

Sistemas integrales de alta cobertura

La experiencia de Las Palmas de Gran Canaria (España)

Marcos Gómez Sancho

Introducción

En el hospital Nuestra Señora del Pino existía una consulta de Tratamiento del Dolor que, un día a la semana, atendía el Jefe del Servicio de Anestesiología y Reanimación. Se atendían consultas de todo tipo de dolor y esta actividad funcionaba a expensas de la buena voluntad y alta profesionalidad del médico que la atendía. Era muy difícil de mantener por los constantes problemas que continuamente tiene el responsable de un Servicio de Anestesiología en un hospital general.

Quien escribe este documento, que pertenecía al citado Servicio de Anestesiología del hospital, había sufrido una enfermedad grave de la columna vertebral que, durante tres años le obligó a guardar cama. En el momento de ser dado de alta, los responsables del hospital y del servicio eran pesimistas de que pudiera seguir haciendo el duro trabajo anterior en un quirófano. Debo reconocer que yo mismo tampoco estaba muy seguro de mis posibilidades en ese sentido.

Se me ofreció entonces la posibilidad de ocuparme de aquella consulta de Tratamiento del Dolor y, después de meditarlo y de informarme, acepté.

No había espacio físico en el hospital para llevar una consulta decentemente por lo que hube de trasladarme al hospital El Sabinal, que pertenecía a la misma área sanitaria. Este era un hospital pequeño, que había sido un hospital antituberculoso y que recientemente había sido transferido al Insalud (todavía la Sanidad Canaria dependía del Insalud). En aquellos momentos, en este hospital había pequeños servicios de Medicina Interna, Cardiología y Neumología y había 130 camas en funcionamiento. Posteriormente se fueron añadiendo, además del nuestro, los servicios de Alergia, Psiquiatría de internamiento breve y Cirugía de alta precoz, con un total de 170 camas. Este hospital, como la mayoría de los centros antituberculosos de la época, está situado en un paraje tranquilo, en el campo, a 13 km. de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria.

Procedí a formarme académicamente para este nuevo trabajo. Después de aprender durante tres meses las técnicas más especializadas en la Clínica del Dolor del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, completé mi formación por medio de una Beca de 4 meses de la Asociación Española contra el Cáncer y el Fondo de Investigaciones Sanitarias en el Instituto Nacional del Cáncer de Milán.

Con una enfermera y una auxiliar de enfermería a tiempo parcial se abrió la consulta el día 9 de Mayo de 1989. Inicialmente, se comenzaron a ver enfermos de cáncer en situación terminal con el objetivo de atender en un futuro a enfermos con otros tipos de dolor. Fue la propia experiencia la que inmediatamente me obligó a cambiar el rumbo. Sin grandes problemas solucionábamos casi siempre de forma rápida el dolor de los enfermos. Pero continuaban expresando problemas de todo tipo, a veces más importantes que el dolor, en su opinión. Además de muchos otros síntomas, manifestaban miedos de todo tipo, ansiedad, angustia, desajustes en la dinámica familiar y social que les perturbaban. Y empezamos a comprobar que los familiares muchas veces lo pasan peor que el enfermo y nos sorprendimos empleando a veces más tiempo y esfuerzos con los familiares que con el

propio paciente. Así fuimos profundizando en las necesidades de estos pacientes y así descubrimos los cuidados paliativos. Ya nunca pensamos en atender enfermos con otro tipo de dolor. La atención a enfermos terminales es algo tan específico, que no creo conveniente mezclarla con enfermos de características tan distintas como son aquellos con lumbalgia, migraña, artrosis, etc. Una cosa deben ser las Unidades de Tratamiento del Dolor para tratar a todos estos enfermos y otra las Unidades de Medicina Paliativa para atender a los pacientes con enfermedad terminal. Son dos cosas distintas y nosotros optamos por esta última¹.

En julio de 1999 se cierran los dos hospitales, El Sabinal y Nuestra Señora del Pino y se inaugura el nuevo Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Nuestra Unidad se traslada a este nuevo hospital.

Un Sistema Integral es el que dispone de recursos propios para atender al enfermo allí donde éste se encuentre (Tabla I)

Tabla I. Profesionales de nuestra Unidad de Medicina Paliativa

<i>Profesionales</i>	<i>Número</i>
Médicos	8
Enfermeros	11
Auxiliares de Enfermería	7
Secretaria	1
Celador	1
Trabajador Social (*)	1
Psicólogo (*)	1
Sacerdote (*)	1
Conductor de automóvil	1
Voluntarios	10

(*) Dedicación parcial

Estos sistemas son un instrumento óptimo para alcanzar una cobertura amplia, rápida y a un coste razonable.

Consultas externas.

Cualquier especialista o médico de atención primaria nos puede remitir un enfermo. En la Tabla II se especifican los servicios de procedencia de nuestros enfermos en los diez primeros años².

Cuando el enfermo es ambulatorio, él mismo previa cita, acude a la consulta con la hoja de consulta de su médico (especialista o generalista).

Tabla II. Servicio de procedencia de los enfermos

Servicio	N	%
Oncología	1.617	29,95
Medicina Interna	623	11,32
Neumología	614	11,15
Cirugía general	592	11,10
Radioterapia	304	5,70
Atención primaria	293	5,50
Ginecología	246	4,62
Urología	239	4,48
Urgencias	231	4,34
Otros	228	4,28
Digestivo	213	4,00
ORL	102	1,93
Cirugía de tórax	89	1,66
TOTAL	5.391	100,00

Varones 3.117 (57.72%)

Mujeres 2.274 (42.28%)

En las consultas externas no hay y nunca ha habido lista de espera. Esto ha obligado en algunas épocas a prolongar altruistamente la jornada laboral de algún profesional. Pero lo hemos hecho porque creemos que estos enfermos no pueden ni deben esperar. Las expectativas de vida de los enfermos son muy limitadas. Un día de vida de uno de estos enfermos no tiene nada que ver con un día de los nuestros. O por lo menos, eso nos creemos. Somos tan insensatos que vivimos cada día como si nos quedasen por delante infinitos de ellos. Sucede que además muchos enfermos cuando acuden a nuestro servicio tienen múltiples síntomas. Un paciente con un dolor extenuante no puede esperar. Es una urgencia médica. En la Tabla III se expresan los síntomas de nuestros enfermos en la primera consulta³.

Al enfermo le recibe la auxiliar de enfermería que, además de recoger los datos de filiación, comienza a dar el soporte a enfermo y familiares. Les llama por su nombre, les ofrece alguna bebida si lo desean y les acompaña a la sala de espera (televisión y revistas). Cuando le toca el turno (que procuramos que sea pronto), le acompaña al despacho del médico y se le presenta.

Dependiendo del estado del enfermo, se le cita para la próxima entrevista, explicándole detalladamente que, si lo necesita, puede venir antes de la fecha y que nos puede llamar por teléfono cuando lo desee. Muchos enfermos vienen antes de la cita establecida y sin avisar. Son bienvenidos.

