo sólo asistencial, basado en las unidades de hospitalización a domicilio, dependientes de los hospitales, no coordinadas con primaria y sin apoyos de psicología ni trabajo social (26).

Es evidente que en otras poblaciones, realidades regionales más extensas y de administración más compleja, el modelo desarrollado en La Rioja no sería válido, pero lo que cuenta es que la región está a la cabeza del país en cobertura asistencial y medios específicos junto con Cataluña y Extremadura.

7. DERIVACIÓN DE PACIENTES

Es fundamental en un servicio de estas características tener definido tanto las vías de entrada de pacientes, como los criterios de admisión de los mismos,

ya que vías improcedentes o pacientes que pueden tener otras formas de tratamiento deben seguir su camino.

Para derivar a un paciente a la Unidad el protocolo más común que se sigue es la derivación médica, bien de su especialista o de su médico de familia. No obstante muchos pacientes son atendidos en otras regiones, cambian de domicilio por razones familiares, ya que son cuidados por sus hijos, o simplemente viven solos y no tienen cuidadores. Por todo ello a parte de la tradicional derivación médica, se considera que es perfectamente válida la derivación desde las redes de trabajo social, las peticiones individuales y familiares o la remisión desde otros centros u otros servicios de cuidados paliativos de otras comunidades.

El establecimiento de los criterios de admisión o inclusión de un paciente ha sido un trabajo arduo, basado en criterios establecidos de forma científica por diversas sociedades científicas y por supuesto, es un proceso en continua revisión, dado los cambios en los conceptos clínicos, tratamientos y medios diagnósticos.

El abanico de pacientes, situaciones y patologías a incluir, hace que sea necesario el consenso de diferentes sociedades científicas para la definición de los criterios pertinentes.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) <http://www.who.int/cancer/media/AccionMundialCancerfull.pdf>.
- (2) Abel, E. K. "The hospice movement: institutionalizing innovation", *International Journal of Health Services*, 1986, 16, pp. 71-85.
- (3) Amesbury, B. D. W. "Terminal care at home", *British Journal of General Practice*, 1990, 40, p. 433.
- (4) Centeno, C.; Hernansáez, S. "Historia del movimiento *hospice*. El desarrollo de los cuidados paliativos en España", en Gómez Sancho, M. (ed.), *Medicina paliativa en la cultura latina*, Aran ediciones, Madrid, 1999.
- (5) Ministerio de Sanidad. *Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo*. Madrid 2007. Disponible en: <http://www.estrategiaencuidadospaliativos.es>. (Consultado el 17 de noviembre de 2009).
- (6) Pascual, A. "La estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud", *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 2008, 2-3, pp. 217-231.
- (7) Arcelay, A.; Sánchez, E.; Hernández, L. *et al.* "Self-assessment of all the health centres of a public health services through the European model of total

- quality management”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 1999, 12, pp. 54-58.
- (8) Barrelet, L.; Jousson, A. M. C. “Organization of palliative care in a general hospital”, *Palliative Medicine*, 1993, 7, pp. 39-43.
- (9) Chapman, C. R.; Gavrin, J. “Suffering: the contributions of persistent pain”, *The Lancet*, 1999, 353, pp. 2233-2237.
- (10) Díaz Agea, J. L. “El sufrimiento medicalizado”, *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, 2008, 23, pp. 50-56.
- (11) Gómez Batiste, X.; Ferris, E.; Paz, S.; Espinosa, J.; Porta Sales, J.; Esperalba, J. “How to ensure good quality palliative care: A Spanish model”, *Europe Journal Palliative Care*, 2008, 15, pp. 142-147.
- (12) *Gold Standards Framework prognostic indicators guidance*. Disponible en: <http://www.goldstandardsframework.nhs.uk>. (Consultado el 30 de noviembre de 2009).
- (13) Bayés, R.; Arranz, P. “Propuesta de un modelo integral para la atención paliativa”, *Medicina Paliativa*, 1996, 3, pp. 114-121.
- (14) Gomez Batiste, X.; Paz, S.; Porta Sales, J.; Espinosa, J. *et al.* “Basic definitions, principles and concepts on the organization of public health palliative care programmes and services”, Disponible en: http://www.iconcologia.net/catala/qualy/centre_descripcio.htm. (Consultado el 30 de noviembre de 2009).
- (15) Gómez Batiste, X. *Palliative Care: Basis of therapeutics and organisation of care*, Vic- Barcelona: CIRIT, the British Council, 1987.
- (16) Gómez Batiste, X.; Porta, J. *Organización de servicios y programas de cuidados paliativos*, Aran ediciones, Madrid, 2005.
- (17) Brooks, C. H. “The potential of costs savings of hospice care: a review of literature”, *Health matrix*, 1983, 1, pp. 49-53.
- (18) Brunner, D. W. “Cost-effectiveness and palliative care”, *Seminars In Oncology Nursing*, 1998, 14(2), pp. 164-167.
- (19) Higginson, I. J. *Clinical and organizational audit in palliative medicine. The Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Oxford University Press, 2004.
- (20) Ministerio de Sanidad y Consumo y SECPAL. *Estudio de uso de recursos sanitarios en enfermos terminales de cáncer atendidos por equipos de cuidados paliativos en España* (URSPAL), 2001.

- (21) Davis, M. P.; Walsh, D. "The business of palliative medicine: management metrics for an acute care inpatient unit", *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 2001, 18, pp. 26-29.
- (22) McNamara, B.; Rosenwax, L. K.; Holman, C. D. "A method for defining and estimating the palliative care population", *Journal Pain Symptom Manage*, 2006, 32, pp. 5-12.
- (23) <http://www.riojasalud.es/>.
http://www.larioja.com/20070125/region/rioja-cuidados-paliativos-instalara_200701251252.html.
- (24) Sanz Ortiz, J.; Gómez Batiste, X.; Gómez Sancho, M.; Núñez Olarte, J. M. *Cuidados paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados paliativos*, Ministerio de sanidad y Consumo, Madrid, 1993.
- (25) Benítez, M. A.; Salinas, A. *Cuidados paliativos en atención primaria. Aspectos de organización*, Springer Verlag Ibérica, Barcelona, 2000, pp. 111-117.
- (26) Porta Sales, J.; Gómez Batiste, X.; Pascual López, A. "Acute Palliative Medicine Units", en Walsh, D. (ed.). *Palliative Medicine*, Elsevier, Philadelphia, 2008, pp. 208-12.