

Monografías **SECPAL**

N.º 9 • MAYO 2016

Análisis y evaluación de los recursos de Cuidados Paliativos de España

*Sociedad Española de
Cuidados Paliativos*



SECPAL

Monografías

SECPAL

N.º 9 • MAYO 2016

Análisis y Evaluación de los Recursos de Cuidados Paliativos de España

**Sociedad Española de Cuidados Paliativos
SECPAL**

**Dirección y Equipo técnico:
New Health Foundation, Sevilla. España.**

**Con el patrocinio de
Angelini Farmacéutica**

**y la colaboración
de Inspira Network**



SÍOSÍ
punto gráfico
www.siosigrafico.com

Edita: Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL

Maquetación: SÍOSÍ Punto gráfico

Madrid

Paseo de La Habana, 9-11. 28036 Madrid

Tel. (+34) 91 298 61 87

Fax. (+34) 91 563 97 10

info@secpal.com

© 2016. Sociedad Española de Cuidados Paliativos

ISBN: 978-84-940224-0-1 (Obra completa)

ISBN: 978-84-940224-9-4 (Número 9)

Depósito legal: **M-29177-2014**

www.secpal.com

Índice de Autores

Doblado Valderrama, Rafael
Responsable de mejora continua del Programa de Cuidados Paliativos.
New Health Foundation, Sevilla.

Herrera Molina, Emilio
Médico. Experto en planificación, gestión y desarrollo del Programa de Cuidados Paliativos.
Presidente New Health Foundation, Sevilla.

Librada Flores, Silvia
Directora de proyectos PMP®.
New Health Foundation, Sevilla.

Lucas Díaz, Miguel Ángel
Analista de datos del Programa de Cuidados Paliativos.
New Health Foundation, Sevilla.

Muñoz Mayorga, Ingrid
Consultora de proyectos del Programa de Cuidados Paliativos.
New Health Foundation, Sevilla

Rodríguez Álvarez-Ossorio, Zacarías
Director de calidad y evaluación del Programa de Cuidados Paliativos.
New Health Foundation, Sevilla

Miembros del Board del Directorio SECPAL 2015

Centeno Cortés, Carlos
Médico experto en Medicina Paliativa. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.
Grupo de Investigación Atlantes. Investigador Principal. Instituto Cultura y Sociedad. Pamplona.

Espinosa Rojas, José
Médico experto en Cuidados Paliativos. Instituto Catalán de Oncología ICO. Programa de Detección Precóz de Cáncer Colorectal. Hospitalet de Llobregat.

Flores Pérez, Luis Alberto
Coordinador en Observatorio de Cuidados Paliativos. Unidad de Investigación y Docencia. Hermanas Hospitalarias. Centro Sociosanitario Palencia.

Gándara del Castillo, Álvaro
Médico experto en Cuidados Paliativos. Fundación Jiménez Díaz.
Presidente Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL. Madrid.

Herrera Molina, Emilio
Médico experto en planificación, gestión y desarrollo de Programas de Cuidados Paliativos.
Presidente New Health Foundation, Sevilla.

Librada Flores, Silvia
Directora de proyectos PMP®.
New Health Foundation, Sevilla

Pascual López, Antonio
Médico experto en Medicina Paliativa.
Director de la Unidad de Cuidados Paliativos.
Hospital Sant Pau, Barcelona

Rocafort Gil, Javier
Médico experto en Medicina Paliativa.
Director Médico. Fundación Vianorte-Laguna. Madrid.

Prólogo

Sale a la luz esta nueva monografía sobre el Análisis y Evaluación de los Recursos de Cuidados Paliativos en España que completa la anterior y por lo tanto el compendio del análisis de la gran cantidad de datos que el trabajo del Directorio SECPAL 2015 ha supuesto en los últimos meses. Desde el rigor en el método de la recogida de la información, a través de un intenso e impecable trabajo y tras la descripción de los recursos registrados, se comenzó el trabajo de análisis y evaluación que permite conocer desde un punto de vista cuali y cuantitativo y con una visión estratégica la situación actual de los Cuidados Paliativos en España.

El análisis y las conclusiones recogidas en esta Monografía van a ayudar a conocer cómo estamos y dónde. Necesitamos saber cuál es el nivel de desarrollo de los Cuidados Paliativos en cada región, si la atención al final de la vida es de calidad y qué oportunidades y retos tenemos para poder desarrollar definitivamente los Cuidados Paliativos en España, para poder así reclamar a los gestores y responsables sanitarios las necesidades de cada región o autonomía. Solo conociendo en profundidad y de una forma independiente qué tenemos, podremos mejorar. Además, en la Monografía se describe por primera vez la situación de los recursos no asistenciales del ámbito de la Formación, Gestión y desarrollo de los Cuidados Paliativos, Investigación y Sensibilización Social.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos debe de seguir siendo la referencia para el conocimiento de la situación de los recursos de Cuidados Paliativos. Es una responsabilidad que la Sociedad nos exige y para ello se ha publicado esta imprescindible Monografía. Hay que agradecer una vez más a la Fundación New Health su trabajo y rigor y ahora sólo queda aprovechar este documento para que todos sepamos dónde estamos y hacia donde tenemos que ir.

Álvaro Gándara del Castillo
Presidente de la SECPAL

Índice contenido

SECCIÓN I. INTRODUCCIÓN. ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LOS RECURSOS DE CUIDADOS PALIATIVOS DE ESPAÑA	11
Objetivos	11
Metodología	12
Tipología de Recursos de Cuidados Paliativos	13
Presentación de los Resultados	16
SECCIÓN II. RESULTADOS. EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ESPAÑA	21
II.1. Recursos Asistenciales De Cuidados Paliativos en España	22
II.2. Número de Profesionales en los Recursos de Cuidados Paliativos	24
II.3. Recursos de Cuidados Paliativos por Comunidades Autónomas	28
SECCIÓN III. ANÁLISIS GLOBAL DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS RECURSOS ASISTENCIALES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ESPAÑA	87
III.1. FUNCIONAMIENTO DE LOS RECURSOS DE CUIDADOS PALIATIVOS	87
Ámbito asignado de atención	87
Función que realizan los recursos	89
Grado de conocimiento de las funciones y competencias de los miembros del equipo	90
Número de pacientes atendidos por el recurso al año	91
Identificación del recurso dentro de la organización	92
III.2. DOTACIÓN DE ESTRUCTURAS FÍSICAS Y RECURSOS MATERIALES	94
Propios de la Actividad Asistencial	94
Estructuras propias de las actividades organizativas	96
III.3. PROCESOS EN LA ORGANIZACIÓN	98
Historia Clínica (HC)	98
Registro de la información	98
Escala usadas como herramienta de evaluación de los pacientes y/o familiares	99

Criterios de actuación definidos por escrito	102
Evaluación de la calidad	103
Desarrollo de otras acciones (alineamiento con otros profesionales, participación en programa de voluntariado, desarrollo de acciones de sensibilización social)	105
SECCIÓN IV. ESTRUCTURAS DE COORDINACIÓN DE RECURSOS ASISTENCIALES DE CUIDADOS PALIATIVOS. PROGRAMAS DE CP	109
SECCIÓN V. ANÁLISIS GLOBAL DE LOS RECURSOS NO ASISTENCIALES Y ESTRUCTURAS DE APOYO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ESPAÑA	113
V.1. ASPECTOS GENERALES DE LOS RECURSOS NO ASISTENCIALES	113
Tipo de acciones desarrolladas	113
Número de Profesionales por tipo de acciones desarrolladas	114
V.2. RECURSOS PARA LA FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS	115
Actividades relativas a la formación	115
Tipo de formación	116
V.3. ACCIONES DE GESTIÓN Y DESARROLLO EN CP	118
Actividades relacionadas con la gestión y desarrollo de CP	118
Herramientas específicas (métodos estandarizados, software, etc.) para el desarrollo de la actividad	119
V.4. DESARROLLO DE ACCIONES DE INVESTIGACIÓN	119
Áreas Temáticas de investigación	119
Número y tipo de proyectos activos de investigación	120
Número de publicaciones científicas de los últimos 5 años	122
V.5. DESARROLLO DE ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN SOCIAL, COOPERACIÓN AL DESARROLLO E IMPLICACIÓN COMUNITARIA	124
Actividades relacionadas con la sensibilización social, cooperación al desarrollo o implicación comunitaria	124
Acciones de difusión y sensibilización social	125
Desarrollo de programas y redes de voluntariado	127
Desarrollo de Proyectos de cooperación	129
SECCIÓN VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	131

Sección I

***INTRODUCCIÓN.
ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LOS RECURSOS
DE CUIDADOS PALIATIVOS DE ESPAÑA***



SECPAL

INTRODUCCIÓN. ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LOS RECURSOS DE CUIDADOS PALIATIVOS DE ESPAÑA

En esta monografía se analizan los datos aportados por los recursos de Cuidados Paliativos (CP) registrados en el directorio SECPAL 2015 [Monografía 8. SECPAL] el cual ha sido posible gracias a la enorme colaboración de todos los profesionales que participaron activamente y de forma voluntaria en este proyecto.

Es indudable que en los últimos años ha habido un gran desarrollo de los CP en España, principalmente en términos de estructura. Los últimos directorios desarrollados por la SECPAL, dan cuenta del gran número de recursos que se han venido estableciendo en las diferentes Comunidades Autónomas (CC.AA) en todos los niveles asistenciales (hospitalario, residencial, domiciliario y comunitario).

Sin embargo, la necesidad de avanzar hacia la provisión de servicios homogéneos cada vez más eficientes y de calidad, exigen el desarrollo de evaluaciones periódicas y continuas a partir de una serie de criterios y estándares de calidad. En efecto, la atención en CP cada día supone un reto para los servicios sanitarios y sociales, ya que la demanda de cuidados, cada vez más complejos (fruto del avance de muchas enfermedades crónicas), obliga a una atención integral que asegure la dignidad, el respeto a la autonomía y los derechos de los pacientes y sus familias, además de garantizar el bienestar, la calidad de vida y la continuidad de la atención.

Por primera vez, en este directorio, se establece una definición y descripción de la tipología de recursos de Cuidados Paliativos, estableciendo una serie de criterios y estándares considerados como óptimos (en términos de dotación de profesionales, horas de dedicación y de formación), a partir de los cuales los recursos pueden constituirse adecuadamente. Esta terminología común favorece la homogeneidad y la clasificación correcta de los recursos además de fomentar la calidad en la planificación y desarrollo de la atención en CP.

El análisis global de los datos objetivos aportados por los recursos de CP (asistenciales y no asistenciales) ha permitido conocer la situación actual de la atención en Cuidados Paliativos en España, no solo en términos de estructura; si no que también, a través del análisis de criterios establecidos de calidad, se puede conocer de qué forma se están llevando a cabo los procesos asistenciales por parte de los diferentes recursos en las CC.AA con el objetivo de identificar puntos fuertes y posibles áreas de mejora.

Objetivos

Los objetivos del presente documento son:

- Analizar la situación real de los Cuidados Paliativos en España a partir de los datos aportados por los recursos asistenciales y no asistenciales que han sido registrados en el Directorio SECPAL 2015.
- Realizar un análisis global en términos de calidad para conocer cómo se están llevando a cabo los procesos asistenciales dentro de los recursos de Cuidados Paliativos.
- Identificar, a partir de análisis desarrollado, los puntos fuertes y las áreas de mejora de los recursos en España que les permitan evolucionar hacia estructuras de excelencia en la gestión y desarrollo de los Cuidados Paliativos.



Metodología

Aspectos analizados en los recursos asistenciales y no asistenciales :

Para la obtención de los datos se elaboraron 2 cuestionarios (uno para recursos asistenciales y otro para recursos no asistenciales) que fueron completados por cada uno de los recursos registrados en el Directorio 2015. En estos cuestionarios se recogieron una serie de ítems en relación a las estructuras de los diferentes recursos de CP y a una serie de criterios de calidad, para conocer cómo se están desarrollando los procesos asistenciales, los procesos de organización, planificación y evaluación de cada uno de los recursos.

El cuestionario para los **recursos asistenciales** abordaba aspectos como:

- Dotación de profesionales (definiendo horas de dedicación y horas de formación para cada uno de los miembros del recurso). Solo se tuvieron en cuenta la dedicación y formación de médicos, enfermeras/os, psicólogos/as y trabajadores/as sociales. Los demás profesionales (como: auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, administradores, nutricionistas, capellanes/ guías espirituales, etc.) no han sido considerados para la clasificación de los recursos ya que algunos de estos profesionales no son propios del recurso pero están disponibles de forma parcial dentro de la organización donde éste se sitúa,
- Ámbito de atención (hospital, domicilio, centro sociosanitario),
- Funciones que realizan los recursos (atención directa, soporte, interconsulta, consulta telefónica, docencia, coordinación y gestión de casos, etc.),
- Cobertura geográfica asignada (urbana, rural, ambas),
- Número de pacientes atendidos al año,
- Dotación de estructuras físicas y recursos materiales (número de habitaciones, existencia de almacén de medicamentos, maletín domiciliario, disposición de sala de reuniones/despacho/oficina/consultorio, disposición de vehículos para la atención domiciliaria),
- Procesos en la organización (existencia de Historia Clínica y uso en relación con las actividades del recurso, grado de uso y de conocimiento de las principales herramientas para la evaluación de paciente y familiares en CP, definición de criterios de ingreso, alta, derivación y complejidad, etc.),
- Evaluación de la calidad (definición de objetivos anuales, definición de indicadores para la evaluación del recurso, cobertura, calidad de la organización asistencial, efectividad de la práctica clínica, definición de indicadores de eficiencia y de estándares para medir el cumplimiento de objetivos, definición de un plan/ líneas de investigación),
- Desarrollo de otras actividades (reuniones de alineamiento con otros profesionales para el desarrollo de actividades asistenciales y no asistenciales, participación en programas de voluntariado, acciones de sensibilización social en CP).

El cuestionario para los **recursos no asistenciales** abordaba aspectos relativos a cada una de las tipologías de este tipo de recursos (estructuras de formación, estructuras de coordinación, gestión y desarrollo, estructuras de investigación y estructuras de sensibilización social, cooperación al desarrollo e implicación comunitaria):

- En las estructuras de Formación se analizaron variables como:
 - Tipo de acciones desarrolladas (coordinación y/o impartición de acciones formativas, detección de necesidades formativas, diseño de acciones formativas y/o planes formativos, elaboración de manuales o materiales formativos, productos de promoción y difusión específicos de formación, valoración o evaluación de programas formativos propios o externos),
 - Número de profesionales por tipo de acciones desarrolladas,



- Tipo de formación en el que participan los recursos no asistenciales identificados (docencia MIR, docencia en grado universitario, curso básico (0-40 horas) de Cuidados Paliativos, curso intermedio (40-140 horas) de Cuidados Paliativos, curso avanzado (140-300 horas) de Cuidados Paliativos, Master título propio de Cuidados Paliativos, Master oficial de Cuidados Paliativos, ponencias, talleres).
- En las estructuras de Gestión y Desarrollo se analizaron variables como:
 - Tipo de acciones desarrolladas (identificación de necesidades de Cuidados Paliativos, asesoramiento en implementación y/o gestión y/o seguimiento de CP, diseño de programas y recursos de CP, evaluación y calidad de CP, evaluación y calidad de CP, marketing y publicidad de CP, etc.),
 - Existencia de herramientas específicas (métodos estandarizados, software, etc.) para el desarrollo de la actividad.
- En las estructuras de Investigación se analizaron variables como:
 - Temáticas de la investigación (área clínica, bioética, investigación sociológica, calidad, epidemiología, organización y gestión y/o evaluación económica),
 - Número y tipo de proyectos activos (investigación propia, investigación competitiva, investigación colaborativa),
 - Número de publicaciones científicas de los últimos 5 años por tipología (se analizaron las publicaciones desde el año 2012 hasta marzo 31 de 2016),
- En las estructuras sensibilización social, cooperación al desarrollo e implicación comunitaria se analizaron variables como:
 - Tipo de acciones desarrolladas (acciones de difusión y sensibilización, desarrollo de programas y redes de voluntariado, desarrollo de proyectos de cooperación, etc.),
 - Población objetivo de las acciones de difusión y sensibilización social (población general, profesionales sanitarios y del sector social, familiares/cuidadores, agentes clave de la ciudad, pacientes, personas adultas, políticos y gestores, adolescentes y niños),
 - Acciones de promoción de voluntarios (número de recursos que desarrollan acciones de promoción de voluntarios, gestión y número de voluntarios),
 - Criterios de Excelencia (existencia de fichas que recojan las características principales de la acción de sensibilización, definición de planes estratégicos/planes de acción para la cooperación al desarrollo).

Tipología de Recursos de Cuidados Paliativos

Con el objetivo de ayudar a la identificación y homogenización de la TIPOLOGÍA DE RECURSOS DE CUIDADOS PALIATIVOS en España se establecieron una serie de CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE LOS RECURSOS DE CP que fueron previamente definidos y consensuados por la SECPAL (Board SECPAL 2015). De esta forma se han definido los siguientes RECURSOS ASISTENCIALES Y NO ASISTENCIALES DE CUIDADOS PALIATIVOS.