Tabla III: Síntomas en la primera consulta (1993)

<i>Síntoma</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Dolor	375	74.55
Estreñimiento	181	35.98
Debilidad	172	34.19
Insomnio	157	32.21
Anorexia	141	28.03
Boca seca	138	27.43
Disnea	99	19.68
Ansiedad	72	14.31
Tos	52	10.33
Náuseas/vómitos	51	10.13
Depresión	23	4.57
Confusión	11	2.18
Asintomático	16	3.18
Probl. Fam	23	4.57

En la Tabla IV se especifican algunas cifras de las tareas asistenciales de las consultas externas durante 2002.

Tabla IV. Actividad general de la consulta externa en 2004

<i>Actividad</i>	<i>Nº</i>
Primera consulta	732
Consultas sucesivas	13.026 ⁽¹⁾
Consultas telefónicas	7.301
Llamadas "busca"	1.785
Técnicas, curas, medicación, etc.	8.180
Consultas de enfermería	1.689

⁽¹⁾ Están incluidas las consultas a los familiares

48 horas después de la primera consulta, tenemos la costumbre de llamar por teléfono al enfermo para saludarle y comprobar el resultado de los tratamientos recomendados. Este sencillo y barato hecho, tiene un poder terapéutico y relacional tremendo. También telefoneamos a los enfermos 48 horas después de instaurar un tratamiento con morfina para detectar la posible aparición de yatrogenia y la necesidad de un eventual reajuste de la dosis.

En la Tabla V, aparece la localización del tumor de nuestros enfermos.

Tabla V. Localización del tumor primario (1989-1999)

<i>Localización</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Pulmón	1.147	21,06
Digestivo	839	15,40
Mama	628	11,53
Páncreas e hígado	481	8,83
Genitourinario femenino	467	8,57
Genitourinario masculino	445	8,17
Desconocido	381	6,99
Cabeza y cuello	310	5,69
Hematopoyético	259	4,75
ORL	242	4,40
Hueso y partes blandas	118	2,16
Piel	36	0,66
Otros	92	1,68
TOTAL	5.445	100,00

Enfermos: 5.391; Diagnósticos: 5.445 (54 enfermos tenían doble tumor primario)

A lo largo de estos años, hemos ido aumentando la cobertura del servicio, de tal forma que, aproximadamente en 1993, habíamos conseguido la cobertura del 100% de nuestra área operativa (Tabla VI). Aunque las cifras de enfermos nuevos ha seguido creciendo, se debe fundamentalmente a que prestamos servicio a algún enfermo del área sur, que en principio no nos correspondería, a la progresiva atención a enfermos terminales de otras patologías no oncológicas y al incremento de la incidencia del cáncer en Canarias.

La mortalidad por cáncer en Canarias es de 173.05 en los hombres y de 109.55 en las mujeres por 100.000 habitantes en el periodo 1982-1990, lo que hace aproximadamente 150 muertes por 100.000 habitantes y año⁴. Estas cifras de mortalidad por cáncer en nuestra Comunidad Autónoma muestra una tendencia de crecimiento⁵, con un incremento anual de alrededor del 3.55%, mayor que en otras Comunidades Autónomas (por ser la población canaria más joven).

Tabla VI.- Actividades de consultas externas

	<i>I^a Consulta</i>	<i>Sucesivas</i>	<i>Consultas telefónicas</i>	<i>Técnicas, sueros, medicación</i>
1989-1990	518	1.523	ND	ND
1991	478	2.516	ND	ND
1992	541	2.042	3.439	ND
1993	580	4.092	4.127	957
1994	577	4.556	4.019	874
1995	621	4.181	3.560	1.257
1996	616	5.507	3.527	1.718
1997	639	12.367 (*)	4.377	2.699
1998	592	12.805 (*)	5.696	3.252
1999	686	12.532 (*)	6.548	4.967
2000	624	13.319 (*)	7.033	7.149
2001	682	13.949 (*)	5.439	5.745
2002	708	12.152 (*)	6.790	6.517
2003	718	13.798 (*)	7.525	9.968
2004	732	13.026 (*)	7.301	8.180
TOTAL	9.312	128.365	69.381	53.283

(*) Están incluidas las consultas a los familiares

ND: No disponemos de datos fiables

Equipo de soporte del propio hospital

Cuando el enfermo está ingresado en cualquiera de las áreas de nuestro hospital, la hoja de consulta nos es remitida a la Unidad a través de un celador o del fax. Este equipo lo forma un médico y una enfermera quienes acuden a visitar al enfermo allí donde se encuentre ingresado. Estos profesionales procuran contactar con el especialista responsable del enfermo (que es quien nos ha remitido la Hoja de Consulta) y comparte con él las decisiones que se tomen con respecto al enfermo. Esta actividad tiene una importancia educativa crucial. A través de estos intercambios de impresiones, nuestros compañeros van aprendiendo el uso de fármacos para el alivio de los síntomas, además del “estilo” diferente de acercarse a enfermos de este tipo. Se va creando así, muy poco a poco, una cultura diferente en el hospital. Hoy, catorce años después, la mayoría de las veces en que se solicita nuestra presencia, nos encontramos con enfermos que ya están recibiendo morfina, por ejemplo, indicada por su médico. Esto era absolutamente impensable antaño.

Se comienza a contactar con la familia y, cuando es pertinente, se empieza a planificar el alta. Los familiares están fuertemente impactados por la noticia que han recibido hace unas horas o unos días. Acaban de ser informados de que su ser querido tiene una enfermedad incurable y de mal pronóstico (a los familiares sí que se les informa exhaustivamente y se les dice, incluso, la palabra cáncer)⁶. En estas circunstancias los

familiares están bloqueados y, por inercia, tienden a dejar al enfermo hospitalizado. Cambiar esta situación requiere un esfuerzo activo. Se impone explicarles bien lo que estamos dispuestos a hacer para cuidar al enfermo, los servicios que les podremos prestar. Y, sobre todo, resolver todas las dudas que puedan tener, que en estos momentos son muchas y que pueden ser un obstáculo para llevarse al enfermo a casa:

“¿Qué haré si surge un problema serio?”

“No queremos venir a urgencias”

“¿Con el trabajo que nos costó conseguir una cama!”

“¿Y si reaparece el dolor?”.

Les explicamos que los equipos de Asistencia Domiciliaria contactarán con su equipo de Atención Primaria y que le visitarán en su casa con regularidad. Les daremos el número de teléfono de nuestra Unidad y el número de un “busca” para los fines de semana y tarde y noche del resto de los días de la semana (24 horas, todos los días). Con esto no tendrán que ir nunca más al servicio de urgencias. De hecho, el número de urgencias recibidas en el hospital general, ha disminuido notablemente en parte por lo menos debido a que los enfermos terminales ya no hacen uso de este servicio (otrora clientes asiduos). En la figura 1 se expresan las variaciones en el número de urgencias atendidas hasta que comenzó a funcionar el servicio especial de urgencias (061 y después 112). Otros servicios de Cuidados Paliativos han comunicado experiencias similares en el descenso del uso del servicio de urgencias⁷.