RECURSOS ASISTENCIALES DE CUIDADOS PALIATIVOS

EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS (ECP)^{1,2}: se componen de profesionales cualificados y formados en Cuidados Paliativos que proporcionan alivio del sufrimiento a personas con enfermedades avanzadas (oncológicas y/o no oncológicas) y/o en fase terminal. Los ECP pueden prestar atención hospitalaria, domiciliaria y ambulatoria (o en consultas externas). Los ECP domiciliarios proporcionan Cuidados Paliativos especializados a pacientes que los necesitan en domicilio y apoyan a sus familiares y cuidadores en la casa del paciente. También prestan

¹ Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la sociedad europea de cuidados paliativos. Monografía SECPAL. N°0. Mayo 2012.

² Guía NEWPALEX_ECP. Estándares para la implantación y certificación del método NEWPALEX en Equipos de Cuidados Paliativos. 2015



apoyo especializado a los médicos generales, médicos de familia y enfermeros que atienden al paciente en casa. Los ECP hospitalarios brindan atención, asesoramiento y apoyo especializado a otros profesionales sanitarios, pacientes y cuidadores en un entorno hospitalario. Los ECP ambulatorios (o en consultas externas) ofrecen atención y soporte en consultorios especializados a los pacientes, familiares y a los profesionales de otras especialidades durante el seguimiento de la enfermedad.

Criterios SECPAL para la clasificación de Equipos de Cuidados Paliativos:

Un Equipo de Cuidados Paliativos puede ser básico o completo:

- **ES BÁSICO:** cuando el equipo está formado como mínimo por 2 profesionales sanitarios (médico + enfermera). De éstos, se establece el criterio:
 - La suma de las dedicaciones de los médicos es igual o mayor al 100%.
 - La suma de las dedicaciones de las enfermeras es igual o mayor al 100%.
 - La formación en Cuidados Paliativos de al menos un médico y una enfermera del recurso supera las 140 horas.
- **ES COMPLETO:** cuando el equipo está formado por 4 profesionales (médico + enfermera + psicólogo + trabajador social). Además cumple los siguientes criterios:
 - La suma de las dedicaciones de los médicos es igual o mayor al 100%.
 - La suma de las dedicaciones de las enfermeras es igual o mayor al 100%.
 - La suma de las dedicaciones de los psicólogos es igual o mayor al 50%.
 - La suma de las dedicaciones de los trabajadores sociales es igual o mayor al 50%.
 - La formación en Cuidados Paliativos de al menos un médico y una enfermera del recurso supera las 140 horas.
 - La formación en Cuidados Paliativos de al menos un psicólogo y un trabajador social supera las 40 horas.
 - Se ha valorado la situación de que al menos un 50% de los médicos y enfermeras tengan formación >140h.
- **UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS (UCP)^{1,3}:** proporcionan atención y gestión clínica de los pacientes admitidos en la unidad. La Unidad está delimitada arquitectónicamente y las camas y otros recursos asistenciales están asignados a esta unidad. Pueden diferenciarse entre UCP en hospitales de agudos de tercer nivel, o UCP ubicadas en segundo nivel asistencial u Hospitales de media o larga estancia. El objetivo de las unidades de Cuidados Paliativos es aliviar el malestar generado por la enfermedad y su tratamiento, y si es posible, estabilizar la situación funcional del paciente. Asimismo, ofrecen apoyo psicológico y social al paciente y a sus cuidadores para posibilitar el alta o traslado a otro entorno donde continuar con su cuidado.

Criterios SECPAL para la clasificación de Unidades de Cuidados Paliativos:

Un recurso de Cuidados Paliativos se considera UCP, si:

- Cumple, respecto a la dotación de profesionales y formación, los mismos criterios definidos anteriormente para un ECP.
 - Dispone de un número de camas propias mayor o igual a 4.
 - El recurso está considerado como tal dentro de las estructuras de su organización.
-
- **EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS (ECP)^{1,2}:** los equipos de Cuidados Paliativos pediátricos al igual que los ECP se componen de profesionales cualificados y formados en Cuidados Paliativos que proporcionan alivio del sufrimiento con enfermedades avanzadas (oncológicas y/o no oncológicas) y/o en fase terminal a pacientes pediátricos (bebés, niños, adolescentes). El equipo está compuesto como mínimo

¹ Guía NEWPALEX_UCP. Estándares para la implantación y certificación del método NEWPALEX en Unidades de Cuidados Paliativos. 2015.



por un médico y una enfermera con formación específica en cuidados paliativos pediátricos con el apoyo de un médico especialista en pediatría (al menos a tiempo parcial), psicólogo/a y trabajador/a social. Prestan atención hospitalaria, domiciliaria, ambulatoria o en consulta externas.

Criterios SECPAL para la clasificación de Equipos de Cuidados Paliativos Pediátricos:

Un recurso de Cuidados Paliativos se considera ECPP, si:

- Cumple con los requisitos para ser un ECP.
 - Presta atención a la población pediátrica (bebés, niños, adolescentes).
- **UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICA (UCPP)^{1,3}:** las UCPP proporcionan atención y gestión clínica de los pacientes pediátricos (bebés, niños, adolescentes) admitidos en la unidad. Estas unidades tienen las mismas características y funciones que las UCP pero destinadas a pacientes pediátricos. El equipo en la unidad está compuesto como mínimo por un médico y una enfermera con formación específica en cuidados paliativos pediátricos con el apoyo de un médico especialista en pediatría responsable en la unidad (al menos a tiempo parcial), psicólogo/a y trabajador/a social.

Criterios SECPAL para la clasificación de Unidades de Cuidados Paliativos Pediátricos:

Un recurso de Cuidados Paliativos se considera UCPP, si:

- Presta atención a la población pediátrica (bebés, niños, adolescentes).
 - Cumple con los requisitos para ser un UCP.
- **HOSPICE (H)^{1,4}:** en un centro residencial tipo «hospice» ingresan pacientes en la última fase de vida, cuando el tratamiento en un hospital ya no es necesario y el cuidado en casa o en una residencia de mayores no es posible. Los objetivos principales de un centro residencial tipo «hospice» son aliviar los síntomas y conseguir la mayor calidad de vida posible hasta la muerte, así como ofrecer apoyo en el duelo.

Criterios SECPAL para la clasificación de Hospices:

Un recurso de Cuidados Paliativos se considera Hospice, si:

- Es un centro extra-hospitalario dedicado específicamente (al menos el 50% de sus camas) al cuidado de personas en situación terminal y sus familias.
- Constituye un servicio de ingreso extra hospitalario en casos en los que la situación avanzada y terminal está claramente instaurada.
- Suele complementar sus servicios de ingreso con otros servicios de apoyo que a menudo incluyen la atención domiciliaria.

RECURSOS NO ASISTENCIALES DE CUIDADOS PALIATIVOS. ESTRUCTURAS DE APOYO.

- **ESTRUCTURAS DE COORDINACIÓN DE CP:**
 - PROGRAMAS DE CUIDADOS PALIATIVOS (PCP): se consideran PCP, a aquellas figuras que coordinan recursos de Cuidados Paliativos (≥ 3) que desarrollando el mismo o diferente tipo de atención no cubre todos los niveles asistenciales (domiciliario, comunitario, larga estancia y hospital de agudos). Funciona con la misión unificada de atender a los pacientes y familiares en una población determinada y lo hacen bajo unas normas comunes de liderazgo, funcionamiento y organización.

⁴ Guía NEWPALEX_H. Estándares para la implantación y certificación del método NEWPALEX en Hospices. 2015.



- PROGRAMA INTEGRADO DE CUIDADOS PALIATIVOS (PICP): se consideran PICP, a aquellas figuras que coordinan recursos de Cuidados Paliativos (≥ 3) que desarrollando diferentes tipos de atención cubre todos los niveles asistenciales (domiciliario, comunitario, larga estancia y hospital de agudos). Funciona con la misión unificada de atender a los pacientes y familiares en una población determinada y lo hacen bajo unas normas comunes de liderazgo, funcionamiento y organización.
- **ESTRUCTURAS DE FORMACIÓN EN CP:** Son estructuras independientes o adscritas a los centros y organizaciones tanto del sector público como privado. Son reconocidas por su propio centro y/o comunidad como estructuras que se dedican a actividades formativas en cuidados paliativos. Las principales actividades que se desarrollan están relacionadas con: detección de necesidades formativas, diseño de acciones y planes formativos en CP, elaboración de manuales y materiales formativos, coordinación y/o impartición de masters, cursos, ponencias, talleres, etc., elaboración de productos de promoción y difusión de formación y valoración o evaluación de programas formativos propios o externos.
- **ESTRUCTURAS DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE CP:** Son estructuras independientes o adscritas a los centros y organizaciones tanto del sector público como privado específicas para la gestión y el desarrollo de los CP. Son reconocidas por su propio centro y/o comunidad como estructuras que se dedican a la gestión y desarrollo de los CP. Las principales actividades que desarrollan son: Identificación de necesidades de CP, diseño y/o evaluación de políticas de CP, diseño de programas y recursos de CP, asesoramiento en implementación y/o gestión y/o seguimiento de CP, evaluación y calidad de CP.
- **ESTRUCTURAS DE INVESTIGACIÓN EN CP:** Son estructuras independientes o adscritas a los centros y organizaciones tanto del sector público como privado específicas para la investigación en CP. Son reconocidas por su propio centro y/o comunidad como estructuras que se dedican a la investigación. El objetivo de estas estructuras es fomentar y favorecer la investigación en los equipos de Cuidados Paliativos para mejorar sus conocimientos y compartirlos con la comunidad científica en general.
- **ESTRUCTURAS DE SENSIBILIZACIÓN SOCIAL, COOPERACIÓN AL DESARROLLO E IMPLICACIÓN COMUNITARIA:** Son estructuras independientes o adscritas a los centros y organizaciones tanto del sector público como privado específicas de acciones de sensibilización social, cooperación al desarrollo e implicación comunitaria. Son reconocidas por su propio centro y/o comunidad como estructuras que se dedican a la sensibilización social, cooperación al desarrollo e implicación comunitaria. Las principales actividades que desarrollan son: Acciones de difusión y sensibilización de los Cuidados Paliativos, desarrollo de proyectos de cooperación, desarrollo de programas y redes de voluntariado, desarrollo de proyectos de sensibilización social.

Presentación de los Resultados

Se presenta un análisis detallado de cada uno de los aspectos contenidos en los cuestionarios para recursos asistenciales y no asistenciales (detallados anteriormente), en términos descriptivos (incluyendo tablas y gráficas con números totales, porcentajes, ratios) y posteriormente se hace una interpretación de los resultados obtenidos.

El análisis de la información contenida en esta monografía está dividida en las siguientes secciones:

1. RESULTADOS DE RECURSOS ASISTENCIALES DE CP: se incluyen los resultados para el total de los recursos identificados y que fueron registrados en el directorio SECPAL 2015 (incluyendo los recursos de Cuidados Paliativos pediátricos). Se analizan los datos de forma detallada a nivel general (para toda España) y por



Comunidades Autónomas, clasificando los recursos que han cumplido los requisitos y criterios de este directorio. En este apartado se detallan ratios de profesionales (con y sin dedicación completa) y formación específica en CP.

Posteriormente se describen y analizan a nivel general todos los aspectos relacionados con la DEFINICIÓN DE LOS RECURSOS DE CP (ámbito de atención, funciones y servicios que realizan estos recursos, cobertura geográfica, nº de pacientes atendidos al año, etc.) y el ANÁLISIS GLOBAL DE LOS PROCESOS (dotación de estructuras físicas y recursos materiales, criterios de actuación, herramientas de evaluación de la calidad, desarrollo de otras actividades como investigación, sensibilización social, etc.).

2. RESULTADOS DE RECURSOS NO ASISTENCIALES DE CP. ESTRUCTURAS DE APOYO: Se presenta un análisis a nivel descriptivo e interpretativo general de todas las organizaciones que han sido identificadas y registradas como recursos no asistenciales de CP, en base a las variables desarrolladas en los cuestionarios para recursos no asistenciales.

Sección II

RESULTADOS. EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ESPAÑA



SECPAL

RESULTADOS. EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ESPAÑA

Aspectos clave

- ✓ Actualmente en España se está atendiendo a la mitad de la población susceptible de recibir Cuidados Paliativos (alrededor de 51.800 personas atendidas al año frente a 105.268 que serían susceptibles de la atención para una población de 46,6 millones de habitantes)
- ✓ En los últimos años, ha habido un incremento del número de profesionales de los recursos de CP, pero existe un alto porcentaje de estos profesionales que tienen una dedicación no completa (27%) y/o sin formación avanzada de más de 140 horas para médicos y en enfermeras (15% en médicos y 58,7% en enfermeras) y de más de 40 horas en psicólogos y trabajadores sociales (25,8% de los psicólogos y el 48,1% de los trabajadores sociales).
- ✓ La atención integral y multidisciplinar de las personas con enfermedad avanzada y/o al final de la vida en los recursos de CP todavía es insuficiente ya que el 25,3% de los recursos de CP cuentan con psicólogos/as y trabajadores sociales que se dedican menos del 50% a prestar esta atención en CP.
- ✓ Se han identificado 9 recursos de atención en CP Pediátricos. De estos, 3 recursos han sido clasificados como equipos básicos (2 recursos) y 1 equipo completo. De los 6 restantes, 4 integran psicólogos y trabajadores sociales, pero éstos no cumplen los criterios de dedicación >50% (3 recursos) y/o de formación >40 horas (4 recursos).
- ✓ El 70,3% de los médicos tiene una formación de más de 300 horas, en contraste el 27,3% de las enfermeras tiene este nivel de formación.
- ✓ Se han identificado escalas específicas de CP como el STAS, el POS, y el HADS que son utilizadas siempre o con frecuencia por el 4,6%, 9,9% y 16,1% de los recursos con médicos y enfermeras con formación de más de 300 horas.
- ✓ La evaluación en CP puede no estar haciéndose correctamente. El 56,3% no tiene definidos por escrito indicadores de cobertura, el 58,5% indicadores para medir la calidad asistencial, el 61,6% indicadores para medir la efectividad en la práctica clínica, el 72,9% indicadores para medir la eficiencia e impacto del recurso. Los estándares no están definidos por escrito en el 54,6% de los recursos.
- ✓ Es muy positiva la existencia de 8 estructuras de coordinación (Programas de CP) en 7 CC.AA, como organismos de gestión de los recursos asistenciales de CP y como garantes de la prestación de una atención conforme a los objetivos y valores de los modelos de CP en cada CC.AA. Debido a las ventajas que su existencia supone, sería importante que se implementaran en todas las CC.AA.
- ✓ Aunque la formación específica en CP se oferta en 40 facultades, solo es obligatoria en 8. Se han identificado 3 Másteres con título oficial y 7 Másteres con título propio. Los cursos básicos (0-40 horas) son el mayor de tipo de formación en la que participan (coordinando o desarrollando) los recursos no asistenciales de CP (55,6%).



II.1. RECURSOS ASISTENCIALES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ESPAÑA

En España (46.624.382 habitantes/ año 2015) se han registrado un total de 284 recursos asistenciales de CP (275 recursos de CP y 9 recursos de CP pediátricos), de los cuales 196 (69%) recursos han sido clasificados según los criterios definidos por la SECPAL. Los restantes 88 (31%), son recursos a los que les falta algún requisito para ser clasificados con estos criterios, principalmente por la falta de dedicación de los profesionales (siendo la dedicación del médico o enfermera menor del 100%) y la falta de formación específica en CP de los profesionales que componen los recursos (siendo la formación del médico y/o enfermera menor de 140 horas, y la del psicólogo y/o trabajador social menor de 40 horas).

Atendiendo a la **tipología de los recursos** que fueron clasificados con criterios del directorio SECPAL 2015 (196 recursos), el 58,2% (114 recursos) fueron clasificados como Equipos Básicos de Cuidados Paliativos (EBCP), 7,1% (14 recursos) como Equipos Completos de CP (ECCP), 16,3% (32 recursos) como Unidades Básicas de CP (UBCP), 16,3% (32 recursos) como Unidades Completas de CP (UCCP), 0,5% (1 recurso) como Hospice, 1% (2 recursos) como Equipos Básicos de Cuidados Paliativos Pediátricos (EBCPP) y 0,5% (1 recurso) como Equipos Completos de Cuidados Paliativos Pediátricos (ECCPP).

Tabla 1. Total de recursos asistenciales de CP en España

Tipo de recurso de CP	Abreviatura	Clasificados según criterios SECPAL
Equipo Básico de Cuidados Paliativos	EBCP	114
Equipo Completo de Cuidados Paliativos	ECCP	14
Unidad Básica de Cuidados Paliativos	UBCP	32
Unidad Completa de Cuidados Paliativos	UCCP	32
Equipo Básico de Cuidados Paliativos Pediátricos	EBCPP	2
Equipo Completo de Cuidados Paliativos Pediátricos	ECCPP	1
Unidad Básica de Cuidados Paliativos Pediátricos	UBCPP	-
Hospice	H	1
Total Recursos con Criterios SECPAL		196
Les falta algún requisito para cumplir criterios de clasificación	SC	88
Total Recursos		284

Tabla 2. Total de recursos asistenciales en España por tipología de recursos y CC.AA.

CCAA	EBCP	ECCP	UBCP	UCCP	HOSPICE	Total Si cumplen	Sin clasificar	Total Recursos
Andalucía	13	1	5	5	1	25	10	35
Aragón	2	0	0	1	0	3	5	8
Cantabria	3	0	0	0	0	3	2	5
Castilla y León	8	0	2	2	0	12	4	16
Castilla-La Mancha	3	0	2	1	0	6	3	9
Cataluña	24	6	5	7	0	42	18	60

CCAA	EBCP	ECCP	UBCP	UCCP	HOSPICE	Total Si cumplen	Sin clasificar	Total Recursos
Ceuta (Ciudad Autónoma)	0	1	0	0	0	1	0	1
Comunidad de Madrid	18	2	3	7	0	30	9	39
Comunidad Valenciana	14	0	3	1	0	18	16	34
Extremadura	5	3	0	0	0	8	0	8
Galicia	2	1	4	1	0	8	2	10
Islas Baleares	3	0	1	2	0	6	2	8
Islas Canarias	2	0	1	2	0	5	0	5
La Rioja	0	0	0	1	0	1	0	1
Melilla (Ciudad Autónoma)	1	0	0	0	0	1	0	1
Navarra	1	0	1	0	0	2	1	3
País Vasco	7	0	4	1	0	12	8	20
Principado de Asturias	5	0	1	1	0	7	2	9
Región de Murcia	3	0	0	0	0	3	0	3
Total general	114	14	32	32	1	193	82	275

CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS						
CCAA	EBCPP	ECCPP	UBCPP	Total Si Cumplen	SC	Total Recursos
Andalucía	0	0	0	0	1	1
Cataluña	1	0	0	1		1
Comunidad de Madrid	0	1	0	1	1	2
Comunidad Valenciana	0	0	0	0	1	1
Islas Baleares	1	0	0	1		1
Islas Canarias	0	0	0	0	1	1
País Vasco	0	0	0	0	1	1
Región de Murcia	0	0	0	0	1	1
Total general	2	1	0	3	6	9

El número de equipos completos (que incluyen médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales con dedicación mayor del 50% y que han alcanzado el grado de formación específica en CP) es hasta nueve veces menor que los equipos básicos (médico + enfermera). En muchos casos estos equipos no han sido clasificados como completos aunque tuvieran estos profesionales porque la dedicación era entre el 5% al 25% y la formación específica era menor a 40 horas.



También hay que considerar que en este directorio se han identificado psicólogos y trabajadores sociales de los Equipos de Atención Psicosocial (EAPS) de la Caixa y de AECC que han permitido completar la dotación de muchos equipos de CP en España. Estos profesionales no han sido registrados independientemente en este directorio, sino que han sido integrados en los equipos de CP. En algunos casos (5%) los mismos equipos identificaron en el registro la existencia de este tipo de recursos EAPS dentro de su dotación de profesionales. Sin embargo, pueden no estar incluidos todos estos equipos de apoyo psicosocial.

Respecto a las **Unidades de CP**, éstas fueron clasificadas como tal si disponían de camas y eran consideradas estructuras independientes y bien identificadas dentro del hospital. Por otra parte, se identificaron recursos que se denominaban unidades, pero que su estructura y dotación no se correspondían, por criterios, a la tipología de recursos considerados como unidades por la SECPAL. Por este motivo, se han conservado los nombres históricos de anteriores directorios de todos los recursos, pero se han clasificado nuevamente por tipología según estos nuevos criterios.

De los recursos identificados, 9 son **recursos de Cuidados Paliativos Pediátricos**, de los cuales el 33% (3 recursos) han sido clasificados según los criterios definidos por la SECPAL. De éstos 2 han sido clasificados como Equipos Básicos de CP Pediátricos (EBCPP) y 1 como Equipo Completo de CP Pediátrico (ECCPP). Los recursos restantes (6 recursos) no han sido clasificados porque los profesionales no tenían una dedicación del 100% en médicos y enfermeras y de >50% de los psicólogos y trabajadores sociales (4 recursos) y porque la formación específica era menor de 140 hora en médicos o enfermeras y menor de 40 horas en psicólogos y trabajadores sociales (2 recursos).

A pesar del avance en el número de recursos de CP Pediátricos (de 3 en 2009 a 9 en 2015) y que se han identificado recursos pediátricos en 8 CC.AA (Andalucía, Cataluña, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, Islas Baleares, Islas Canarias, País Vasco y Región de Murcia), es indudable que todavía queda mucho por hacer. La atención hacia la población pediátrica que necesita CP es todavía un gran reto para el Sistema Nacional de Salud, los profesionales sanitarios, las familias y la sociedad en general; por tanto, se requiere un gran esfuerzo para proveer en las distintas CC.AA este tipo de servicios que garanticen la atención y donde se pongan en marcha modelos de organización mediante redes específicas donde trabajen equipos interdisciplinarios pediátricos expertos en establecer una estrecha colaboración con otras redes locales de atención primaria y hospitales⁵. Actualmente, ya se han comenzado a poner en marcha planes para el desarrollo de recursos de Cuidados Paliativos Pediátricos en las CC.AA de Andalucía, La Rioja y Extremadura.

Comparativa con anteriores directorios SECPAL. Al analizar el número total de recursos que se han identificado en este Directorio 2015 (284 recursos) con el de años anteriores (en el año 2013 se identificaron 383 recursos específicos y 75 recursos no específicos), consideremos que no son comparables; ya que ha habido muchos recursos que no se han registrado, que han desaparecido, o que aún continuando existiendo no han alcanzado los requisitos y criterios para ser clasificados como recursos de la SECPAL.

II.2. Número de Profesionales en los Recursos de Cuidados Paliativos

Al considerar el **número de profesionales** dedicados a la asistencia en CP (teniendo en cuenta el total de recursos, es decir 284), se han identificado un total de 2.711 profesionales (sin tener en cuenta la dedicación). De los cuales, 799 son médicos (29,5%), 1.466 enfermeras (54,1%), 240 Psicólogos (8,9%) y 206 Trabajadores Sociales (7,6%). Atendiendo a estos datos, actualmente habría 1 médico por 58.353 habitantes (ratio 1,7x100.000 hab), 1 enfermera por 31.804 habitantes (ratio 3,1x100.000 hab), 1 psicólogo por 194.268 habitantes (ratio

⁵ Palliative Care in the European Union. European Parliament, Policy Department Economic and Scientific Policy. (Ref.. IP/A/ENVI/IC/2007-123).

0,5x100.000 hab) y 1 trabajador social por 226.332 habitantes (ratio 0,4x100.000 hab). Al comparar el número de médicos y enfermeras con los datos de anteriores directorios, se observa un crecimiento relativo del 41% y 44% respectivamente.

Tabla 3. Profesionales por tipo de recurso

Tipo	Nº Rec.	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	114	269	373	64	53
ECCP	14	27	28	19	15
UBCP	32	109	365	30	30
UCCP	32	149	293	55	46
EBCPP	2	5	7	2	2
ECCPP	1	5	5	1	1
HOSPICE	1	9	13	4	2
SC	88	226	382	65	57
Total	284	799 (29,5%)	1.466 (54,1%)	240 (8,9%)	206 (7,6%)

Tabla 4. Tasa de recursos y profesionales por 100.000 habitantes

Tipo	Total recursos	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	0,2	0,6	0,8	0,1	0,1
ECCP	0,03	0,1	0,1	0,04	0,03
UBCP	0,1	0,2	0,8	0,1	0,1
UCCP	0,1	0,3	0,6	0,1	0,1
EBCPP	0,0	0,01	0,02	0,0	0,0
ECCPP	0,0	0,01	0,01	0,0	0,0
HOSPICE	0,0	0,02	0,03	0,01	0,0
SC	0,2	0,5	0,8	0,1	0,1
Total	0,6	1,7	3,1	0,5	0,4

En este directorio se tuvieron en cuenta criterios como dedicación y formación de los profesionales. En este sentido, al considerar únicamente los profesionales con dedicación completa (es decir =100% para médicos y enfermera) habría un total de 580 médicos (el 72,6% del total de los médicos) y 1.095 enfermeras (el 74,7% del total de las enfermeras), por lo que habría 1 médico con dedicación completa por 80.387 habitantes (ratio 1,2x100.000 hab) y una enfermera por 42.579 habitantes (ratio 2,3x100.000 hab).



Respecto a la **formación de los profesionales en Cuidados Paliativos** y al considerar las horas de formación, el 85,2% de los médicos supera las 140 horas de formación (≥ 140 horas), al igual que el 74,2% de los psicólogos que supera las 40 horas de formación (≥ 40 horas). En contraste, el porcentaje de enfermeras cuya formación es menor de 140 horas es del 58,7% y casi la mitad de los trabajadores sociales (48,1%) tampoco tienen una formación considerada como óptima por este directorio (no supera las 40 horas de formación). El 70,3% de los médicos tienen una formación de más ($>$) de 300 horas, a pesar de que el 27,3% de las enfermeras tiene este nivel de formación (>300 horas).

Tabla 5. Formación de los profesionales de los recursos por tipo de recursos de cuidados paliativos

Tipo	Médicos		Enfermeras		Psicólogos		Trabajadores Sociales	
	< 140 h	>140h	< 140 h	>140h	< 40 h	>40h	< 40 h	>40h
EBCP	21	248	104	269	25	39	24	29
ECCP	-	27	2	26	-	19	-	15
UBCP	12	97	269	96	8	22	23	7
UCCP	14	135	128	165	5	50	7	39
EBCPP	1	4	-	7	2	-	1	1
ECCPP	-	5	4	1	-	1	-	1
HOSPICE	1	8	-	13	-	4	-	2
SC	69	157	353	29	22	43	44	13
Total	118 (14,8%)	681 (85,2%)	860 (58,7%)	606 (41,3%)	62 (25,8%)	178 (74,2%)	99 (48,1%)	107 (51,9%)

Tabla 6. Médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	204	263
ECCP	25	27
UBCP	93	301
UCCP	116	246
EBCPP	5	4
ECCPP	5	5
HOSPICE	8	13
SC	124	236
Total	580 (72,6%)	1095 (74,7%)

Tabla 7. Tasa de médicos y enfermeras con dedicación competa (=100%) x 100.000 habitantes

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	0,4	0,6
ECCP	0,1	0,1
UBCP	0,2	0,6
UCCP	0,2	0,5
EBCPP	0,01	0,01
ECCPP	0,01	0,01
HOSPICE	0,02	0,03
SC	0,3	0,5
Total	1,2	2,3

Tabla 8. Número de habitantes por médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	228.551	177.279
ECCP	1.864.975	1.726.829
UBCP	501.337	154.898
UCCP	401.934	189.530
EBCPP	9.324.876	11.656.096
ECCPP	9.324.876	9.324.876
HOSPICE	5.828.048	3.586.491
SC	376.003	197.561
Total	80.387	42.579

Tabla 9. Médicos y Enfermeras con formación >300 horas

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	217	173
ECCP	25	25
UBCP	80	52
UCCP	119	112
EBCPP	4	6
ECCPP	5	1
HOSPICE	8	13
SC	104	18
Total	562 (70,3%)	400 (27,3%)

Se ha observado que los tiempos de dedicación de los profesionales en CP ha venido disminuyendo y hay un gran número de profesionales que no tienen una formación avanzada en CP. Esta tendencia puede llegar a condicionar una adecuada atención de las personas susceptibles de CP. Los recursos específicos de CP se pusieron en marcha para atender a los pacientes con complejidad, la falta de especificidad de los profesionales y la falta de dedicación pueden estar poniendo en riesgo el modelo de atención de CP para lo que inicialmente fueron creados.

**II.3. RECURSOS DE CUIDADOS PALIATIVOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS****ANDALUCÍA**

En total en Andalucía (8.399.043 habitantes/ año 2015) se han identificado 36 recursos, de los que 25 han sido clasificados según los criterios del Directorio SECPAL 2015. Por tipología se han identificado 13 Equipos Básicos de CP (EBCP), 1 Equipo Completo de CP (ECCP), 5 Unidades Básicas de CP (UBCP), 5 Unidades Completas de CP (UCCP), 1 Hospice y 11 recursos que no han sido clasificados (SC) porque les falta cumplir algún criterio (principalmente referidos a la falta de dedicación y formación), de los cuales 1 es un recurso de atención pediátrica. Respecto al número de profesionales (teniendo en cuenta el total de recursos, es decir 36), se han identificado un total de 393 profesionales: 101 médicos (25,7%), 239 enfermeras (60,8%), 30 Psicólogos (7,6%) y 23 Trabajadores Sociales (5,9%).

Tabla 10. Profesionales por tipo de recurso en la Comunidad

Tipo	Nº Rec.	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	13	24	20	5	2
ECCP	1	2	1	2	1
UBCP	5	20	126	1	4
UCCP	5	25	43	9	7
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	1	9	13	4	2
SC	11	21	36	9	7
Total	36	101 (25,7%)	239 (60,8%)	30 (7,6%)	23 (5,9%)

Tabla 11. Tasa de recursos y profesionales por 100.000 habitantes

Tipo	Total recursos	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	0,2	0,3	0,2	0,1	0,0
ECCP	0,01	0,02	0,01	0,02	0,01
UBCP	0,1	0,2	1,5	0,01	0,05
UCCP	0,1	0,3	0,5	0,1	0,1
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	0,01	0,1	0,2	0,05	0,02
SC	0,1	0,3	0,4	0,1	0,1
Total	0,4	1,2	2,8	0,4	0,3

Tabla 12. Formación de los profesionales de los recursos por tipo de recursos de cuidados paliativos

Tipo	Médicos		Enfermeras		Psicólogos		Trabajadores Sociales	
	< 140 h	>140h	< 140 h	>140h	< 40 h	>40h	< 40 h	>40h
EBCP	-	24	-	20	1	4	1	1
ECCP	-	2	-	1	-	2	-	1
UBCP	2	18	116	10	-	1	3	1
UCCP	2	23	13	30	-	9	1	6
EBCPP	-	-	-	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-	-	-	-
HOSPICE	1	8	-	13	-	4	-	2
SC	3	18	32	4	2	7	6	1
Total	8 (7,9%)	93 (92,1%)	161 (67,4%)	78 (32,6%)	3 (10,0%)	27 (90,0%)	11 (7,7%)	12 (92,3%)

Tabla 13. Médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	19	16
ECCP	2	1
UBCP	18	111
UCCP	20	40
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	8	13
SC	12	23
Total	79 (78,2%)	204 (85,4%)

Tabla 14. Tasa de médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%) x 100.000 habitantes

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	0,2	0,2
ECCP	0,02	0,01
UBCP	0,2	1,3
UCCP	0,2	0,5
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	0,1	0,2
SC	0,1	0,3
Total	0,9	2,4



Tabla 15. Número de habitantes por médicos. y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	442.055	524.940
ECCP	4.199.522	8.399.043
UBCP	466.614	75.667
UCCP	419.952	209.976
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	1.049.880	646.080
SC	699.920	365.176
Total	106.317	41.172

Tabla 16. Médicos y Enfermeras con formación >300 horas

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	19	16
ECCP	2	1
UBCP	10	3
UCCP	11	17
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	8	13
SC	12	4
Total	62 (61,4%)	54 (22,6%)

Con respecto a estos datos y sin tener en cuenta las horas de dedicación, en Andalucía habría 1 médico por 83.159 habitantes (ratio 1,2 x 100.000 hab), 1 enfermera por 35.142 habitantes (ratio 2,8x100.000 hab), 1 psicólogo por 279.968 habitantes (ratio 0,4x100.000 hab) y 1 trabajador social por 365.176 habitantes (ratio 0,3x100.000 hab). No obstante, al considerar los médicos y enfermeras con dedicación completa (el 78,2% del total de médicos y el 85,4% del total de enfermeras), los ratios de estos profesionales por habitantes disminuyen y en consecuencia, habría 1 médico por 106.317 habitantes (ratio 0,9x100.000 hab) y 1 enfermera por 41.172 habitantes (ratio 2,4x100.000 hab).

En lo relativo a la formación de los profesionales de Cuidados Paliativos discriminado por horas de formación, el 92,1% de los médicos supera las horas de formación (≥ 140 horas), al igual que el 90% de los psicólogos y el 92,3% de los trabajadores sociales que supera las 40 horas de formación (≥ 40 horas). Siendo estos últimos datos muy positivos comparado con otras CC.AA. Especialmente es recalable la formación en los trabajadores sociales, comparada con otras CC.AA. Mientras que, el porcentaje de enfermeras cuya formación es menor (<) de 140 horas es del 67,4%.

Respecto a la formación avanzada de más (>) de 300 horas, el 61,4% de los médicos posee este nivel de formación. En contraste, el 22,6% de las enfermeras de CP en Andalucía tienen este nivel de formación.

ARAGÓN

En Aragón (1.317.847 habitantes/ año 2015) se han identificado 8 recursos, de los que 3 han sido clasificados según los criterios del Directorio SECPAL 2015. Por tipología se han identificado 2 Equipos Básicos de CP (EBCP), 1 Unidad Completa de CP (UCCP) y 5 recursos que no han sido clasificados (SC) porque les falta cumplir algún criterio (principalmente referidos a la falta de dedicación y formación). Respecto al número de profesionales (teniendo en cuenta el total de recursos, es decir 8, y sin tener en cuenta la dedicación), se han identificado un total de 48 profesionales. De los que 16 son médicos (33,3%), 23 son enfermeras (47,9%), 6 son Psicólogos (12,5%) y 3 Trabajadores Sociales (6,3%).