Si el enfermo está en condiciones, cuando sea dado de alta le seguiremos viendo de forma ambulatoria en las consultas externas o en su domicilio si es necesario. Si está demasiado enfermo y no se puede dar el alta, le trasladamos a nuestra Unidad.

Se analizan algunos datos asistenciales comparando los registrados mientras nuestra Unidad se hallaba localizada en el Hospital El Sabinal (hasta junio de 1999) con los obtenidos en el Hospital Dr. Negrín a partir de esa fecha. En la Tabla VII se expresan las interconsultas recibidas de otros servicios del hospital, así como el porcentaje que supuso del total de los enfermo vistos en primera consulta. Se puede observar el importante incremento tanto absoluto como relativo.

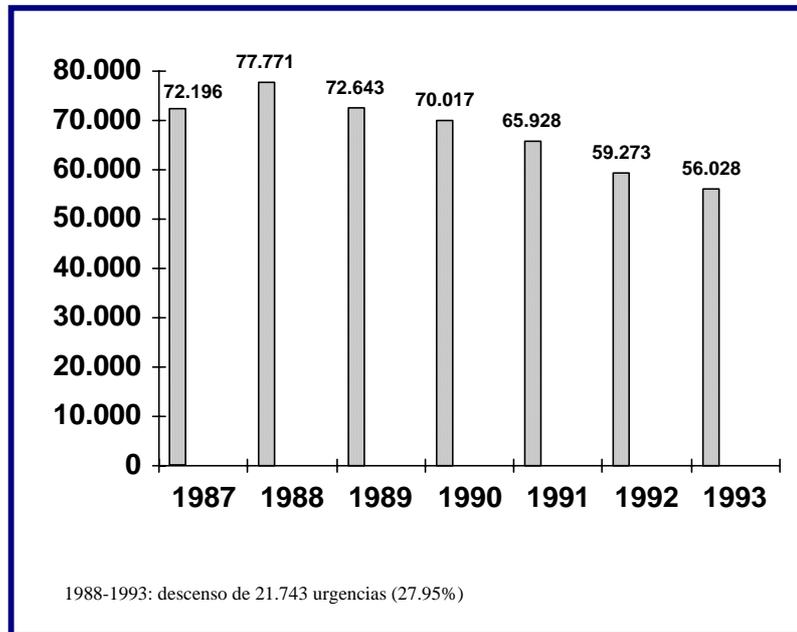


Figura 1. Variación en el número de urgencias entre 1987 y 1993

Tabla VII. Enfermos nuevos vistos y porcentaje que lo fueron por interconsulta de otros servicios del hospital

Año	Enfermos nuevos totales	Interconsultas	%
1998	592	132	22.4
2000	624	221	35.5
2001	682	265	38.85
2002	708	263	37.14
2003	718	328	45.68
2004	732	371	50.69

En el periodo septiembre 2001-septiembre 2002, se efectuó un análisis de las interconsultas recibidas. Se valoraron 186 enfermos (los que se encontraban acompañados por el cuidador principal en ese momento), distribuidos en 68 mujeres (36.5%) y 118 hombres (63.5%). La enfermera hizo 980 visitas (5.2 visitas por enfermo) y el médico 496 (2.7 visitas por enfermo). En la Tabla VIII figura el motivo de solicitud de la interconsulta

Aprovechando que era el primer contacto que teníamos con el enfermo y que además estaba acompañado por el familiar cuidador para investigar el nivel de información que tenían enfermo y familiares por lo que respecta al diagnóstico. En las Tabla X y Tabla XI se expresan los resultados obtenidos.

Tabla VIII. Motivo de solicitud de la interconsulta

<i>Motivo</i>	<i>Enfermos</i>	<i>%</i>
Valoración ^(*)	129	69.35
Dolor	116	62.36
Traslado	51	27.41
Disnea	22	11.82
Vómitos	18	9.67
Confusión	14	7.52
Problemas familiares	9	4.83
Hipo	1	0.53
Prurito	1	0.53
Agonía	1	0.53

^(*) Cuando los médicos ponían “Valoración” querían decir que el enfermo había sido etiquetado como “terminal” y pasaba a nuestro Servicio.

Muchas hojas de consulta tenían varios motivos.

El tipo de Interconsulta, está reflejado en la Tabla IX.

Tabla IX. Tipo de interconsulta

<i>Carácter</i>	<i>Nº de enfermos</i>	<i>%</i>
Normal	146	78.6
En el día	36	19.3
Preferente	3	1.6
Urgente	1	0.5

Tabla X. Grado de conocimiento del diagnóstico por parte de los enfermos

	<i>Nº de enfermos</i>	<i>%</i>
Desconocimiento	91	48.92
Conocimiento vago	62	33.33
Conocimiento completo	33	17.44

Tabla XI. Grado de conocimiento del diagnóstico por parte de los familiares

	<i>Nº de enfermos</i>	<i>%</i>
Desconocimiento	2	1.07
Conocimiento vago	6	3.22
Conocimiento completo	178	95.69

Programa de asistencia domiciliaria

Como se ha explicado a lo largo de este texto, la mayoría de estos enfermos prefiere ser cuidado en su casa. Según los datos de nuestra encuesta a los médicos de Atención Primaria de nuestro país, 6.310 de los 6.783 respuestas obtenidas, es decir, el 93.04%, llegado el caso preferiría morir en su casa y solamente 224 (3.3%) tiene preferencia por el hospital. Datos similares han sido comunicados en todos los países y en todo tipo de personas. Otra cosa es que no siempre los deseos del enfermo se puedan cumplir porque la decisión va a depender en gran medida de las personas que le tienen que cuidar, es decir, de los familiares. Ya se ha explicado en capítulos anteriores cómo la actuación con los familiares es crucial, entre otros, por el motivo que ahora estamos comentando.

Por este motivo, desde el primer momento se diseñó un Programa de asistencia domiciliaria que se pudo poner en marcha en Junio de 1991.

En aquella fecha comenzaron a funcionar dos equipos con este fin.

- Un equipo financiado por el Servicio Canario de Salud, compuesto por un médico y una enfermera que atiende a los enfermos que viven en el medio rural. Estos profesionales se desplazan con su propio automóvil y reciben una remuneración suplementaria por ello.
- Un segundo equipo financiado por la Asociación Española contra el Cáncer (AECC) que atiende a los enfermos que viven en la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria. Este equipo consta de dos médicos a jornada completa y dos enfermeras a media jornada. Un médico y una enfermera visitan por la mañana y un médico y una enfermera, por la tarde. Disponen de un automóvil y un conductor lo que facilita mucho el trabajo. Si los profesionales se desplazasen en sus coches, se podrían ver muy pocos enfermos debido a las dificultades para el aparcamiento. De esta manera, el conductor puede aparcar en doble fila o en otro sitio cualquiera, de manera que si molesta él mismo lo puede retirar. Mientras tanto, los profesionales están haciendo su trabajo con los enfermos.