Tabla 17. Profesionales por tipo de recurso en la Comunidad

Tipo	Nº Rec.	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	2	2	2	2	-
ECCP	-	-	-	-	-
UBCP	-	-	-	-	-
UCCP	1	6	11	2	1
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	5	8	10	2	2
Total	8	16 (33,3%)	23 (47,9%)	6 (12,5%)	3 (6,3%)

Tabla 18. Tasa de recursos y profesionales por 100.000 habitantes

Tipo	Total recursos	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	0,2	0,2	0,2	0,2	-
ECCP	-	-	-	-	-
UBCP	-	-	-	-	-
UCCP	0,08	0,5	0,8	0,2	0,08
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	0,4	0,6	0,8	0,2	0,2
Total	0,6	1,2	1,7	0,5	0,2



Tabla 19. Formación de los profesionales de los recursos por tipo de recursos de cuidados paliativos

Tipo	Médicos		Enfermeras		Psicólogos		Trabajadores Sociales	
	< 140 h	>140h	< 140 h	>140h	< 40 h	>40h	< 40 h	>40h
EBCP	-	2	-	2	1	1	-	-
ECCP	-	-	-	-	-	-	-	-
UBCP	-	-	-	-	-	-	-	-
UCCP	-	6	4	7	-	2	-	1
EBCPP	-	-	-	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-	-	-	-
SC	2	6	9	1	-	2	2	-
Total	2 (12,5%)	14 (87,5%)	13 (56,5%)	10 (43,5%)	1 (16,7%)	5 (83,3%)	2 (66,7%)	1 (33,3%)

Tabla 20. Médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	2	2
ECCP	-	-
UBCP	-	-
UCCP	6	5
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	4	6
Total	12 (75,0%)	13 (56,5%)

Tabla 21. Tasa de médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%) x 100.000 habitantes

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	0,2	0,2
ECCP	-	-
UBCP	-	-
UCCP	0,5	0,4
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	0,3	0,5
Total	0,9	1,0

Tabla 22. Número de habitantes por médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	658.924	658.924
ECCP	-	-
UBCP	-	-
UCCP	219.641	263.569
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	329.462	219.641
Total	109.821	101.373

Tabla 23. Médicos y Enfermeras con formación >300 horas

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	2	1
ECCP	-	-
UBCP	-	-
UCCP	6	6
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	6	1
Total	14 (87,5%)	8 (34,8%)

Así, en Aragón habría 1 médico por 82.365 habitantes (ratio 1,2 x100.000 hab), 1 enfermera por 57.298 habitantes (ratio 1,8x100.000 hab), 1 psicólogo por 219.641 habitantes (ratio 0,5x100.000 hab) y 1 trabajador social por 439.282 habitantes (ratio 0,2 x 100.000 hab).

Al considerar el criterio de dedicación valorado en este directorio (el 75% del total de los médicos y el 56,5% del total de las enfermeras), el número de habitantes por médico y enfermera con dedicación completa aumenta, pasando a 1 médico por 109.821 habitantes (ratio 0,9x100.000 hab) y 1 enfermera por 101.373 habitantes (ratio 1,0x 100.000hab). El número de habitantes por médico y enfermera es bastante alto comparado con otras CC.AA

Al tener en cuenta la formación de los profesionales, 14 (87,5%) médicos tienen más (>) de 300 horas de formación, al igual que el 83,3% de los psicólogos que supera las 40 horas de formación (≥40 horas). Estos dos datos son muy positivos en la comunidad. En contraste, la mayoría de las enfermeras (56,5%) tiene una formación menor de 140 horas, siendo una formación mayor (>) de 300 horas en el 34,8% de las enfermeras. Al igual que el 66,7% de los trabajadores sociales que tienen una formación que no supera las 40 horas de formación (<40 horas).



CANTABRIA

En total en Cantabria (585.179 habitantes/ año 2015) se han identificado 5 recursos, de los que 3 han sido clasificados según los criterios del Directorio SECPAL 2015. Por tipología se han identificado 3 Equipos Básicos de CP (EBCP) y 2 recursos que no han sido clasificados (SC) porque les falta cumplir algún criterio (principalmente referidos a la falta de dedicación y formación). En cuanto al número de profesionales sin tener en cuenta la dedicación (y contabilizando el total de recursos, es decir 5), se han identificado un total de 44 profesionales: 11 médicos (25,0%), 21 enfermeras (47,7%), 7 Psicólogos (15,9%) y 5 Trabajadores Sociales (11,4%).

Tabla 24. Profesionales por tipo de recurso en la Comunidad

Tipo	Nº Rec.	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	3	7	7	4	2
ECCP	-	-	-	-	-
UBCP	-	-	-	-	-
UCCP	-	-	-	-	-
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	2	4	14	3	3
Total	5	11 (25,0%)	21 (47,7%)	7 (15,9%)	5 (11,4%)

Tabla 25. Tasa de recursos y profesionales por 100.000 habitantes

Tipo	Total recursos	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	0,5	1,2	1,2	0,7	0,3
ECCP	-	-	-	-	-
UBCP	-	-	-	-	-
UCCP	-	-	-	-	-
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	0,3	0,7	2,4	0,5	0,5
Total	0,9	1,9	3,6	1,2	0,9

Tabla 26. Formación de los profesionales de los recursos por tipo de recursos de cuidados paliativos

Tipo	Médicos		Enfermeras		Psicólogos		Trabajadores Sociales	
	< 140 h	>140h	< 140 h	>140h	< 40 h	>40h	< 40 h	>40h
EBCP	-	7	1	6	3	1	2	-
ECCP	-	-	-	-	-	-	-	-
UBCP	-	-	-	-	-	-	-	-
UCCP	-	-	-	-	-	-	-	-
EBCPP	-	-	-	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-	-	-	-
SC	2	2	14	-	2	1	2	1
Total	2 (18,2%)	9 (81,8%)	15 (71,4%)	6 (28,6%)	5 (71,4%)	2 (28,6%)	4 (80,0%)	1 (20,0%)

Tabla 27. Médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	6	7
ECCP	-	-
UBCP	-	-
UCCP	-	-
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	1	4
Total	7 (63,6%)	11 (52,4%)

Tabla 28. Tasa de médicos. y enfermeras. con dedicación completa (=100%) x 100.000 habitantes

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	1,0	1,2
ECCP	-	-
UBCP	-	-
UCCP	-	-
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	0,2	0,7
Total	1,2	1,9



Tabla 29. Número de habitantes por médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	97.530	83.597
ECCP	-	-
UBCP	-	-
UCCP	-	-
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	585.179	146.295
Total	83.597	53.198

Tabla 30. Médicos y Enfermeras con formación >300 horas

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	6	6
ECCP	-	-
UBCP	-	-
UCCP	-	-
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	1	-
Total	7 (63,6%)	6 (28,6%)

Así pues teniendo en cuenta estos datos, en la comunidad habría 1 médico por 53.198 habitantes (ratio 1,9 x100.000 hab), 1 enfermera x 27.886 habitantes (ratio 3,6 x100.000 hab), 1 psicólogo por 83.597 habitantes (ratio 1,2 x100.000 hab) y 1 trabajador social por 117.036 habitantes (ratio 0,9 x 100.000 habitantes). Siendo una de las comunidades con mejores ratios de enfermeras por habitante.

Al considerar la dedicación completa de los médicos y enfermeras (el 63,6% del total de los médicos y el 52,4% del total de las enfermeras), en Cantabria habría 1 médico por 83.597 habitantes (ratio 1,2 x100.000hab) y 1 enfermera por 53.198 (ratio 1,9 x 100.000hab).

Respecto a la formación de los profesionales de Cuidados Paliativos y al considerar las horas de formación, es llamativo que el médico sea el único profesional que cumple los criterios de formación de este directorio. Así, 81,8% de los médicos supera las horas de formación (≥ 140 horas). Aunque, el porcentaje de enfermeras cuya formación es menor (<) de 140 horas es del 71,4%, al igual que el 71% de los Psicólogos y el 80% de los trabajadores sociales que no superan las 40 horas de formación (<40 horas).

Cuando se analiza la formación avanzada, el 63,6% de médicos tienen una formación de más (>) de 300 horas, sin embargo, el 28,6% de las enfermeras tiene este nivel de formación (>300 horas).

CASTILLA Y LEÓN

En Castilla y León (2.472.052 habitantes/ año 2015) se han identificado 16 recursos, de los que 12 han sido clasificados según los criterios del Directorio SECPAL 2015. Por tipología se han identificado 8 Equipos Básicos de CP (EBCP), 2 Unidades Básicas de CP (UBCP), 1 Unidad Completa de CP (UCCP), y 4 recursos que no han sido clasificados (SC) porque les falta cumplir algún criterio (principalmente referidos a la falta de dedicación y formación). En lo que respecta al número de profesionales (teniendo en cuenta el total de recursos, es decir 16, y sin tener en cuenta la dedicación), se han identificado un total de 139 profesionales. De los cuales, 44 son médicos (31,7%), 69 enfermeras (49,6%), 15 Psicólogos (10,8%) y 11 Trabajadores Sociales (7,9%).

Tabla 31. Profesionales por tipo de recurso en la Comunidad

Tipo	Nº Rec.	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	8	16	22	6	2
ECCP	-	-	-	-	-
UBCP	2	5	12	2	3
UCCP	2	12	16	3	3
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	4	11	19	4	3
Total	16	44 (31,7%)	69 (49,6%)	15 (10,8%)	11 (7,9%)

Tabla 32. Tasa de recursos y profesionales por 100.000 habitantes

Tipo	Total recursos	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	0,3	0,6	0,9	0,2	0,1
ECCP	-	-	-	-	-
UBCP	0,1	0,2	0,5	0,1	0,1
UCCP	0,1	0,5	0,6	0,1	0,1
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	0,2	0,4	0,8	0,2	0,1
Total	0,6	1,8	2,8	0,6	0,4



Tabla 33. Formación de los profesionales de los recursos por tipo de recursos de cuidados paliativos

Tipo	Médicos		Enfermeras		Psicólogos		Trabajadores Sociales	
	< 140 h	>140h	< 140 h	>140h	< 40 h	>40h	< 40 h	>40h
EBCP	-	16	7	15	3	3	1	1
ECCP	-	-	-	-	-	-	-	-
UBCP	1	4	9	3	1	1	3	-
UCCP	1	11	11	5	-	3	1	2
EBCPP	-	-	-	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-	-	-	-
SC	3	8	19	-	2	2	2	1
Total	5 (11,4%)	39 (88,6%)	46 (66,7%)	23 (33,3%)	6 (40,0%)	9 (60,0%)	7 (63,6%)	4 (36,45)

Tabla 34. Médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	10	11
ECCP	-	-
UBCP	1	12
UCCP	9	15
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	5	13
Total	25 (56,8%)	51 (73,9%)

Tabla 35. Tasa de médicos. y enfermeras. con dedicación completa (=100%) x 100.000 habitantes

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	0,4	0,4
ECCP	-	-
UBCP	0,04	0,5
UCCP	0,4	0,6
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	0,2	0,5
Total	1,0	2,1

Tabla 36. Número de habitantes por médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	247.205	224.732
ECCP	-	-
UBCP	2.472.052	206.004
UCCP	274.672	164.803
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	494.410	190.158
Total	98.882	48.472

Tabla 37. Médicos y Enfermeras con formación >300 horas

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	16	10
ECCP	-	-
UBCP	4	2
UCCP	11	3
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	4	-
Total	35 (79,5%)	15 (21,75)

Considerando estos datos, habría 1 médico por 56.183 habitantes (ratio 1,8x100.000 hab), 1 enfermera por 35.827 habitantes (ratio 2,8x100.000 hab), 1 psicólogo por 164.803 habitantes (ratio 0,6x 100.000 hab) y 1 trabajador social por 224.732 habitantes (ratio 0,4x100.000 hab). Al tener en cuenta la dedicación completa que es menor en los médicos que en las enfermeras en la comunidad (el 56,8% del total de los médicos y el 73,9% del total de las enfermeras), el número de habitantes por profesional aumenta especialmente en los médicos y pasa a ser de 1 por 98.882 habitantes (ratio 1,0 x 100.000hab) y de 1 enfermera por 48.472 habitantes (ratio 2,1 x100.00 hab).

Al analizar la formación de los profesionales de Cuidados Paliativos discriminado por horas de formación, el 88,6% de los médicos supera las 140 horas de formación (≥ 140 horas), al igual que el 60% de los psicólogos que supera las 40 horas de formación (≥ 40 horas). En cambio, el porcentaje de enfermeras cuya formación es menor (<) de 140 horas es más de la mitad (66,7%), al igual que el 63,6% de los trabajadores sociales que no supera las 40 horas de formación (<40 horas).

Al considerar la formación avanzada de más de 300 horas (>300 horas), el 79,5% de los médicos tiene este nivel de formación, comparado con el 21,7% de enfermeras que alcanzan estas horas de formación en la comunidad.

**CASTILLA LA MANCHA**

En Castilla La Mancha (2.059.191 habitantes/ año 2015) en total se han identificado 9 recursos, de los que 6 han sido clasificados según los criterios del Directorio SECPAL 2015. Por tipología se han identificado 3 Equipos Básicos de CP (EBCP), 2 Unidades Básicas de CP (UBCP), 1 Unidad Completa de CP (UCCP) y 3 recursos que no han sido clasificados (SC) porque les falta cumplir algún criterio (principalmente referidos a la falta de dedicación y formación). Se han identificado un total de 75 profesionales sin tener en cuenta la dedicación (y considerando el total de recursos, es decir 9). De los cuales, 24 son médicos (32,0%), 40 enfermeras (53,3%), 9 Psicólogos (12,0%) y 2 Trabajadores Sociales (2,7%).

Tabla 38. Profesionales por tipo de recurso en la Comunidad

Tipo	Nº Rec.	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	3	5	4	2	-
ECCP	-	-	-	-	-
UBCP	2	10	25	2	1
UCCP	1	4	3	3	1
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	3	5	8	2	-
Total	9	24 (32,0%)	40 (53,3%)	9 (12,0%)	2 (2,7%)

Tabla 39. Tasa de recursos y profesionales por 100.000 habitantes

Tipo	Total recursos	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	0,1	0,2	0,2	0,1	-
ECCP	-	-	-	-	-
UBCP	0,1	0,5	1,2	0,1	0,05
UCCP	0,05	0,2	0,1	0,1	0,05
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	0,1	0,2	0,4	0,1	-
Total	0,4	1,2	1,9	0,4	0,1

Tabla 40. Formación de los profesionales de los recursos por tipo de recursos de cuidados paliativos

Tipo	Médicos		Enfermeras		Psicólogos		Trabajadores Sociales	
	< 140 h	>140h	< 140 h	>140h	< 40 h	>40h	< 40 h	>40h
EBCP	1	4	1	3	1	1	-	-
ECCP	-	-	-	-	-	-	-	-
UBCP	1	9	19	6	-	2	1	-
UCCP	-	4	1	2	-	3	-	1
EBCPP	-	-	-	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-	-	-	-
SC	-	5	8	-	2	-	-	-
Total	2 (8,3%)	22 (91,7%)	29 (72,5%)	11 (27,5%)	3 (33,3%)	6 (66,7%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)

Tabla 41. Médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	4	4
ECCP	-	-
UBCP	10	13
UCCP	4	2
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	5	8
Total	23 (95,8%)	27 (67,5%)

Tabla 42. Tasa de médicos. y enfermeras. con dedicación completa (=100%) x 100.000 habitantes

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	0,2	0,2
ECCP	-	-
UBCP	0,5	0,6
UCCP	0,2	0,1
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	0,2	0,4
Total	1,1	1,3



Tabla 43. Número de habitantes por médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	514.798	514.798
ECCP	-	-
UBCP	205.919	158.399
UCCP	514.798	1.029.596
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	411.838	257.399
Total	89.530	76.266

Tabla 44. Médicos y Enfermeras con formación >300 horas

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	4	3
ECCP	-	-
UBCP	9	6
UCCP	4	2
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	4	-
Total	21 (87,5%)	11 (27,5%)

Según estos datos, en la comunidad habría 1 médico por 85.800 habitantes (ratio 1,2x 100.000 hab), 1 enfermera por 52.480 habitantes (ratio 1,9 x100.000 hab), 1 psicólogo por 228.790 habitantes (ratio 0,4x 100.000 hab) y 1 trabajador social por 1 millón habitantes (ratio 0,1x100.000 hab), siendo este último dato muy llamativo y el más alto de este tipo de profesional comparado con otras CC.AA.

Al analizar solo los profesionales con dedicación completa (el 95,8% del total de los médicos y el 67,5% del total de las enfermeras), el número de habitantes por profesional aumenta levemente en el número de habitantes y médico, pero es un poco más notoria la subida en relación a las enfermeras. Así habría 1 médico por 89.530 habitantes (ratio 1,1x 100.000hab) y 1 enfermera por 76.266 habitantes (ratio 1,3x 100.000 hab).

En relación a la formación de los profesionales de Cuidados Paliativos y al considerar las horas de formación, el 91,7% de los médicos tiene más de 140 horas de formación (≥ 140 horas), al igual que el 66,7% de los psicólogos que supera las 40 horas de formación (≥ 40 horas). Comparado con el porcentaje de enfermeras cuya formación es menor (<) de 140 horas en el 72,5% de los casos, al igual que el 50% de los trabajadores sociales (<40 horas) que no supera las 40 horas de formación. El 87,5% de los médicos tiene una formación avanzada de más (>) de 300 horas, mientras que el 27,5% de las enfermeras tiene ese nivel de formación.

CATALUÑA

En Cataluña (7.508.106 habitantes/ año 2015) se han identificado 61 recursos, de los que 43 han sido clasificados según los criterios del Directorio SECPAL 2015. Por tipología se han identificado 24 Equipos Básicos de CP (EBCP), 6 Equipos Completos de CP (ECCP), 5 Unidades Básicas de CP (UBCP), 7 Unidades Completas de CP (UCCP), 1 Equipo Básico de CP Pediátrico (EBCPP), y 18 recursos que no han sido clasificados (SC) porque les falta cumplir algún criterio (principalmente referidos a la falta de dedicación y formación). Respecto al número de profesionales (teniendo en cuenta el total de recursos, es decir 61, y sin tener en cuenta la dedicación), se han identificado un total de 422 profesionales: 116 médicos (27,5%), 200 enfermeras (47,4%), 48 Psicólogos (11,4%) y 58 Trabajadores Sociales (13,7%).

Tabla 45. Profesionales por tipo de recurso en la Comunidad

Tipo	Nº Rec.	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	24	38	59	11	20
ECCP	6	11	13	7	7
UBCP	5	14	33	5	6
UCCP	7	25	42	9	9
EBCPP	1	3	5	1	1
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	18	25	48	15	15
Total	61	116 (27,5%)	200 (47,4%)	48 (11,4%)	58 (13,7%)

Tabla 46. Tasa de recursos y profesionales por 100.000 habitantes

Tipo	Total recursos	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	0,3	0,5	0,8	0,1	0,3
ECCP	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
UBCP	0,1	0,2	0,4	0,1	0,1
UCCP	0,1	0,3	0,6	0,1	0,1
EBCPP	0,01	0,04	0,1	0,01	0,01
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	0,2	0,3	0,6	0,2	0,2
Total	0,8	1,5	2,7	0,6	0,8



Tabla 47. Formación de los profesionales de los recursos por tipo de recursos de cuidados paliativos

Tipo	Médicos		Enfermeras		Psicólogos		Trabajadores Sociales	
	< 140 h	>140h	< 140 h	>140h	< 40 h	>40h	< 40 h	>40h
EBCP	3	35	10	49	6	5	6	14
ECCP	-	11	2	11	-	7	-	7
UBCP	3	11	14	19	1	4	3	3
UCCP	3	22	12	30	1	8	-	9
EBCPP	-	3	-	5	1	-	-	1
ECCPP	-	-	-	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-	-	-	-
SC	4	21	39	9	5	10	10	5
Total	13 (11,2%)	103 (88,8%)	77 (38,5%)	123 (61,5%)	14 (29,2%)	34 (70,8%)	19 (32,8%)	39 (67,2%)

Tabla 48. Médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	32	42
ECCP	9	12
UBCP	10	28
UCCP	22	37
EBCPP	3	3
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	19	32
Total	95 (81,9%)	154 (77,0%)

Tabla 49. Tasa de médicos. y enfermeras. con dedicación completa (=100%) x 100.000 habitantes

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	0,4	0,6
ECCP	0,1	0,2
UBCP	0,1	0,4
UCCP	0,3	0,5
EBCPP	0,04	0,04
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	0,3	0,4
Total	1,3	2,1

Tabla 50. Número de habitantes por médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	234.628	178.764
ECCP	834.234	625.676
UBCP	750.811	268.147
UCCP	341.278	202.922
EBCPP	2.502.702	2.502.702
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	395.163	234.628
Total	79.033	48.754

Tabla 51. Médicos y Enfermeras con formación >300 horas

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	32	40
ECCP	11	11
UBCP	11	11
UCCP	20	16
EBCPP	3	4
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	16	6
Total	93 (80,2%)	88 (44,0%)

Considerando estos datos, en Cataluña habría 1 médico por 64.725 habitantes (ratio 1,5 x 100.000 hab), 1 enfermera por 37.541 habitantes (ratio 2,7 x 100.000 hab), 1 psicólogo por 156.419 habitantes (ratio 0,6 x 100.000 hab) y 1 trabajador social por 129.450 habitantes (0,8 x 100.000 hab). Datos muy óptimos para todos los profesionales por habitante comparado con otras CC.AA.

Cuando se tiene en cuenta la dedicación completa de los médicos y enfermeras (el 81,9% del total de los médicos y el 77,0% del total de las enfermeras), el número de habitantes por profesional aumenta ligeramente y pasa a ser de 1 médico por 79.033 habitantes (ratio 1,3 x 100.000 hab) y 1 enfermera por 48.754 habitantes (ratio 2,1 x 100.000 hab).

Al analizar la formación de los profesionales de Cuidados Paliativos discriminado por horas de formación, es muy positivo que en la comunidad los criterios de formación de este directorio se cumplan para la mayoría de profesionales. De esta forma, el 88,8% % de los médicos supera las 140 horas de formación (≥ 140 horas), al igual que el 61,5% de las enfermeras (≥ 140 horas). El 70,8% de los psicólogos (≥ 40 horas) y el 67,2% de los trabajadores sociales superan las 40 horas de formación (≥ 40 horas).

Igualmente el 80,2% de los médicos y el 44,0% de las enfermeras tienen una formación avanzada de más (>) de 300 horas.



CEUTA (CIUDAD AUTÓNOMA)

En la Ciudad Autónoma de Ceuta (84.263 habitantes/ año 2015) se ha identificado 1 recurso que ha sido clasificado según los criterios del Directorio SECPAL 2015 como 1 Equipo Completo de CP (ECCP). Respecto al número de profesionales, se han identificado un total de 4 profesionales: 1 médico (25,0%), 1 enfermera (25,0%), 1 Psicólogo (25,0%) y 1 Trabajador Social (25,0%).

Tabla 52. Profesionales por tipo de recurso en la Comunidad

Tipo	Nº Rec.	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	-	-	-	-	-
ECCP	1	1	1	1	1
UBCP	-	-	-	-	-
UCCP	-	-	-	-	-
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	-	-	-	-	-
Total	1	1 (25,0%)	1 (25,0%)	1 (25,0%)	1 (25,0%)

Tabla 53. Tasa de recursos y profesionales por 100.000 habitantes

Tipo	Total recursos	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	-	-	-	-	-
ECCP	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
UBCP	-	-	-	-	-
UCCP	-	-	-	-	-
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	-	-	-	-	-
Total	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2

Tabla 54. Formación de los profesionales de los recursos por tipo de recursos de cuidados paliativos

Tipo	Médicos		Enfermeras		Psicólogos		Trabajadores Sociales	
	< 140 h	>140h	< 140 h	>140h	< 40 h	>40h	< 40 h	>40h
EBCP	-	-	-	-	-	-	-	-
ECCP	1	1	1	1	1	1	1	1
UBCP	-	-	-	-	-	-	-	-
UCCP	-	-	-	-	-	-	-	-
EBCPP	-	-	-	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-	-	-	-
SC	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)

Tabla 55. Médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	-	-
ECCP	1	1
UBCP	-	-
UCCP	-	-
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	-	-
Total	1 (100%)	1 (100%)

Tabla 56. Tasa de médicos. y enfermeras. con dedicación competa (=100%) x 100.000 habitantes

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	-	-
ECCP	1,2	1,2
UBCP	-	-
UCCP	-	-
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	-	-
Total	1,2	1,2



Tabla 57. Número de habitantes por médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	-	-
ECCP	84.263	84.263
UBCP	-	-
UCCP	-	-
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	-	-
Total	84.263	84.263

Tabla 58. Médicos y Enfermeras con formación >300 horas

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	-	-
ECCP	1	1
UBCP	-	-
UCCP	-	-
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	-	-
Total	1 (100%)	1 (100%)

Al tener en cuenta estos datos y la dedicación completa de los profesionales, habría 1 médico, 1 enfermera, 1 psicólogo y 1 trabajador social por 84.263 habitantes (ratio por profesional de 1,2 x 100.000 hab).

En cuanto a la formación de los profesionales de cuidados paliativos discriminado por horas de formación, es muy positivo que los criterios de formación de este directorio se cumplan para todos los profesionales en la comunidad. De esta forma, el médico y enfermera superan las 300 horas de formación (≥ 300 horas) y el psicólogo y trabajador social superan las 40 horas de formación (≥ 40 horas).

COMUNIDAD DE MADRID

En la Comunidad de Madrid (6.436.996 habitantes/ año 2015) se han identificado 41 recursos, de los que 31 han sido clasificados según los criterios del Directorio SECPAL 2015. Por tipología se han identificado 18 Equipos Básicos de CP (EBCP), 2 Equipos Completos de CP (ECCP), 3 Unidades Básicas de CP (UBCP), 7 Unidades Completas de CP (UCCP), 1 Equipo Completo de CP Pediátrico (ECCPP) y 10 recursos que no han sido clasificados (SC) porque les falta cumplir algún criterio (principalmente referidos a la falta de dedicación y formación), de los cuales 1 es de atención pediátrica. Al considerar el número de profesionales sin tener en cuenta la dedicación (y contabilizando el total de recursos, es decir 41), se han identificado un total de 357 profesionales: 119 médicos (33,3%), 168 enfermeras (47,1%), 34 Psicólogos (9,5%) y 36 Trabajadores Sociales (10,1%).

Tabla 59. Profesionales por tipo de recurso en la Comunidad

Tipo	Nº Rec.	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	18	40	42	9	11
ECCP	2	3	3	2	2
UBCP	3	7	19	3	3
UCCP	7	39	71	13	11
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	1	5	5	1	1
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	10	25	28	6	8
Total	41	119 (33,3%)	168 (47,1%)	34 (9,5%)	36 (10,1%)

Tabla 60. Tasa de recursos y profesionales por 100.000 habitantes

Tipo	Total recursos	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	0,3	0,6	0,7	0,1	0,2
ECCP	0,03	0,05	0,05	0,03	0,03
UBCP	0,05	0,1	0,3	0,05	0,05
UCCP	0,1	0,6	1,1	0,2	0,2
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	0,02	0,1	0,1	0,02	0,02
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	0,2	0,4	0,4	0,1	0,1
Total	0,6	1,8	2,6	0,5	0,6



Tabla 61. Formación de los profesionales de los recursos por tipo de recursos de cuidados paliativos

Tipo	Médicos		Enfermeras		Psicólogos		Trabajadores Sociales	
	< 140 h	>140h	< 140 h	>140h	< 40 h	>40h	< 40 h	>40h
EBCP	-	40	2	40	2	7	4	7
ECCP	-	3	-	3	-	2	-	2
UBCP	-	7	12	7	-	3	2	1
UCCP	6	33	26	45	1	12	3	8
EBCPP	-	-	-	-	-	-	-	-
ECCPP	-	5	4	1	-	1	-	1
HOSPICE	-	-	-	-	-	-	-	-
SC	9	16	24	4	1	5	7	1
Total	15 (12,6%)	104 (87,4%)	68 (40,5%)	100 (59,5%)	4 (11,8%)	30 (88,2%)	16 (44,4%)	20 (55,6%)

Tabla 62. Médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	40	42
ECCP	3	3
UBCP	5	19
UCCP	18	65
EBCPP	-	-
ECCPP	5	5
HOSPICE	-	-
SC	8	12
Total	79 (66,4%)	146 (86,9%)

Tabla 63. Tasa de médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%) x 100.000 habitantes

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	0,6	0,7
ECCP	0,05	0,05
UBCP	0,1	0,3
UCCP	0,3	1,0
EBCPP	-	-
ECCPP	0,1	0,1
HOSPICE	-	-
SC	0,1	0,2
Total	1,2	2,3

Tabla 64. Número de habitantes por médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	160.925	153.262
ECCP	2.145.665	2.145.665
UBCP	1.287.399	338.789
UCCP	357.611	99.031
EBCPP	-	-
ECCPP	1.287.399	1.287.399
HOSPICE	-	-
SC	804.625	536.416
Total	81.481	44.089

Tabla 65. Médicos y Enfermeras con formación >300 horas

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	40	28
ECCP	2	3
UBCP	7	1
UCCP	33	32
EBCPP	-	-
ECCPP	5	1
HOSPICE	-	-
SC	16	2
Total	103 (86,6%)	67 (39,9%)

Respecto a estos datos, en la comunidad habría 1 médico por 54.092 habitantes (ratio 1,8x 100.000 hab), 1 enfermera por 38.315 habitantes (ratio 2,6x 100.000 hab), 1 psicólogo por 189.323 habitantes (ratio 0,5x 100.000 hab) y 1 trabajador social por 178.805 habitantes (ratio 0,6x 100.000 hab).

Cuando se tiene en cuenta la dedicación completa de los profesionales (el 66,4% del total de los médicos y el 86,9% del total de las enfermeras), el número de habitantes por profesional en la comunidad aumenta principalmente en el número de habitantes por médico, siendo de 1 médico por 81.481 habitantes (ratio 1,2x 100.000 hab) y de 1 enfermera por 44.089 habitantes (ratio 2,3x 100.000 hab).

En relación a la formación de los profesionales de Cuidados Paliativos discriminado por horas de formación, es muy positivo que los criterios de formación de este directorio se cumplan para la mayoría de profesionales en esta comunidad, superando este criterio la mitad de la dotación de profesionales. De esta forma, el 87,4% de los médicos tiene más de 140 horas de formación (≥ 140 horas); de forma similar, el 59,9% de las enfermeras tiene más de 140 horas de formación (≥ 140 horas), el 88,2% de los psicólogos y el 55,6% de los trabajadores sociales superan las 40 horas de formación (≥ 40 horas).

Al tener en cuenta la formación avanzada de los profesionales, el 86,6 % de los médicos tiene una formación de más (>) de 300 horas. Sin embargo, el 39,9% de las enfermeras tiene este nivel de formación.



COMUNIDAD DE VALENCIA

En la Comunidad Valenciana (4.980.689 habitantes/ año 2015) en total se han identificado 35 recursos, de los que 18 han sido clasificados según los criterios del Directorio SECPAL 2015. Por tipología se han identificado 14 Equipos Básicos de CP (EBCP), 3 Unidades Básicas de CP (UBCP), 1 Unidad Completa de CP (UCCP) y 17 recursos que no han sido clasificados (SC) porque les falta cumplir algún criterio (principalmente referidos a la falta de dedicación y formación), de los cuales 1 es de atención pediátrica. Al considerar el número de profesionales (sin tener en cuenta la dedicación y contabilizando el total de recursos, es decir 34), se han identificado un total de 472 profesionales. De los cuales, 142 son médicos (30,1%), 292 enfermeras (61,9%), 21 Psicólogos (4,4%) y 17 Trabajadores Sociales (3,6%).

Tabla 66. Profesionales por tipo de recurso en la Comunidad

Tipo	Nº Rec.	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	14	61	128	6	3
ECCP	-	-	-	-	-
UBCP	3	13	26	2	2
UCCP	1	2	5	1	1
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	17	66	133	12	11
Total	35	142 (30,1%)	292 (61,9%)	21 (4,4%)	17 (3,6%)

Tabla 67. Tasa de recursos y profesionales por 100.000 habitantes

Tipo	Total recursos	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	0,3	1,2	2,6	0,1	0,1
ECCP	-	-	-	-	-
UBCP	0,1	0,3	0,5	0,04	0,04
UCCP	0,02	0,04	0,1	0,02	0,02
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	0,3	1,3	2,7	0,2	0,2
Total	0,7	2,9	5,9	0,4	0,3

Tabla 68. Formación de los profesionales de los recursos por tipo de recursos de cuidados paliativos

Tipo	Médicos		Enfermeras		Psicólogos		Trabajadores Sociales	
	< 140 h	>140h	< 140 h	>140h	< 40 h	>40h	< 40 h	>40h
EBCP	7	54	61	67	2	4	2	1
ECCP	-	-	-	-	-	-	-	-
UBCP	4	9	16	10	-	2	1	1
UCCP	1	1	4	1	-	1	-	1
EBCPP	-	-	-	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-	-	-	-
SC	22	44	133	-	4	8	7	4
Total	34 (23,9%)	108 (76,1%)	214 (73,3%)	78 (26,7%)	6 (28,6%)	15 (71,4%)	10 (58,8%)	7 (41,2%)

Tabla 69. Médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	38	84
ECCP	-	-
UBCP	10	24
UCCP	1	1
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	45	105
Total	94 (66,2%)	214 (73,3%)

Tabla 70. Tasa de médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%) x 100.000 habitantes

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	0,8	1,7
ECCP	-	-
UBCP	0,2	0,5
UCCP	0,02	0,02
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	0,9	2,1
Total	1,9	4,3



Tabla 71. Número de habitantes por médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	131.071	59.294
ECCP	-	-
UBCP	498.069	207.529
UCCP	4.980.689	4.980.689
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	110.682	47.435
Total	52.986	23.274

Tabla 72. Médicos y Enfermeras con formación >300 horas

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	42	19
ECCP	-	-
UBCP	8	2
UCCP	1	-
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	22	-
Total	73 (51,4%)	21 (7,2%)

Respecto a estos datos, en la comunidad habría 1 médico por 35.075 habitantes (ratio 2,9x 100.000 hab), 1 enfermera por 17.057 habitantes (ratio 5,9x 100.000 hab - siendo uno de los ratios más altos comparado con otras CC.AA), 1 psicólogo por 237.176 habitantes (ratio 0,4x 100.000 hab) y 1 trabajador social por 292.982 (ratio 0,3x 100.000 hab).