En la Tabla XII se expresan los datos de estos años de la actividad de estos equipos. En este período hemos cuidado en casa a 3.287 enfermos, de los que 3.202 ya han fallecido. De estos datos, se podría hacer el siguiente análisis:

- Casi la mitad de los enfermos (47.97%) ha podido morir en su casa. Antaño, solamente el 20% de los enfermos de cáncer podía hacerlo. Aparte de la interpretación de calidad asistencial que puede ofrecer este dato, tiene también implicaciones económicas, como analizaremos posteriormente.
- Los que han muerto en el hospital, han ingresado las últimas horas de vida, en vez de las últimas semanas como sucedía antaño. El 37,95% habían ingresado las últimas 24 horas de vida (agónicos). En total, el 66% había ingresado las últimas 72 horas de vida, habiendo estado en su domicilio hasta entonces.

- La gran diferencia entre los enfermos que vivían en el medio rural y en el medio urbano. De los primeros, murieron en su casa el 67.96%, mientras de los segundos solamente el 36.64%. Esto se puede explicar por el distinto tipo de cultura y de sociedad, con más posibilidades de ayuda por parte de familia ampliada y vecinos en el caso de los pacientes que viven en el medio rural y que junto con un mayor desarrollo de los Servicios de Atención Primaria (convertidos en Centros de Salud), facilitan los cuidados en casa. Hoy ya están reconvertidos el 100% de los centros.

Para conseguir que los enfermos de cáncer en estadio avanzado o terminal puedan ser cuidados en su casa, incluso morir en ella si así lo desean, es muy importante tener en cuenta a los Servicios de Atención Primaria, tal y como se analizó en un capítulo anterior. Es muy probable que el médico de la familia conozca al enfermo desde hace tiempo y que goce de su confianza. Está físicamente cerca del enfermo y se encuentra, por consiguiente, en inmejorables condiciones para colaborar en sus cuidados.

Para que el médico general pueda, sin embargo, llevar a cabo esta tarea, es imprescindible ayudarle. Son muchos los problemas que el paciente va a presentar y muy poca, por no decir nula, la formación que en la Universidad ha adquirido en este sentido. Por este motivo, a nuestros equipos de asistencia domiciliaria les denominamos, y como tal se comportan, *Equipos de Soporte de Atención Primaria*. Médicos y enfermeras de nuestros equipos, contactan con sus colegas de Atención Primaria y juntos planifican y comparten los cuidados. De esta manera, igual que pasaba con los hospitales de agudos, poco a poco intentamos que dichos profesionales se vayan implicando en la tarea de cuidar a estos enfermos. La respuesta que hemos obtenido es muy desigual dependiendo, sobre todo, de la reconversión de la Atención Primaria. La respuesta fue mucho mayor en el medio rural que en el urbano ya que la transformación de los ambulatorios clásicos⁸ en Centros de Salud fue más rápida y precoz. De hecho, hemos visitado a 2.064 profesionales del medio rural, frente a 74 del medio urbano.

Actualmente, estamos dinamizando el programa de colaboración entre nuestro servicio y los la atención primaria. En cada Centro de Salud habrá una UAF (Unidad Asistencial Funcional, médico y enfermera) que coordine la atención a los enfermos terminales de su zona básica de salud, en contacto permanente con nuestra unidad. Aparte de cursos teóricos de formación a los profesionales de atención primaria, durante un mes rotan por nuestra unidad dicho médico y enfermera.

El futuro es esperanzador en este sentido. Los médicos residentes de medicina familiar y comunitaria, rotan obligatoriamente durante un mes por nuestro servicio, con lo que cada vez hay más médicos del primer nivel que tienen una formación básica y una mayor mentalización hacia esta modalidad asistencial. También rotan un mes los Residentes de Hematología y de Urología.

Tabla XII.- Datos del programa de asistencia domiciliaria (1 de Junio de 1991 al 30 de mayo de 2002, 11 años)

	TOTAL	CIUDAD	RURAL
Pacientes asistidos	3.287	2.094	1.193
<i>Hombres</i>	1.770	1.094	677
<i>Mujeres</i>	1.517	1.001	516
En Programa (30-05-2002)	56	30	26
Fallecidos	3.202	2.044	1.158
Fallecidos en domicilio	1.536 (47,97%)	749 (36,64%)	787 (67,96%)
<i>en UMP</i>	1.515 (47,31%)	1.184 (57,92%)	331 (28,59%)
<i>en otros lugares</i>	151 (4,72%)	111 (5,43%)	40 (3,45%)
Intervalo ingreso-éxitus < 24 h.	575 (37,95%)	450 (38,00%)	125 (37,76%)
<i>Id. 24-72 horas</i>	425 (28,05%)	340 (28,72%)	85 (25,68%)
<i>Id. > 72 horas</i>	515 (33,99%)	394 (33,28%)	121 (36,55%)
Visitas a pacientes: médicos	23.970	17.692	6.278
enfermeras	19.688	13.602	6.086
TOTAL visitas profesionales	43.658	31.294	12.364
Días laborables	2709		
Visitas a pacientes/día	16,12	11,56	4,56
Media de visitas por paciente	13,28	14,94	10,36
Visitas a profesionales	2.138	74	2.064
Media de visitas a profesionales/día	0,79	0,03	0,76
Colocación de infusores	1.298	700	598
Controles telefónicos	25.093	15.560	9.533
Id. urgencias	15.171		
Km. recorridos	516.020	264.992	251.028

Área de hospitalización

A pesar de nuestros esfuerzos por intentar ayudar a conseguir que nuestros enfermos puedan morir en sus casas, algunas veces esto no es posible y el enfermo debe ser hospitalizado. Las causas son, fundamentalmente: la familia muy reducida, o carencia de familia, la claudicación emocional de los familiares, la dificultad para controlar algún síntoma, el deseo explícito del enfermo o, simplemente, el miedo de los familiares a que el enfermo muera en su casa (recuerdos... dificultades para velar el cadáver en casa, etc.)⁹. Como anécdota, ciertamente macabra, en una ocasión tuvieron que sacar el ataúd por la ventana (afortunadamente se trataba de una planta baja) porque los empleados de la funeraria no conseguían girarlo por la estrechez de la escalera. Desde entonces, el equipo explora la construcción del edificio el primer día que se visita al enfermo.

Por este motivo, es necesario disponer de un área de hospitalización específica, con suficiente número de camas, de forma que siempre pueda ser ingresado un enfermo de urgencia y dotado de un personal con vocación y formación específicas.

A lo largo de estos años hemos ido adecuando el número de nuestras camas a las necesidades (Tabla XIII).