Al tener en cuenta la dedicación completa de los profesionales (66,2% del total de los médicos y 73,3% del total de las enfermeras), el número de habitantes por profesional se incrementa y habría 1 médico por 52.986 habitantes (ratio 1,9x 100.000 hab) y 1 enfermera por 23.274 habitantes (ratio 4,3x 100.000 hab).

Al analizar la formación de los profesionales de cuidados paliativos discriminado por horas de formación, el 76,1% de los médicos supera las 140 horas de formación (≥ 140 horas), al igual que el 71,4% de los psicólogos que supera las 40 horas de formación (≥ 40 horas).

En contraposición, el porcentaje de enfermeras cuya formación es menor (<) de 140 horas es del 73,3%, porcentaje alto comparado con otras CC.AA, al igual que el 58,8% de los trabajadores sociales que no supera las 40 horas de formación (<40 horas).

En lo que respecta a la formación avanzada, es llamativo que la mitad (51,4%) de los médicos tiene una formación mayor (>) de 300 horas, al igual que el 7,2% de las enfermeras tenga ese nivel de formación.

EXTREMADURA

En Extremadura (1.092.997 habitantes/ año 2015) se han identificado 8 recursos que han sido clasificados según los criterios del Directorio SECPAL 2015. Por tipología se han identificado 5 Equipos Básicos de CP (EBCP) y 3 Equipos Completos de CP (ECCP). Respecto al número de profesionales, se han identificado un total de 52 profesionales. De los cuales, 19 son médicos (36,5%), 17 enfermeras (32,7%), 8 Psicólogos (15,4%) y 8 Trabajadores Sociales (15,4%).

Tabla 73. Profesionales por tipo de recurso en la Comunidad

Tipo	Nº Rec.	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	5	10	8	5	5
ECCP	3	9	9	3	3
UBCP	-	-	-	-	-
UCCP	-	-	-	-	-
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	-	-	-	-	-
Total	8	19 (36,5%)	17 (32,7%)	8 (15,4%)	8 (15,4%)

Tabla 74. Tasa de recursos y profesionales por 100.000 habitantes

Tipo	Total recursos	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	0,5	0,9	0,7	0,5	0,5
ECCP	0,3	0,8	0,8	0,3	0,3
UBCP	-	-	-	-	-
UCCP	-	-	-	-	-
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	-	-	-	-	-
Total	0,7	1,7	1,6	0,7	0,7



Tabla 75. Formación de los profesionales de los recursos por tipo de recursos de cuidados paliativos

Tipo	Médicos		Enfermeras		Psicólogos		Trabajadores Sociales	
	< 140 h	>140h	< 140 h	>140h	< 40 h	>40h	< 40 h	>40h
EBCP		10		8	-	5	3	2
ECCP		9		9	-	3	-	3
UBCP		-		-	-	-	-	-
UCCP		-		-	-	-	-	-
EBCPP		-		-	-	-	-	-
ECCPP		-		-	-	-	-	-
HOSPICE		-		-	-	-	-	-
SC		-		-	-	-	-	-
Total		19 (100%)		17 (100%)		8 (100%)	3 (37,5%)	5 (62,5%)

Tabla 76. Médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	8	8
ECCP	9	9
UBCP	-	-
UCCP	-	-
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	-	-
Total	17 (89,5%)	17 (100%)

Tabla 77. Tasa de médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%) x 100.000 habitantes

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	0,7	0,7
ECCP	0,8	0,8
UBCP	-	-
UCCP	-	-
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	-	-
Total	1,6	1,6

Tabla 78. Número de habitantes por médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	136.625	136.625
ECCP	121.444	121.444
UBCP	-	-
UCCP	-	-
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	-	-
Total	64.294	64.294

Tabla 79. Médicos y Enfermeras con formación >300 horas

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	10	8
ECCP	9	9
UBCP	-	-
UCCP	-	-
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	-	-
Total	19 (100%)	17 (100%)

Atendiendo a estos datos, y sin considerar la dedicación de los profesionales, en la comunidad habría 1 médico por 57.526 habitantes (ratio 1,7x 100.000 hab), 1 enfermera por 64.294 habitantes (ratio 1,6x 100.000 hab), 1 psicólogo por 136.625 habitantes (ratio 0,7x 100.000 hab) y 1 trabajador social por 136.625 habitantes (ratio 0,7x 100.000 hab). Cuando se tiene en cuenta la dedicación completa de los médicos y enfermeras (89,5% del total de los médicos y 100% de la enfermeras), el número de habitantes por profesional aumenta ligeramente en los médicos, y pasa a ser de 1 médico por 64.294 habitantes (ratio 1,6x 100.000 hab). En el caso de las enfermeras, es muy positivo que todas tengan dedicación completa y por tanto el número de enfermeras por habitantes se mantiene igual (1 enfermera por 64.294 habitantes). Es una de las comunidades que mantiene los mejores ratios de profesionales por habitante.

Respecto la formación de los profesionales de Cuidados Paliativos discriminado por horas de formación, es también positivo que los criterios de formación de este directorio se cumplan para casi la totalidad de los profesionales. La totalidad de los médicos y enfermeras tienen formación avanzada de más de 300 horas de formación (> 300 horas) y la totalidad de los psicólogos tiene más de 40 horas de formación (≥ 40 horas). En contraste, el porcentaje de trabajadores sociales cuya formación es menor de 40 horas (<40 horas) es del 37,5%.

**GALICIA**

En Galicia (2.732.347 habitantes/ año 2015) se han identificado 10 recursos, de los que 8 han sido clasificados según los criterios del Directorio SECPAL 2015. Por tipología se han identificado 2 Equipos Básicos de CP (EBCP), 1 Equipo Completo de CP (ECCP), 4 Unidades Básicas de CP (UBCP), 1 Unidad Completa de CP (UCCP) y 2 recursos que no han sido clasificados (SC) porque les falta cumplir algún criterio (principalmente referidos a la falta de dedicación y formación). Respecto al número de profesionales sin tener en cuenta la dedicación (y contabilizando el total de recursos, es decir 10), se han identificado un total de 121 profesionales: 26 médicos (21,5%), 77 enfermeras (63,6%), 11 Psicólogos (9,1%) y 7 Trabajadores Sociales (5,8%).

Tabla 80. Profesionales por tipo de recurso en la Comunidad

Tipo	Nº Rec.	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	2	6	11	-	-
ECCP	1	1	1	4	1
UBCP	4	12	36	4	3
UCCP	1	5	27	1	1
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	2	2	2	2	2
Total	10	26 (21,5%)	77 (63,6%)	11 (9,1%)	7 (5,8%)

Tabla 81. Tasa de recursos y profesionales por 100.000 habitantes

Tipo	Total recursos	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	0,1	0,2	0,4	-	-
ECCP	0,04	0,04	0,04	0,1	0,04
UBCP	0,1	0,4	1,3	0,1	0,1
UCCP	0,04	0,2	1,0	0,04	0,04
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Total	0,4	1,0	2,8	0,4	0,3

Tabla 82. Formación de los profesionales de los recursos por tipo de recursos de cuidados paliativos

Tipo	Médicos		Enfermeras		Psicólogos		Trabajadores Sociales	
	< 140 h	>140h	< 140 h	>140h	< 40 h	>40h	< 40 h	>40h
EBCP	2	4	8	3	-	-	-	-
ECCP	-	1	-	1	-	4	-	1
UBCP	-	12	28	8	3	1	3	-
UCCP	-	5	20	7	-	1	-	1
EBCPP	-	-	-	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-	-	-	-
SC	-	2	1	1	1	1	2	-
Total	2 (7,7%)	24 (92,3%)	57 (74,0%)	20 (26,0%)	4 (36,4%)	7 (63,6%)	5 (71,4%)	2 (28,6%)

Tabla 83. Médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	1	-
ECCP	1	1
UBCP	12	33
UCCP	5	27
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	1	1
Total	20 (76,9%)	62 (80,5%)

Tabla 84. Tasa de médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%) x 100.000 habitantes

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	0,04	-
ECCP	0,04	0,04
UBCP	0,4	1,2
UCCP	0,2	1,0
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	0,04	0,04
Total	0,7	2,3



Tabla 85. Número de habitantes por médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	2.732.347	-
ECCP	2.732.347	2.732.347
UBCP	227.696	82.798
UCCP	546.469	101.198
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	2.732.347	2.732.347
Total	136.617	44.070

Tabla 86. Médicos y Enfermeras con formación >300 horas

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	4	3
ECCP	-	-
UBCP	12	7
UCCP	4	7
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	2	1
Total	22 (84,6%)	18 (23,4%)

Atendiendo a estos datos, en la comunidad habría 1 médico por 105.090 habitantes (ratio 1,0x 100.000 hab), 1 enfermera por 35.485 habitantes (ratio 2,8x 100.000 hab), 1 psicólogo por 248.395 habitantes (ratio 0,4x 100.000 hab) y 1 trabajador social por 390.335 habitantes (ratio 0,3x 100.000 hab). Cabe destacar la gran diferencia encontrada entre el número de médicos y de enfermeras por habitante en la comunidad.

Cuando se tiene en cuenta la dedicación completa en médicos y enfermeras (76,9% del total de médicos y 80,5% del total de enfermeras), el número entre médicos y habitantes aumenta y se sitúa en 1 médico por 136.617 habitantes (ratio 0,7x 100.000 hab) y 1 enfermera por 44.070 habitantes (ratio 2,3x 100.000 hab). El número de habitantes por médico es bastante alta comparada con otras CC.AA.

En cuanto a la formación de los profesionales de Cuidados Paliativos discriminado por horas de formación, el 92,3% de los médicos tiene más de 140 horas de formación (≥ 140 horas), al igual que el 63,6% de los psicólogos que supera las 40 horas de formación (≥ 40 horas). No obstante, el porcentaje de enfermeras cuya formación es menor (<) de 140 horas es del 74,0%, al igual que el 71,4% de los trabajadores sociales que no supera las 40 horas de formación (<40 horas). Al considerar la formación avanzada, el 84,6% de los médicos tiene una formación de más (>) de 300 horas, mientras que el 23,4% de las enfermeras tiene ese nivel de formación.

ISLAS BALEARES

En Baleares (1.104.479 habitantes/ año 2015) se han identificado 9 recursos, de los que 7 han sido clasificados según los criterios del Directorio SECPAL 2015. Por tipología se han identificado 3 Equipos Básicos de CP (EBCP), 1 Unidad Básica de CP (UBCP), 2 Unidades Completas de CP (UCCP), 1 Equipo Básico de CP Pediátrico (EBCPP) y 2 recursos que no han sido clasificados (SC) porque les falta cumplir algún criterio (principalmente referidos a la falta de dedicación y formación). Considerando el número de profesionales sin tener en cuenta la dedicación (y contabilizando todos los recursos, es decir 9), se han identificado un total de 87 profesionales. De los cuales, 22 son médicos (25,3%), 50 enfermeras (57,5%), 9 Psicólogos (10,3%) y 6 Trabajadores Sociales (6,9%).

Tabla 87. Profesionales por tipo de recurso en la Comunidad

Tipo	Nº Rec.	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	3	10	10	3	1
ECCP	-	-	-	-	-
UBCP	1	1	17	1	1
UCCP	2	4	18	2	2
EBCPP	1	2	2	1	1
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	2	5	3	2	1
Total	9	22 (25,3%)	50 (57,5%)	9 (10,3%)	6 (6,9%)

Tabla 88. Tasa de recursos y profesionales por 100.000 habitantes

Tipo	Total recursos	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	0,3	0,9	0,9	0,3	0,1
ECCP	-	-	-	-	-
UBCP	0,1	0,1	1,5	0,1	0,1
UCCP	0,2	0,4	1,6	0,2	0,2
EBCPP	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	0,2	0,5	0,3	0,2	0,1
Total	0,8	2,0	4,5	0,8	0,5



Tabla 89. Formación de los profesionales de los recursos por tipo de recursos de cuidados paliativos

Tipo	Médicos		Enfermeras		Psicólogos		Trabajadores Sociales	
	< 140 h	>140h	< 140 h	>140h	< 40 h	>40h	< 40 h	>40h
EBCP	1	9	3	7	-	3	-	1
ECCP	-	-	-	-	-	-	-	-
UBCP	-	1	14	3	1	-	1	-
UCCP	-	4	11	7	-	2	-	2
EBCPP	1	1	-	2	1	-	1	-
ECCPP	-	-	-	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-	-	-	-
SC	1	4	2	1	-	2	1	-
Total	3 (9,1%)	19 (90,9%)	30 (60,0%)	20 (40,0%)	2 (22,2%)	7 (77,8%)	3 (50,0%)	3 (50,0%)

Tabla 90. Médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	10	10
ECCP	-	-
UBCP	1	17
UCCP	4	18
EBCPP	2	1
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	2	1
Total	19 (86,4%)	47 (94,0%)

Tabla 91. Tasa de médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%) x 100.000 habitantes

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	0,9	0,9
ECCP	-	-
UBCP	0,1	1,5
UCCP	0,4	1,6
EBCPP	0,2	0,1
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	0,2	0,1
Total	1,7	4,3

Tabla 92. Número de habitantes por médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	110.448	110.448
ECCP	-	-
UBCP	1.104.479	64.969
UCCP	276.120	61.360
EBCPP	552.240	1.104.479
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	552.240	1.104.479
Total	58.130	23.500

Tabla 93. Médicos y Enfermeras con formación >300 horas

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	9	5
ECCP	-	-
UBCP	1	2
UCCP	4	6
EBCPP	1	2
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	4	1
Total	19 (86,4%)	16 (32,0%)

En lo que respecta a estos datos, en la comunidad habría 1 médico por 50.204 habitantes (ratio 2,0x 100.000 hab), 1 enfermera por 22.090 habitantes (ratio 4,5x 100.000 hab), 1 psicólogo por 122.720 habitantes (ratio 0,8x 100.000 hab) y 1 trabajador social por 184.080 habitantes (ratio 0,5x 100.000 hab). Cuando se tiene en cuenta la dedicación completa de los médicos y enfermeras, que es positiva comparada con otras CC.AA (86,4% del total de los médicos y 94% del total de las enfermeras), el número de habitantes por médico aumenta levemente, siendo de 1 médico por 58.130 enfermeras (ratio 1,7x 100.000 hab), 1 enfermera por 23.500 habitantes (ratio 4,2x 100.000 hab).

Respecto a la formación de los profesionales de Cuidados Paliativos discriminado por horas de formación, el 90,9% de los médicos tiene más de 140 horas de formación (≥ 140 horas), al igual que el 77,8% de los psicólogos que supera las 40 horas de formación (≥ 40 horas). En contraste, en esta comunidad es llamativo que el porcentaje de enfermeras cuya formación es menor (<) de 140 horas sea de más de la mitad (60,0%), al igual que el 50,0% de los trabajadores sociales que no supera las 40 horas de formación (<40 horas). Al analizar la formación avanzada, el 86,4% de los médicos tiene una formación superior a 300 horas (>300). No obstante, el 32,0% de las enfermeras tiene ese nivel de formación.

**ISLAS CANARIAS**

En total en Canarias (2.100.306 habitantes/ año 2015) se han identificado 6 recursos, de los que 5 han sido clasificados según los criterios del Directorio SECPAL 2015. Por tipología se han identificado 2 Equipos Básicos de CP (EBCP), 1 Unidad Básica de CP (UBCP), 2 Unidades Completas de CP (UCCP) y 1 recurso de atención pediátrica que no ha sido clasificado (SC) porque le falta cumplir algún criterio (principalmente referidos a la falta de dedicación y formación). Atendiendo al número de profesionales y sin considerar la dedicación (teniendo en cuenta el total de recursos, es decir 6), se han identificado un total de 99 profesionales. De los cuales, 31 son médicos (31,3%), 55 enfermeras (55,6%), 6 Psicólogos (6,1%) y 7 Trabajadores Sociales (7,1%).

Tabla 94. Profesionales por tipo de recurso en la Comunidad

Tipo	Nº Rec.	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	2	8	12	1	2
ECCP	-	-	-	-	-
UBCP	1	7	8	-	1
UCCP	2	14	34	5	4
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	1	2	1	-	-
Total	6	31 (31,3%)	55 (55,6%)	6 (6,1%)	7 (7,1%)

Tabla 95. Tasa de recursos y profesionales por 100.000 habitantes

Tipo	Total recursos	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	0,1	0,4	0,6	0,05	0,1
ECCP	-	-	-	-	-
UBCP	0,05	0,3	0,4	-	0,05
UCCP	0,1	0,7	1,6	0,2	0,2
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	0,05	0,1	0,05	-	-
Total	0,3	1,5	2,6	0,3	0,3

Tabla 96. Formación de los profesionales de los recursos por tipo de recursos de cuidados paliativos

Tipo	Médicos		Enfermeras		Psicólogos		Trabajadores Sociales	
	< 140 h	>140h	< 140 h	>140h	< 40 h	>40h	< 40 h	>40h
EBCP	2	6	1	11	-	1	1	1
ECCP	-	-	-	-	-	-	-	-
UBCP	-	7	4	4	-	-	1	-
UCCP	1	13	21	13	3	2	2	2
EBCPP	-	-	-	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-	-	-	-
SC	1	1	1	-	-	-	-	-
Total	4 (12,9%)	27 (87,1%)	27 (49,1%)	28 (50,9%)	3 (50,0%)	3 (50,0%)	4 (57,1%)	3 (50,0%)

Tabla 97. Médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	1	1
ECCP	-	-
UBCP	7	8
UCCP	14	14
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	-	-
Total	22 (71,0%)	23 (41,8%)

Tabla 98. Tasa de médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%) x 100.000 habitantes

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	0,05	0,05
ECCP	-	-
UBCP	0,3	0,4
UCCP	0,7	0,7
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	-	-
Total	1,0	1,1



Tabla 99. Número de habitantes por médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	2.100.306	2.100.306
ECCP	-	-
UBCP	300.044	262.538
UCCP	150.022	150.022
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	-	-
Total	95.468	91.318

Tabla 100. Médicos y Enfermeras con formación >300 horas

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	3	11
ECCP	-	-
UBCP	1	-
UCCP	12	12
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	1	-
Total	17 (54,8%)	23 (41,8%)

Respecto a estos datos, habría en la comunidad 1 médico por 67.752 habitantes (ratio 1,5x 100.000 hab), 1 enfermera por 38.187 habitantes (ratio 2,6x 100.000 hab), 1 psicólogos por 350.051 habitantes (ratio 0,3x 100.000 hab) y 1 trabajador social por 300.044 habitantes (ratio 0,3x 100.000 hab).

Al tener en cuenta la dedicación completa de los médicos y las enfermeras (71% del total de médicos y 41,8% del total de las enfermeras), el número de habitantes se incrementa considerablemente principalmente en el caso de las enfermeras. Así, habría 1 médico por 95.468 habitantes (ratio 1,1x 100.00 hab) y 1 enfermera por 91.318 habitantes (ratio 1,1x 100.000 hab).

Al analizar la formación de los profesionales de Cuidados Paliativos discriminado por horas de formación, el 90,3% de los médicos tiene más de 140 horas de formación. Contrariamente, casi mitad de las enfermeras (49,1%), no supera las 140 horas de formación (≥ 140 horas). La mitad de los psicólogos (50,0%) y el 57,1% de los trabajadores sociales igualmente no superan las 40 horas de formación (< 40 horas).

Si se examina la formación avanzada de más ($>$) de 300 horas de formación, la mitad de los médicos (54,8%) y 41,8% de las enfermeras tienen una formación de ese nivel.

LA RIOJA

En total en la Rioja (317.053 habitantes/ año 2015) se ha identificado 1 recurso que ha sido clasificado según los criterios del Directorio SECPAL 2015 como Unidad Completa de CP (UCCP). Respecto al número de profesionales, se han identificado un total de 25 profesionales. De los cuales, 8 son médicos (30,8%), 10 enfermeras (38,5%), 4 Psicólogos (15,4%) y 3 Trabajadores Sociales (11,5%).

Tabla 101. Profesionales por tipo de recurso en la Comunidad

Tipo	Nº Rec.	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	-	-	-	-	-
ECCP	-	-	-	-	-
UBCP	-	-	-	-	-
UCCP	1	8	10	4	3
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	-	-	-	-	-
Total	1	8 (30,8%)	10 (38,5%)	4 (15,4%)	3 (11,5%)

Tabla 102. Tasa de recursos y profesionales por 100.000 habitantes

Tipo	Total recursos	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	-	-	-	-	-
ECCP	-	-	-	-	-
UBCP	-	-	-	-	-
UCCP	0,3	2,5	3,2	1,3	0,9
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	-	-	-	-	-
Total	0,3	2,5	3,2	1,3	0,9



Tabla 103. Formación de los profesionales de los recursos por tipo de recursos de cuidados paliativos

Tipo	Médicos		Enfermeras		Psicólogos		Trabajadores Sociales	
	< 140 h	>140h	< 140 h	>140h	< 40 h	>40h	< 40 h	>40h
EBCP		-		-		-		-
ECCP		-		-		-		-
UBCP		-		-		-		-
UCCP		8		10		4		3
EBCPP		-		-		-		-
ECCPP		-		-		-		-
HOSPICE		-		-		-		-
SC		-		-		-		-
Total		8 (100%)		10 (100%)		4 (100%)		3 (100%)

Tabla 104. Médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	-	-
ECCP	-	-
UBCP	-	-
UCCP	8	10
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	-	-
Total	8 (100%)	10 (100%)

Tabla 105. Tasa de médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%) x 100.000 habitantes

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	-	-
ECCP	-	-
UBCP	-	-
UCCP	2,5	3,2
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	-	-
Total	2,5	3,2

Tabla 106. Número de habitantes por médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	-	-
ECCP	-	-
UBCP	-	-
UCCP	39.632	31.705
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	-	-
Total	39.632	31.705

Tabla 107. Médicos y Enfermeras con formación >300 horas

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	-	-
ECCP	-	-
UBCP	-	-
UCCP	8	6
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	-	-
Total	8 (100%)	6 (60%)

Atendiendo a estos datos y a que todos tiene una dedicación completa (el 100% de los médicos y enfermeras), en la comunidad habría 1 médico por 39.632 habitantes (ratio 2,5x 100.000 hab), siendo éste un buen indicador en la comunidad y comparado con otras CC.AA. Respecto a los otros profesionales, habría 1 enfermera por 31.705 habitantes (ratio 3,2x 100.000 hab), 1 psicólogo por 79.263 habitantes (ratio 1,3x 100.000 hab) y 1 trabajador social por 105.684 habitantes (ratio 0,9x 100.000 hab).

Al considerar la formación de los profesionales de Cuidados Paliativos discriminado por horas de formación, también es muy positivo que los criterios de formación de este directorio se cumplan para todos los profesionales. De esta forma, los médicos superan las 300 horas de formación (>300 horas), y los psicólogos y trabajadores sociales superan las 40 horas de formación (≥40 horas). No obstante, el 60% de las enfermeras tiene el nivel de formación de más 300 horas.



MELILLA

En la Ciudad Autónoma de Melilla (85.584 habitantes/ año 2015) se ha identificado 1 recurso que ha sido clasificado según los criterios del Directorio SECPAL 2015 como 1 Equipo Básico de CP (EBCP). Respecto al número de profesionales, se han identificado un total de 4 profesionales. De los cuales, 1 es médico (25,0%), 1 enfermera (25,0%), Psicólogo (25,0%) y 1 Trabajador Social (25,0%).

Tabla 108. Profesionales por tipo de recurso en la Comunidad

Tipo	Nº Rec.	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	1	1	1	1	1
ECCP					
UBCP	-	-	-	-	-
UCCP	-	-	-	-	-
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	-	-	-	-	-
Total	1	1 (25,0%)	1 (25,0%)	1 (25,0%)	1 (25,0%)

Tabla 109. Tasa de recursos y profesionales por 100.000 habitantes

Tipo	Total recursos	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
ECCP	-	-	-	-	-
UBCP	-	-	-	-	-
UCCP	-	-	-	-	-
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	-	-	-	-	-
Total	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2

Tabla 110. Formación de los profesionales de los recursos por tipo de recursos de cuidados paliativos

Tipo	Médicos		Enfermeras		Psicólogos		Trabajadores Sociales	
	< 140 h	>140h	< 140 h	>140h	< 40 h	>40h	< 40 h	>40h
EBCP		1		1		1	1	-
ECCP		-		-		-		-
UBCP		-		-		-		-
UCCP		-		-		-		-
EBCPP		-		-		-		-
ECCPP		-		-		-		-
HOSPICE		-		-		-		-
SC		-		-		-		-
Total		1 (100%)		1 (100%)		1 (100%)	1 (100%)	-

Tabla 111. Médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	1	1
ECCP	-	-
UBCP	-	-
UCCP	-	-
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	-	-
Total	1 (100%)	1 (100%)

Tabla 112. Tasa de médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%) x 100.000 habitantes

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	1,2	1,2
ECCP	-	-
UBCP	-	-
UCCP	-	-
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	-	-
Total	1,2	1,2



Tabla 113. Número de habitantes por médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	85.584	85.584
ECCP	-	-
UBCP	-	-
UCCP	-	-
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	-	-
Total	85.584	85.584

Tabla 114. Médicos y Enfermeras con formación >300 horas

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	1	1
ECCP	-	-
UBCP	-	-
UCCP	-	-
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	-	-
Total	1 (100%)	1 (100%)

Atendiendo a estos datos y a que la totalidad de los profesionales tiene dedicación completa, en Melilla habría 1 médico, 1 enfermera, 1 psicólogo, y 1 trabajador social por 85.584 habitantes (ratio 1,2x 100.000 habitantes para todos los profesionales).

Cuando se considera la formación de los profesionales de Cuidados Paliativos discriminado por horas de formación, es muy positivo que los criterios de formación de este directorio se cumplan para casi la totalidad de los profesionales. El médico y la enfermera tienen más de 300 horas de formación (>300 horas) y el psicólogo tiene más de 40 horas de formación (≥ 40 horas). Por el contrario, el trabajador social tiene una formación de menos de 40 horas (<40 horas).

NAVARRA (COMUNIDAD FORAL)

En la Comunidad Foral de Navarra (640.476 habitantes/ año 2015) se han identificado 3 recursos, de los que 2 han sido clasificados según los criterios del Directorio SECPAL 2015. Por tipología se han identificado 1 Equipo Básico de CP (EBCP), 1 Unidad Completa de CP (UCCP), y 1 recursos que no ha sido clasificado (SC) porque le falta cumplir algún criterio (principalmente referidos a la falta de dedicación y formación). Al analizar el número de profesionales sin tener en cuenta la dedicación (teniendo en cuenta el total de recursos, es decir 3), se han identificado un total de 43 profesionales. De los cuales, 12 son médicos (27,9%), 24 enfermeras (55,8%), 6 Psicólogos (14,0%) y 1 Trabajador Social (2,3%).

Tabla 115. Profesionales por tipo de recurso en la Comunidad

Tipo	Nº Rec.	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	1	3	2	1	-
ECCP	-	-	-	-	-
UBCP	1	7	16	4	1
UCCP	-	-	-	-	-
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	1	2	6	1	-
Total	3	12 (27,9%)	24 (55,8%)	6 (14,0%)	1 (2,3%)

Tabla 116. Tasa de recursos y profesionales por 100.000 habitantes

Tipo	Total recursos	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	0,2	0,5	0,3	0,2	-
ECCP	-	-	-	-	-
UBCP	0,2	1,1	2,5	0,6	0,2
UCCP	-	-	-	-	-
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	0,2	0,3	0,9	0,2	-
Total	0,5	1,9	3,7	0,9	0,2



Tabla 117. Formación de los profesionales de los recursos por tipo de recursos de cuidados paliativos

Tipo	Médicos		Enfermeras		Psicólogos		Trabajadores Sociales	
	< 140 h	>140h	< 140 h	>140h	< 40 h	>40h	< 40 h	>40h
EBCP	-	3	-	2	-	1	-	-
ECCP	-	-	-	-	-	-	-	-
UBCP	-	7	8	8	-	4	1	-
UCCP	-	-	-	-	-	-	-	-
EBCPP	-	-	-	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-	-	-	-
SC	2	-	6	-	1	-	-	-
Total	2 (16,7%)	10 (83,3%)	14 (58,3%)	10 (41,7%)	1 (16,7%)	5 (83,3%)	1 (100%)	-

Tabla 118. Médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	3	2
ECCP	-	-
UBCP	7	9
UCCP	-	-
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	2	6
Total	12 (100%)	17 (70,8%)

Tabla 119. Tasa de médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%) x 100.000 habitantes

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	0,5	0,3
ECCP	-	-
UBCP	1,1	1,4
UCCP	-	-
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	0,3	0,9
Total	1,9	2,7

Tabla 120. Número de habitantes por médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	213.492	320.238
ECCP	-	-
UBCP	91.497	71.164
UCCP	-	-
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	320.238	106.746
Total	53.373	37.675

Tabla 121. Médicos y Enfermeras con formación >300 horas

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	3	2
ECCP	-	-
UBCP	6	8
UCCP	-	-
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	-	-
Total	9 (75,0%)	10 (41,7%)

Al tener en cuenta estos datos, en la comunidad habría 1 médico por 53.373 habitantes (ratio 1,9x 100.000 habitantes), 1 enfermera por 26.687 habitantes (ratio 3,7x 100.000 habitantes), 1 psicólogo por 106.746 habitantes (ratio 0,9x 100.000 hab) y 1 trabajador social por 640.476 habitantes (ratio 0,2x 100.000 hab).

Cuando se analiza la dedicación completa de los médicos y enfermeras (el 100% de los médicos y el 70,8% del total de las enfermeras) es muy positivo en la comunidad que el número de médicos y habitantes se mantiene igual. No así, en el caso de las enfermeras, el cual aumenta levemente y pasa a ser de 1 enfermera por 37.675 habitantes (ratio 2,7x 100.000 hab).

Al analizar la formación de los profesionales de Cuidados Paliativos discriminado por horas de formación, el 83,3% de los médicos tiene más de 140 horas de formación (≥ 140 horas), al igual que el 83,3% de los psicólogos que supera las 40 horas de formación (≥ 40 horas). En contraste, el porcentaje de enfermeras cuya formación es menor (<) de 140 horas es del 58,3%, al igual que el del trabajador social que no supera las 40 horas de formación (<40 horas). Respecto a la formación avanzada, el 75% de los médicos y el 41,7% de las enfermeras tienen una formación que supera las 300 horas de formación (>300 horas).

**PAÍS VASCO**

En el País Vasco (2.189.257 habitantes/ año 2015) se han identificado 21 recursos, de los que 12 han sido clasificados según los criterios del Directorio SECPAL 2015. Por tipología se han identificado 7 Equipos Básicos de CP (EBCP), 4 Unidades Básicas de CP (UBCP), 1 Unidad Completa de CP (UCCP), y 9 recursos que no han sido clasificados (SC) porque les falta cumplir algún criterio (principalmente referidos a la falta de dedicación y formación), de los que 1 es un recurso de atención pediátrica. Al considerar el número de profesionales sin tener en cuenta la dedicación (y contando el total de recursos, es decir 21), se han identificado un total de 259 profesionales: 83 son médicos (32,0%), 148 enfermeras (57,1%), 17 Psicólogos (6,6%) y 11 Trabajadores Sociales (4,2%).

Tabla 122. Profesionales por tipo de recurso en la Comunidad

Tipo	Nº Rec.	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	7	24	30	4	2
ECCP	-	-	-	-	-
UBCP	4	11	46	5	4
UCCP	1	3	8	2	2
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	9	45	64	6	3
Total	21	83 (32,0%)	148 (57,1%)	17 (6,6%)	11 (4,2%)

Tabla 123. Tasa de recursos y profesionales por 100.000 habitantes

Tipo	Total recursos	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	0,3	1,1	1,4	0,2	0,1
ECCP	-	-	-	-	-
UBCP	0,2	0,5	2,1	0,2	0,2
UCCP	0,05	0,1	0,4	0,1	0,1
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	0,4	2,1	2,9	0,3	0,1
Total	1,0	3,8	6,8	0,8	0,5

Tabla 124. Formación de los profesionales de los recursos por tipo de recursos de cuidados paliativos

Tipo	Médicos		Enfermeras		Psicólogos		Trabajadores Sociales	
	< 140 h	>140h	< 140 h	>140h	< 40 h	>40h	< 40 h	>40h
EBCP	4	20	8	22	3	1	2	-
ECCP	-	-	-	-	-	-	-	-
UBCP	1	10	29	17	2	3	3	1
UCCP	-	3	3	5	-	2	-	2
EBCPP	-	-	-	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-	-	-	-
SC	18	27	57	7	1	5	3	-
Total	23 (26,5%)	60 (73,5%)	97 (65,5%)	51 (34,5%)	6 (35,3%)	11 (64,7%)	8 (72,7%)	3 (27,3%)

Tabla 125. Médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	15	19
ECCP	-	-
UBCP	10	26
UCCP	3	8
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	19	24
Total	47 (56,6%)	77 (52,0%)

Tabla 126. Tasa de médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%) x 100.000 habitantes

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	0,7	0,9
ECCP	-	-
UBCP	0,5	1,2
UCCP	0,1	0,4
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	0,9	1,1
Total	2,1	3,5



Tabla 127. Número de habitantes por médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	145.950	115.224
ECCP	-	-
UBCP	218.926	84.202
UCCP	729.752	273.657
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	115.224	91.219
Total	46.580	28.432

Tabla 128. Médicos y Enfermeras con formación >300 horas

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	13	10
ECCP	-	-
UBCP	10	10
UCCP	3	4
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	14	2
Total	40 (48,2%)	26 (17,6%)

Respecto a estos datos, habría en la comunidad 1 médico por 26.377 habitantes (ratio 3,8x 100.000 hab), 1 enfermera por 14.792 habitantes (ratio 6,8x 100.000 hab). Siendo estos últimos ratios muy buenos, comparados con otras CC.AA. También habría 1 psicólogo por 128.780 habitantes (ratio 0,8x 100.000 hab) y 1 trabajador social por 199.023 habitantes (ratio 0,5x 100.000 hab).

Cuando se analizan los datos y la dedicación completa de médicos y enfermeras (el 56,6% del total de médicos y el 52,0% del total de enfermeras), el número de habitantes por profesional aumenta, siendo la proporción casi el doble en los médicos y del doble en el caso de las enfermeras. Así, con este criterio habría 1 médico por 46.580 habitantes (ratio 2,2x 100.000 hab) y 1 enfermera por 28.432 habitantes (ratio 3,5x 100.000 hab).