Tabla XIII.- Datos estadísticos del área de hospitalización

Año	Camas	Ingresos	Estancias	Ocupación	Est.Med	Fallecidos	Mortalidad
1989 (Mayo-Dic.)	3.00	ND	ND	ND	ND	ND	ND
1990	4.00	133	977	71.26	7.35	85	63.90
1991	5.80	292	1.633	78.00	5.46	223	76.36
1992	6.92	354	2.127	83.00	5.92	244	68.92
1993	7.79	406	1.857	65.35	4.57	229	56.40
1994	8.58	417	2.084	66.52	5.00	258	61.87
1995	9.00	460	2.291	69.80	4.98	306	66.52
1996	9.00	512	2.626	79.78	5.13	331	64.65
1997	10.17	566	2.909	78.37	5.14	335	59.26
1998	11.00	506	3.496	86.90	6.91	306	60.67
1999	14.57	487	3.150	66.76	6.47	332	61.18
2000	18	643	4.726	71.70	7.35	400	62.20
2001	17.95	661	5.116	78.11	7.74	424	64.14
2002	17.89	674	5.158	84.40	7.65	417	61.86
2003	17.77	660	5.419	86.57	8.21	410	62.12
2004	17.95	699	5.550	87.56	7.94	481	68.81

ND: No disponemos de datos fiables

Los primeros meses no teníamos camas asignadas; cuando necesitábamos ingresar a un enfermo, utilizábamos cualquiera del hospital. En la actualidad tenemos 18 camas: 16 en habitaciones individuales una habitación doble. Está bien tener alguna habitación doble; algunos enfermos tienen pocos familiares y de esta manera, los familiares de otro enfermo (generalmente muy solidarios en estas circunstancias) le proporcionan compañía, además de pequeñas ayudas. Algunas de las habitaciones individuales tienen dos camas: una para el enfermo y otra para el familiar acompañante, que de esta manera tiene más posibilidades de descansar. Otras tienen un buen sofá que garantiza igualmente el descanso del acompañante. Cada habitación dispone de un pequeño frigorífico (donación de la AECC) que facilita bebidas frescas para enfermo y familiares. Uno de los síntomas más prevalentes en este tipo de enfermos es la boca seca. Probablemente, unos sorbos de agua fresca sea el único placer que le quede al enfermo. También la AECC nos donó camas eléctricas con mando y televisores con mando a distancia (sin necesidad de introducir monedas cada veinte minutos). Tenemos comprobado que los pacientes no miran la televisión, pero a los

acompañantes les puede ayudar a pasar el tiempo. En el nuevo hospital todas las camas de dotación son eléctricas.

Las habitaciones individuales, por otra parte, son absolutamente imprescindibles. Es la única manera de poder garantizar la intimidad que requiere el proceso de morir para el enfermo que está muriendo y para sus familiares. Hay que evitar, además, que otros enfermos, eventuales ocupantes de las otras camas en el caso de habitaciones múltiples, se identifiquen con la muerte del enfermo de al lado. No es bueno que sean testigos de las escenas de dolor que habitualmente se producen cuando muere un enfermo.

En El Sabinal pintamos puertas, armarios y zócalos de pasillos y habitaciones de colores pastel (salmón y celeste) que son relajantes. En las paredes colgamos cuadros y plantas, con lo cual “parece menos” un hospital. Grandes Almacenes de la ciudad nos decoraron los pasillos, la sala de estar y la sala de espera y nos han regalado algún televisor, estores para las ventanas y algo de mobiliario. Poco a poco hemos conseguimos que el hospital aceptase la peculiaridad de nuestro servicio por lo que respecta a la disciplina. Pueden entrar el número de familiares que sea, sin límites ni horarios, y también pueden entrar los niños. Los familiares pueden, además, traer comida para el enfermo si quieren. También disponemos de un horno microondas en la planta y termos con leche e infusiones continuamente disponibles. Invitamos a comer al acompañante del enfermo. De esta manera, el familiar no tiene que buscar en la calle un sitio para comer y además, no tiene que abandonar al enfermo durante un par de horas. En el nuevo hospital intentamos poco a poco darle también una personalidad específica a nuestra área de hospitalización.

En el nuevo hospital, ocupamos una planta estándar, con dieciocho habitaciones.

El índice de mortalidad es de un promedio aproximado del 62%, es decir, que atendemos un 62% de enfermos agónicos y un 38% de enfermos “difíciles” que necesitan hospitalización transitoria para el control de síntomas, reajuste familiar, etc.

La estancia media promedio está entre 5 y 7 días, con mucho, la más baja del hospital. Conviene recordar que los enfermos terminales siempre fueron el terror de los gestores porque, considerados crónicos, alargaban notablemente la estancia media del hospital. La experiencia demuestra que una buena organización, dirigida a satisfacer la necesidades del paciente y sus familiares, como se ha detallado a lo largo de este documento, hace que sean muchos menos los enfermos que necesitan ser hospitalizados y que, además, lo sean por períodos mucho más cortos. Una vez más, hacer las cosas bien es más barato que hacerlas mal. Este modelo de organización hace, además, que los enfermos no tengan que acudir al Servicio de Urgencias, como se explicó anteriormente. El enfermo terminal es sabio e intuye, cuando no lo ha experimentado personalmente en ocasiones previas, que allí no va a ser tratado como él necesita. Es muy probable que el médico de urgencias, acostumbrado y preparado para tratar de forma rápida a enfermos agudos y potencialmente recuperables, instaure las mismas pautas con un enfermo terminal. Así, no es raro que a un paciente agónico se le realicen múltiples radiografías, gasometrías arteriales, corrección endovenosa de líquidos y electrolitos, sondaje nasogástrico e incluso endotraqueal. Todo ello muy molesto, caro, inútil y frecuentemente doloroso. Todo esto, además, implica la separación de sus seres queridos que, junto quizás con un poco de morfina y apoyo emocional, es lo único que el enfermo puede necesitar en esos momentos.

Aspectos económicos

En su momento analizamos minuciosamente el coste total de nuestra Unidad (año 1995), que fue de 1.054.514 Euros (175.049.400 pts.): el 89% de esta cantidad fue financiación pública (Servicio Canario de Salud) y el 11% restante corrió a cargo de la Asociación Española contra el Cáncer, que financia en su totalidad uno de los equipos de asistencia domiciliaria (Anexo 1). En estas cifras están incluidos absolutamente todos los gastos (los costes propios, repercutidos y estructurales) de todas las actividades: consultas externas, hospitalización y asistencia domiciliaria. Además, se incluye la mayoría de la medicación de los enfermos, entre otros, toda la morfina y los infusores. Como quiera que se atendieron 621 enfermos nuevos, el coste por enfermo fue de 1.698 Euros¹⁰. Esto quiere decir que la atención óptima a un enfermo de cáncer durante sus últimos 92 días de vida, cuesta 1.700 euros (Tabla XIV). Es preciso recordar que la atención a un parto normal cuesta en torno a las 1.200 Euros.

Tabla XIV.- Parámetros funcionales en días

Media	91.95
Mediana	44.5
Rango	1-1425

Otro aspecto interesante, por lo que respecta a la eficiencia del servicio, es el ahorro de estancias hospitalarias. De los 549 pacientes fallecidos a lo largo del año objeto del estudio, 306 murieron en el hospital (el 55.7%) con una estancia media de 4.98 días. Consumieron, pues, 1.523 estancias. Si comparamos estos datos con lo que sucedía antes de la creación de nuestro servicio de Medicina Paliativa (morían en el hospital el 80% de los enfermos de cáncer y su estancia media era de 25 días), se comprueba que se habrían consumido 10.975 estancias. Se han liberado, por lo tanto, 9.452 estancias. Teniendo en cuenta que el coste de estancia o UPA (Unidad Ponderada Asistencial) era por aquella época de unos 240 Euros en nuestro hospital, el ahorro, solamente en ese año, habría sido de 2.277.590 Euros.

Han sido publicados datos similares de otros servicios con amplia experiencia y buena cobertura y organización. Así, por ejemplo, en Cataluña, donde han desarrollado un programa específico de cuidados paliativos durante cinco años, refieren un ahorro anual de 8.43 millones de Euros¹¹.

Bien es verdad que la Administración no se ha ahorrado nada. Ha gastado lo mismo (incluso algo más), porque el hospital siempre está lleno y con enfermos esperando. Entonces diremos que, teniendo en cuenta que la estancia media del hospital es de 12 días y gracias a las 9.452 estancias liberadas, sucede que con el mismo dinero se ha podido atender a 788 enfermos agudos más.

Por otra parte, como hemos comentado, los enfermos de cáncer en situación avanzada y terminal, otrora clientes asiduos, han dejado de acudir al Servicio de Urgencias del hospital. Un buen control de síntomas, soporte psicosocial a enfermo y familiares y un servicio telefónico permanente, hace que el enfermo muy raramente tenga que acudir a dicho servicio. Este aspecto puede haber influido de forma muy importante en que el número de urgencias atendidas en nuestro hospital haya descendido en 21.743 (27.95%) desde 1988 a 1993 (figura 1). El promedio anual es de 4.348 urgencias menos. El coste de atender una urgencia estaba establecido en aquel año en 100 Euros, con lo cual estaríamos hablando de un ahorro complementario de 435.000 Euros cada año. También es verdad que, a simple vista, la Administración no se ha ahorrado nada. Sin embargo, si en vez de disminuir la cifra de urgencias hubiese seguido con la tendencia ascendente que tenía, quizás se hubiese tenido que aumentar la plantilla de profesionales. En todo caso, por lo menos se estarán atendiendo mejor al resto de los enfermos que acudan a este Servicio de Urgencias.

De todas formas, la rentabilidad económica no es más que un apéndice de la rentabilidad humana, auténtica razón de ser del Servicio. En la Tabla XV se recogen las expresiones de gratitud de los familiares por la atención recibida, la inmensa mayoría de las veces después de fallecer el enfermo. El agradecimiento y reconocimiento de los enfermos es el principal motor que ayuda a los profesionales a continuar con esta labor, a veces muy dura. Las personas agradecen mucho el ser tratadas con cariño y afecto y, mucho más, cuando dichas personas están gravemente enfermas. En mi época de trabajo como anestesiista-reanimador yo he salvado la vida de muchas personas y, sin embargo, jamás nadie me ha dado las gracias siquiera. Nuestros enfermos hoy, a pesar de que antes o después todos mueren, son las personas más agradecidas. Esta aparente paradoja nos debería inducir a reflexionar sobre las auténticas y profundas necesidades del ser humano.

Tabla XV. Muestras de agradecimiento de familiares

Notas periódico local	367
Cartas personales	224
Placas	58

Docencia

Desde el primer momento, consideramos que además de la mejor atención posible a los enfermos, teníamos la obligación de difundir los principios de la Medicina Paliativa y procurar mejorar la formación de nuestros compañeros en esta modalidad asistencial. En este sentido hemos organizado e impartido un buen número de cursos y pronunciado conferencias en otras ciudades y países.

Los Médicos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, Hematología y Urología efectúan una rotación de un mes por nuestra Unidad, dentro de su programa de formación. Independientemente de ello, un buen número de profesionales de nuestra isla y

de otras ciudades del país y del extranjero, han rotado un tiempo variable por nuestro Servicio (Tabla XVI)

Tabla XVI. Formación de otros profesionales

MIR de MF y C	172
MIR Urología	8
MIR Hematología	9
Otros profesionales de Canarias	76
Profesionales del resto de España	194
Profesionales extranjeros	71
Becarios (6 meses)	6
Becarios (12 meses)	1
Alumnos de la Universidad	103

Los años 1998 y 1999, el Servicio Canario de Salud ha otorgado, después de una Auditoría por medio de la Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS), el reconocimiento a nuestra Unidad como Servicio de Excelencia y se nos concedió la capacidad de admitir becarios. Hasta este momento han disfrutado de una beca o bolsa de estudios de 6 meses los siguientes profesionales: una enfermera y dos médicos cubanos, un médico peruano, una médica venezolana y una médica uruguaya y una beca de 12 meses un médico mexicano. En octubre de 2005 se ejecuta una beca de 12 meses a una doctora uruguaya.

Hemos elaborado el material para dos cursos a distancia seguidos por más de treinta mil profesionales de España y de otros países, fundamentalmente iberoamericanos. Una tercera edición, mucho más ampliada (“Avances en Cuidados Paliativos”), se está llevando a cabo en estos momentos. El día 11 de abril de 2003, la Excm. Sra. Ministra de Sanidad y Consumo del Gobierno de España presentó en Las Palmas de Gran Canaria (España) los libros de texto que constituyen el material de estudio de este nuevo curso.

Hemos elaborado los dos primeros documentos escritos en castellano de protocolos de control de los síntomas en enfermos terminales

Tabla XVII).

El primero, editado por el Insalud en 1991 y el segundo editado por Asta Medica en 1992. De este último se han realizado tres ediciones y se han distribuido más de 250.000 ejemplares por todo el país. Posteriormente, el Servicio Canario de Salud ha editado una “Guía de recomendaciones” para el cuidado de estos enfermos en 1998 y en Abril de 1999, de nuevo con la colaboración de Asta Medica, hemos editado una nueva versión¹² de todos ellos con el nombre de “Cuidados Paliativos: control de síntomas”. A finales de este año 2003 esperamos tener editada la cuarta edición (hoy Asta Medica se llama Viatrix)

Tabla XVII. Actividades académicas (1989-2004)

Cursos realizados	67
Conferencias	759
Comunicaciones a Congresos	95
Libros	16
Capítulos de libros	143
Artículos en Revistas	49
Tesis doctorales defendidas	2
Tesis doctorales en preparación	3

Universidad

Los tres últimos cursos se ha impartido la asignatura Cuidados Paliativos a los alumnos de 6º curso, como asignatura optativa con una carga horaria de 3 créditos (2000-2001, 2001-2002, 2002-2003, 2003-2004). Estos créditos están repartidos de la siguiente manera: 15 horas de clases teóricas y 15 de prácticas (dos mañana en nuestra Unidad, participando en todas las actividades asistenciales).

En la evaluación final de la asignatura el 87.02% de los alumnos manifestaron que los tres créditos de esta asignatura les parecía poco tiempo y el 97,4% dijeron que, además, esta asignatura debería ser obligatoria.

En las Tabla XVIII y Tabla XIX se pueden observar la gran aceptación y satisfacción de los alumnos con esta asignatura.

Tabla XVIII. Cumplimiento de los objetivos en opinión de los estudiantes

	<i>Alumnos</i>	<i>%</i>
100%	40	51,94
90%	26	33,76
80%	10	12,98
70%	1	1,29
60%		
50%		

Alumnos matriculados 103
Asistentes voluntarios 10
Encuestas 77

Tabla XIX. Grado de satisfacción con la asignatura

	<i>Alumnos</i>	<i>%</i>
100%	59	76,62
90%	11	14,28
80%	6	7,79
70%	1	1,29
60%		
50%		

Alumnos matriculados	103
Asistentes voluntarios	10
Encuestas	77

Otras actividades: apoyo psicosocial

La figura del psicólogo y del trabajador social, es crucial en los cuidados paliativos. La dimensión social de la enfermedad y la esfera psicológica del paciente, analizadas a lo largo de los distintos capítulos de este texto, hace que los equipos de cuidados deban incluir a estos profesionales.

Sin embargo, resulta extraordinariamente difícil que la Administración comprenda este asunto. Los psicólogos solamente existen en las redes de salud mental y los trabajadores sociales, que existen en los hospitales, sólo son concebidos por la necesidad de resolver diversos trámites burocráticos de los enfermos hospitalizados. Nada que ver con la misión, mucho más amplia, de estos profesionales en cuidados paliativos. Se trata de una tarea de soporte, absolutamente imprescindible, al enfermo y sus familiares a lo largo del proceso.

Como resulta absolutamente imposible que nos contraten un trabajador social para nuestro servicio (aunque se ha intentado persistentemente durante catorce años), contamos con la colaboración de la trabajadora social de la AECC durante 4 días a la semana. En la Tabla XX figura la lista de actividades de esta profesional.

Con el psicólogo tenemos idéntico problema. Tenido la colaboración de la psicóloga de la AECC (fundamentalmente en soporte a familias y programa de entrenamiento a voluntarios). En la Tabla XXI figuran las actividades realizadas por esta psicóloga.

Tabla XX. Intervenciones de la Trabajadora Social (1993-2002)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Recursos técnicos	46	66	81	86	70	96	108	98	88	76
Orientación	25	30	34	62	72	97	230	227	410	465
Centros concertados	16	7	20	20	21	20	18	23	12	24
Soporte emocional		25	39	83	113	113	274	151	370	293
Ayudas alimenticias		18	13	7	11	5	8	2	21	22
Servicio de ayuda a domicilio	3	4	5	9	8	5	7	7	4	6
Extranjería		2		1		1	5	2	2	5
Prisiones		8	4	6	3	4	11	4	3	2
Ayudas económicas	66	10	11	31	17	31	20	17	23	28
Coordinación con otros servicios	26			56	59	53	185	89	182	213
Visitas domiciliarias	120	61	44	39	47	17	14			
Vivienda		3	2	3	2	4	3	2	6	3
Problemática jurídica		1	1	4	5	3	2	1		3
Toxicomanías		1		2		1			3	
Menores			1	6			2	2	1	
Valoración Social					42	52	8	10	9	2
Voluntariado										
Enterramientos			1	3	5	2	3	4	1	3
<i>Pacientes atendidos</i>							244	196	343	441
<i>Familiares atendidos</i>								252	474	506

* El año 1992 no se cuantificó la demanda.

Tabla XXI Actividades de la psicóloga (1994-2002)

Año	Enfermos	Sesiones	Familiares	Sesiones	Totales	
					Pacientes	Sesiones
1994	30		11			72
1995	27	74	98	196	125	270
1996			Sin contabilizar			
1997	50	219	47	139	97	358
1998	43	210	38	171	81	381
1999	35	105	75	258	110	363
2000	39	95	117	340	156	435
2001	99	331	92	342	191	673
2002	86	247	125	407	211	654

Epílogo

A lo largo de estos catorce años hemos desarrollado una intensa labor como queda reflejado en el presente capítulo de este libro. Junto con los compañeros de otros servicios del hospital, hicimos de El Sabinal (que, como todo centro antituberculoso, era un hospital maldito para las poquísimas personas que lo conocían incluso de nuestra ciudad), un hospital moderno y prestigioso en todo el país y en otros países.

Cualquier compañero que lea estas líneas es capaz, con toda seguridad, de imaginar los problemas, las dificultades e incomprendiones que hemos tenido que vencer para llegar hasta aquí. Sería imposible, además de deprimente, enumerarlas siquiera. Lo que no ofrece ninguna duda, es que todos nosotros hemos dejado media vida entre las paredes de aquel viejo y entrañable hospital.

La nueva organización de la Sanidad en nuestra isla, hizo que el 29 de junio de 1999 se cerrase definitivamente aquel hospital y tuviéramos que trasladarnos a uno nuevo, el *“Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín”*.

No cabe duda de que, además del componente romántico, algo perdimos con el cambio, tanto los profesionales como los propios enfermos. El ambiente tranquilo por su ubicación en el campo, el trato amable que inducen las instituciones pequeñas, la flexibilidad en la disciplina carcelaria-hospitalaria, etc., fueron algunas de las pérdidas. Pero también hemos ganado en algunos aspectos: la convivencia más cercana con los especialistas que nos han remitido los enfermos, la cultura de un gran Hospital Universitario, etc., pueden ser algunas mejoras, sin menospreciar el confort de trabajar en una estructura muy nueva con un buen número de servicios modernos. Será uno de los hospitales mejor dotados de Europa en la actualidad.

Este cambio ha supuesto algunas ventajas y algunos inconvenientes que pasamos a enumerar.

Ventajas

1. Este nuevo hospital está ubicado en el centro de la ciudad, lo que ofrece las siguientes mejoras:
 - Más visitas de los equipos de asistencia domiciliaria.
 - Mayor uso por parte de los enfermos. Muchos familiares eran reacios a ingresar a su enfermo en El Sabinal porque no tenían automóvil, los transportes públicos son muy malos y poco frecuentes y el hospital quedaba muy lejos.
2. Ha sido enorme la publicidad que se ha hecho con la inauguración de este centro, con lo que los ciudadanos son mucho más propensos a su utilización.
3. El Sabinal se había hecho muy conocido en nuestra ciudad y la gente lo identificaba mucho con cáncer terminal y enfermos que se mueren. El hospital

estaba “estigmatizado”. Suponemos que muy pronto el estigma será “la sexta planta” del nuevo hospital. Es inevitable.

4. Nuestra Unidad se encuentra más cerca de los servicios que nos remiten los enfermos. Esto tiene consecuencias:

- Hay más traslados a nuestra Unidad ya que algunos enfermos se quedaban en su servicio de procedencia por no trasladarlo a otro hospital tan distante.

Como consecuencia de la cercanía de los otras unidades asistenciales del hospital, este servicio de traslado de los enfermos en situación terminal de los otros servicios a nuestra Unidad se ha incrementado muy notablemente. (En la Tabla XXII se expone el incremento de estos traslados)

Tabla XXII. Traslados de otros Servicios del hospital a nuestra Unidad

Año	Enfermos
1998	38
1999	61
2000	132
2001	158
2002	150
2003	161
2004	138

Como consecuencia de todo ello, el número de pacientes fallecidos en nuestra planta se ha incrementado notablemente. (Tabla XXIII)

Tabla XXIII. Variación del número de enfermos fallecidos en nuestra planta de hospitalización

Año	Ingresos	Fallecidos	%
1998	505	306	60.67
1999	548	332	61.37
2000	643	400	62.31
2001	661	424	62.17
2002	674	417	61.86
2003	660	410	62.12
2004	699	481	68.81

- Más interconsultas. (Véase la **Tabla VII**)

- Más y mejor coordinación y colaboración con estos servicios: se ha dinamizado el equipo de soporte intrahospitalario y se realiza una reunión semanal con los Servicios de Oncología Médica y Radioterápica.
5. Concentración de enfermos de más alta complejidad. Más interconsultas a otros servicios y algún incremento de solicitud de pruebas diagnósticas. Mejor calidad de la asistencia.
 6. Otras ventajas:
 - Mayor propensión a la investigación en el contexto de un Hospital Universitario con una Unidad Especial de Investigación con muchos recursos.
 - Mayor facilidad para realizar estudios multicéntricos y desarrollar tesis doctorales.
 - Desde el año 2000 ya impartimos la Asignatura de Cuidados Paliativos en la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y parecen más coherentes las prácticas de los estudiantes en el entorno de un hospital universitario claramente docente.
 - A través de la FUNCIS (Fundación Canaria de Investigación y Salud), hemos otorgado 6 becas de seis meses de duración cada una a distintos profesionales de Iberoamérica para ampliación de estudios en Medicina Paliativa. También parece más coherente en el contexto de nuestro actual hospital.

Inconvenientes

1. Pérdida de un “*entorno amable*” (hospital pequeño, ambiente familiar y hogareño, decoración especial, comida para los acompañantes). Todo esto se ha perdido.
2. Incorporación progresiva al “ambiente hostil” de cualquier hospital (familiares agresivos, gravísimos problemas para aparcar el auto...).
3. Relativa pérdida de flexibilidad de la disciplina (número de visitantes, horarios de visitas, comidas...).

Anexo 1
Costes del servicio en 1995 (166,386 pesetas = 1 euro)

COSTES PROPIOS	PESETAS
Arrendamientos	2.000
Pagos en efectivo	424.000
Agua y energía	434.000
Farmacia y hemoderivados	4.663.000
Limpieza y desinfección	2.150.000
Mantenimiento	87.000
Atención continuada	4.404.000
Nóminas	45.078.000
Seguridad	323.000
Suministros	6.426.000
Teléfonos y Comunicaciones	765.000
TOTAL	64.755.000

COSTES ESTRUCTURALES	PESETAS
Admisión	1.073.000
Atención al paciente	814.000
Dirección	3.857.000
Administración	8.374.000
Medicina Preventiva	443.000
TOTAL	14.561.000

COSTES REPERCUTIDOS	PESETAS
Alimentación clientes	1.664.000
Esterilización	436.000
Consultas Externas	15.108.000
Gestión de Farmacia	4.047.000
Fisioterapia	80.000
Hospitalización	51.278.000
Lencería	154.000
Gestión de mantenimiento	556.000
Personal	255.000
Compras	577.000
Análisis clínicos	1.177.000
Anatomía Patológica	68.000
Docencia e Investigación	163.000
Hematología Laboratorio	458.000
Medicina Nuclear	2.000
Audiovisuales	351.000
Microbiología	16.000
Neurofisiología	12.000
Radiología	445.000
Electromedicina	7.000
Concierto de Medicina Nuclear	24.000
TOTAL	76.879.000

TOTAL	PESETAS
Costes propios	64.755.000
Costes repercutidos	76.879.000
Costes estructurales	14.561.000
SUBTOTAL	156.195.000
Asociación Española contra el Cáncer	18.858.400
TOTAL	175.049.400 (1.054.514 euros)

Bibliografía

1. Gómez Sancho M. Una reunión amistosa [editorial]. *Rev Soc Esp Dolor* 1996; 3: 83-84.
2. Gómez Sancho M, Ojeda Martín M, García Rodríguez DE, Navarro Marrero MA, Marrero Martín M^ªS, Guerra Mesa A. Experiencia en el cuidado de 3.522 enfermos con cáncer terminal en un servicio integral de Medicina Paliativa. *Medicina Palliativa* 1996; 4: 32-44.
3. Gómez Sancho M. Control de síntomas. Incidencia. Principios generales del control de síntomas. Sistemas de evaluación. En: Gómez Sancho M. *Cuidados Paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*. Las Palmas: Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPSS), 1994; 41.
4. Atlas de mortalidad por cáncer en la Comunidad Autónoma de Canarias 1982-1990. Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Canarias. Tenerife, 1995. Anexo 2.
5. Bello Luján LM. Evolución de la mortalidad por cáncer en Canarias (1976-1988). *Canarias Médica* 1995; 1-4: 25-30.
6. Gómez Sancho M. *Cómo dar las malas noticias en Medicina*. Madrid: Arán, 1998.
7. Gómez Batiste X. Sistemas integrales de atención. *Rev Calidad Asistencial* 1995; 6: 337-342.
8. López de Maturana A, Morago V, San Emeterio E, Gorostiza J, Olaskoaga A. Attitudes of General Practitioners in Bizcais, Spain, towards the terminally ill patient. *Palliat Med* 1993; 7: 39-45.
9. Parkes CM. Terminal Care: Home, Hospital or Hospice Care. *Lancet* 1985; 19: 155-157.
10. Gómez Sancho M. Los cuidados paliativos ¿un lujo? *Algía* 1996; 3: 5.
11. Fontanals MD, Gómez Batiste X, Vallés E, Martínez F, Ferro T, Roca J. Planificación y organización de los cuidados paliativos. En: Gómez Batiste X, Planas Domingo J, Roca Casas J, Viladiu Quemada P. *Cuidados Paliativos en Oncología*. Barcelona: Jims, 1996; 321.
12. Gómez Sancho M, Ojeda Martín M. *Cuidados Paliativos: control de síntomas*. Madrid: Asta Médica, 1999.