Al tener en cuenta la formación de los profesionales de Cuidados Paliativos discriminado por horas de formación, es muy positivo en esta CC.AA que más de la mitad de los médicos y psicólogos superen el criterio de formación. De esta forma, el 73,5% de los médicos supera las 140 horas de formación (≥ 140 horas), al igual que el 64,7% de los psicólogos que supera las 40 horas de formación (≥ 40 horas). En contraste, el porcentaje de enfermeras cuya formación es menor (<) de 140 horas es del 65,5%, al igual que el 72,7% de los trabajadores sociales que no supera las 40 horas de formación (<40 horas). En cuanto a la formación avanzada, el 48,2% de los médicos y el 17,6% de las enfermeras tienen un nivel que supera las 300 horas de formación (>300 horas).

PRINCIPADO DE ASTURIAS

En Asturias (1.051.229 habitantes/ año 2015) se han identificado 9 recursos, de los que 7 han sido clasificados según los criterios del Directorio SECPAL 2015. Por tipología se han identificado 5 Equipos Básicos de CP (EBCP), 1 Unidad Básica de CP (UBCP), 1 Unidad Completa de CP (UCCP) y 2 recursos que no han sido clasificados (SC) porque les falta cumplir algún criterio (principalmente referidos a la falta de dedicación y formación). Respecto al número de profesionales sin tener en cuenta la dedicación (e incluyendo la totalidad de recursos, es decir 9), se han identificado un total de 49 profesionales: 16 médicos (32,7%), 24 enfermeras (49,0%), 5 Psicólogos (10,2%) y 4 Trabajadores Sociales (8,2%).

Tabla 129. Profesionales por tipo de recurso en la Comunidad

Tipo	Nº Rec.	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	5	9	10	3	1
ECCP	-	-	-	-	-
UBCP	1	2	1	1	1
UCCP	1	2	5	1	1
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	2	3	8	-	1
Total	9	16 (32,7%)	24 (49,0%)	5 (10,2%)	4 (8,2%)

Tabla 130. Tasa de recursos y profesionales por 100.000 habitantes

Tipo	Total recursos	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	0,5	0,9	1,0	0,3	0,1
ECCP	-	-	-	-	-
UBCP	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
UCCP	0,1	0,2	0,5	0,1	0,1
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	0,2	0,3	0,8	-	0,1
Total	0,9	1,5	2,3	0,5	0,4



Tabla 131. Formación de los profesionales de los recursos por tipo de recursos de cuidados paliativos

Tipo	Médicos		Enfermeras		Psicólogos		Trabajadores Sociales	
	< 140 h	>140h	< 140 h	>140h	< 40 h	>40h	< 40 h	>40h
EBCP	-	9	1	9	3	-	1	-
ECCP	-	-	-	-	-	-	-	-
UBCP	-	2	-	1	-	1	1	-
UCCP	-	2	2	3	-	1	-	1
EBCPP	-	-	-	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-	-	-	-
SC	1	2	8	-	-	-	1	-
Total	1 (6,3%)	15 (93,8%)	11 (45,8%)	13 (54,2%)	3 (60,0%)	2 (40,0%)	3 (75,0%)	1 (25,0%)

Tabla 132. Médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	9	9
ECCP	-	-
UBCP	2	1
UCCP	2	4
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	1	1
Total	14 (87,5%)	15 (62,5%)

Tabla 133. Tasa de médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%) x 100.000 habitantes

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	0,9	0,9
ECCP	-	-
UBCP	0,2	0,1
UCCP	0,2	0,4
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	0,1	0,1
Total	1,3	1,4

Tabla 134. Número de habitantes por médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	116.803	116.803
ECCP	-	-
UBCP	525.615	1.051.229
UCCP	525.615	262.807
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	1.051.229	1.051.229
Total	75.088	70.082

Tabla 135. Médicos y Enfermeras con formación >300 horas

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	9	6
ECCP	-	-
UBCP	1	-
UCCP	2	1
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	2	-
Total	14 (87,5%)	7 (29,2%)

Atendiendo a estos datos, en la comunidad habría 1 médico por 65.702 habitantes (ratio 1,5x 100.000 hab), 1 enfermera por 43.801 habitantes (ratio 2,3x 100.000 hab), 1 psicólogo por 210.246 habitantes (ratio 0,5x 100.000 hab) y 1 trabajador social por 262.807 habitantes (ratio 0,4x 100.000 hab).

Si se considera la dedicación completa de médicos y enfermeras (87,5% del total de médicos y 62,5% del total de enfermeras), el número de habitantes por profesional aumenta levemente en esta comunidad, aunque este aumento es más notorio en el caso de las enfermeras. De esta forma, habría 1 médico por 75.088 habitantes (ratio 1,3x 100.000 hab) y 1 enfermera por 70.082 habitantes (ratio 1,4x 100.000 hab). A pesar de esto, la comunidad mantiene un buen ratio comparado con otras CC.AA.

Respecto a la formación de los profesionales de Cuidados Paliativos discriminado por horas de formación, el 93,8% de los médicos tiene más de 140 horas de formación (≥ 140 horas), dato muy positivo comparado con otras CC.AA. Sin embargo, es llamativo el porcentaje de enfermeras cuya formación es menor ($<$) de 140 horas (44,6%), al igual que el 60% de los Psicólogos y el 75% de los trabajadores sociales que no supera las 40 horas de formación.

Al analizar la formación avanzada, el 87,5% de los médicos tiene una formación que supera las 300 horas (>300 horas), aunque el 29,2% de las enfermeras tiene este mismo nivel de formación en esta comunidad.

**REGIÓN DE MURCIA**

En total en la Región de Murcia (1.467.288 habitantes/ año 2015) se han identificado 4 recursos, de los que 3 han sido clasificados según los criterios del Directorio SECPAL 2015. Por tipología se han identificado 3 Equipos Básicos de CP (EBCP) y 1 recurso que no ha sido clasificado (SC) porque le falta cumplir algún criterio (principalmente referidos a la falta de dedicación y formación), el cuál es un recurso de atención pediátrica. Respecto al número de profesionales y sin considerar la dedicación (y teniendo en cuenta el total de recursos, es decir 4), se han identificado un total de 18 profesionales. De los cuales, 7 son médicos (38,9%), 7 enfermeras (38,9%), 2 Psicólogos (11,1%) y 2 Trabajadores Sociales (11,1%).

Tabla 136. Profesionales por tipo de recurso en la Comunidad

Tipo	Nº Rec.	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	3	5	5	1	1
ECCP	-	-	-	-	-
UBCP	-	-	-	-	-
UCCP	-	-	-	-	-
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	1	2	2	1	1
Total	4	7 (38,9%)	7 (38,9%)	2 (11,1%)	2 (11,1%)

Tabla 137. Tasa de recursos y profesionales por 100.000 habitantes

Tipo	Total recursos	Nº Profesionales			
		Médicos	Enfermeras	Psicólogos	T. S.
EBCP	0,2	0,3	0,3	0,1	0,1
ECCP	-	-	-	-	-
UBCP	-	-	-	-	-
UCCP	-	-	-	-	-
EBCPP	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-
SC	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Total	0,3	0,5	0,5	0,1	0,1

Tabla 138. Formación de los profesionales de los recursos por tipo de recursos de cuidados paliativos

Tipo	Médicos		Enfermeras		Psicólogos		Trabajadores Sociales	
	< 140 h	>140h	< 140 h	>140h	< 40 h	>40h	< 40 h	>40h
EBCP	1	4	1	4	-	1	-	1
ECCP	-	-	-	-	-	-	-	-
UBCP	-	-	-	-	-	-	-	-
UCCP	-	-	-	-	-	-	-	-
EBCPP	-	-	-	-	-	-	-	-
ECCPP	-	-	-	-	-	-	-	-
HOSPICE	-	-	-	-	-	-	-	-
SC	1	1	-	2	1	-	1	-
Total	2 (28,6%)	5 (71,4)	1 (14,3%)	6 (85,7%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)

Tabla 139. Médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	5	5
ECCP	-	-
UBCP	-	-
UCCP	-	-
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	-	-
Total	5 (71,4%)	5 (71,4%)

Tabla 140. Tasa de médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%) x 100.000 habitantes

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	0,3	0,3
ECCP	-	-
UBCP	-	-
UCCP	-	-
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	-	-
Total	0,3	0,3



Tabla 141. Número de habitantes por médicos y enfermeras con dedicación completa (=100%)

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	293.458	293.458
ECCP	-	-
UBCP	-	-
UCCP	-	-
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	-	-
Total	293.458	293.458

Tabla 142. Médicos y Enfermeras con formación >300 horas

Tipo	Médicos	Enfermeras
EBCP	4	4
ECCP	-	-
UBCP	-	-
UCCP	-	-
EBCPP	-	-
ECCPP	-	-
HOSPICE	-	-
SC	-	1
Total	4 (57,1%)	5 (71,4%)

Considerando estos datos, en la comunidad habría 1 médico por 209.613 habitantes (ratio 0,5x 100.000 hab), 1 enfermera por 209.613 habitantes (0,5x 100.000 hab), 1 psicólogo por 733.644 habitantes (ratio 0,1x 100.000 hab) y 1 trabajador social (ratio 0,1x 100.000 hab). El número de habitantes por profesional, principalmente médico y enfermera es muy alto en la comunidad. Si se tiene en cuenta la dedicación completa de médicos y enfermeras (71,4% del total de médicos y 71,4% del total de enfermeras), el número de habitantes por profesional aumenta aún más, pasando a ser la proporción de 1 médico por 293.458 habitantes (ratio 0,3x 100.000 hab) y de 1 enfermera por 293.458 habitantes (ratio 0,3x 100.000 hab).

En cuanto a la formación de los profesionales de Cuidados Paliativos discriminado por horas de formación, el 71,4% de los médicos tiene más de 140 horas de formación, al igual que el 85,7% de las enfermeras (≥ 140 horas), siendo éste último dato muy positivo comparado con otras CC.AA. En contraste, el porcentaje de psicólogos cuya formación es menor (<) de 40 horas es del 50,0%, al igual que el 50,0% de los trabajadores sociales que no supera las 40 horas de formación (<40 horas). Si se analiza la formación avanzada, es llamativo que un poco más de la mitad de los médicos (57,1%) tiene una formación que supera las 300 horas (>300 horas). No obstante, es muy positivo que el 71,4% de las enfermeras tengan este mismo nivel de formación en esta comunidad comparado con otras CC.AA.

Sección III

ANÁLISIS GLOBAL DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS RECURSOS ASISTENCIALES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ESPAÑA



SECPAL

ANÁLISIS GLOBAL DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS RECURSOS ASISTENCIALES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ESPAÑA

III.1. FUNCIONAMIENTO DE LOS RECURSOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Ámbito asignado de atención

Al considerar el ámbito asignado de atención (ya sea hospital, domicilio o centro sociosanitario) para el total de los recursos identificados (284), el 65,5% de los recursos ofrecen sus servicios en el hospital, seguido de domicilio (63,7%) y los centros sociosanitarios (54,2%). Atendiendo a estos datos, resulta llamativo que casi el 46% de los recursos no ofrezcan sus servicios en el ámbito de los CSS.

Específicamente, en su gran mayoría, el 29,6% (84 recursos) ofrecen sus servicios solo en el ámbito hospitalario, seguido por los recursos que incluyen como lugar de actuación conjunto el hospital, el domicilio y los centros sociosanitarios (CSS) (25,5%, 71 recursos). También se ha identificado que el 22,5% (64 recursos) prestan servicios tanto en domicilio como en centros sociosanitarios (CSS). Son pocos los recursos que exclusivamente solo prestan servicios a pacientes en el domicilio 6,7% (19 recursos) o únicamente en centros sociosanitarios 5,3% (15 recursos). Igualmente el 9,5% (27 recursos) presta atención en hospitales y domicilio prioritariamente y 1,4% (4 recursos) en hospitales y centros sociosanitarios.

Tabla 143. Formación de los profesionales de los recursos por tipo de recursos de cuidados paliativos

	SI	%	NO	%
Hospital	186	65,5%	98	34,5%
Domicilio	181	63,7%	103	36,3%
Centro Sociosanitario	154	54,2%	130	45,8%

Ilustración 1. Lugar donde se ofrecen los servicios de CP

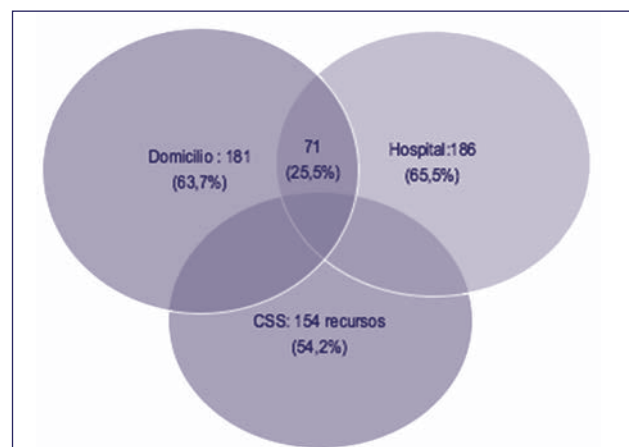




Tabla 144. Ámbito asignado de atención específico de los recursos de CP

Ámbito	Nº Recursos	%
Hospital	84	29,6%
Hospital, Domicilio y CSS	71	25,0%
Domicilio y CSS	64	22,5%
Hospital y Domicilio	27	9,5%
Domicilio	19	6,7%
CSS	15	5,3%
Hospital y CSS	4	1,4%

Al considerar únicamente los recursos que han sido clasificados (196 recursos), los EBCP tienen asignado principalmente el domicilio y centros sociosanitarios (CSS) (40,4%) o todos los ámbitos (hospital, el domicilio y los centros sociosanitario) (26,3%). Los ECCP (50%) tienen asignado pacientes primordialmente en todos los ámbitos. La prestación de servicios de las unidades (UBCP y UCCP) también se ha ampliado a otros ámbitos aparte de su ubicación habitual, como en domicilios y centros sociosanitarios. Los equipos pediátricos (EBCPP y ECCPP) ofrecen atención en todos los ámbitos.

Tabla 145. Ámbito asignado de atención por tipología de recursos

Tipo de recurso	Hospital, Domicilio y CSS	Hospital	Domicilio y CSS	Hospital y Domicilio	Domicilio	CSS	Hospital y CSS
EBCP	30	14	46	9	14	1	-
ECCP	7	4	-	-	2	-	1
UBCP	7	20	-	4	-	1	-
UCCP	8	14	1	3	-	4	2
HOSPICE	-	-	-	1	-	-	-
EBCPP	2	-	-	-	-	-	-
ECCPP	1	-	-	-	-	-	-
Total	55	52	47	17	16	6	3

Teniendo en cuenta que algunos equipos de Cuidados Paliativos proporcionan atención en diferentes ámbitos puede llegar a ser difícil y poco esclarecedor el establecimiento de los límites entre la prioridad entre uno u otro ámbito de atención. En general, una atención adecuada en CP aboga por la importancia y el reto que tienen los sistemas sanitarios de proveer una atención acorde a las necesidades y a las preferencias personales en la elección del lugar de los cuidados: domicilio, hospital, centro sociosanitario, etc.

Sin embargo, hay que tener presente que el domicilio es el lugar preferido de atención (45,4%) para la gran mayoría de personas y de familiares en España (84%)⁶, ya que son ambientes que proporcionan familiaridad, confort, privacidad y rutinas normales que otros ámbitos no pueden aportar. Unos servicios de Cuidados

⁶ Informe de la Situación actual en Cuidados Paliativos. AECC 2014 citando estudio Centro de Investigaciones sociológicas (CIS) 2009 y el estudio de la Organización de Usuarios y Consumidores (OCU) 2010.



Paliativos eficaces son aquellos que se integran en el sistema de salud existente a todos los niveles de su prestación, especialmente los de base comunitaria y domiciliaria⁷. En este sentido, habría que tener en cuenta que a causa del cambio que se está produciendo en la estructura tradicional de la familia en España, es necesario enfocar la atención en CP también hacia los centros sociosanitarios ya que son cuantiosos los casos de personas (especialmente personas mayores) con necesidad de atención paliativa que viven solos y no disponen de apoyo familiar, por lo que éstos centros se han convertido en su hogar. De hecho, esta tendencia demográfica es similar en otros países de nuestro entorno y algunos estudios señalan que al menos un 30-40% de personas pasa los últimos meses de su vida hasta fallecer en centros sociosanitarios y residencias^{8,9}.

Función que realizan los recursos

Teniendo en cuenta la totalidad de los recursos (284) y al analizar las funciones que realizan, la mayoría hace funciones de atención directa (283 recursos), soporte (259 recursos), consulta telefónica (249 recursos), docencia a otros niveles (242 recursos), interconsulta (240 recursos), coordinación y gestión de casos (236 recursos). Igualmente 30 recursos hacen otras funciones diferentes como: consultas externas (6), acompañamiento al duelo (4), comité de ética (1), teleasistencia (2), voluntariado (1). En menor medida 129 recursos hacen funciones de investigación (45,4%). Es este último punto, es importante aclarar que esto no significa que tengan un plan o línea de investigación definido, sino que alguno de los profesionales pertenecientes a estos recursos realiza alguna actividad investigadora.

Tabla 146. Tipo de funciones desarrolladas por los recursos de CP

Tipo Función	Nº Recursos	%
Visita / atención directa	283	99,6%
Soporte*	259	91,2%
Interconsulta**	240	84,5%
Consulta telefónica	249	87,7%
Docencia a otros recursos o niveles	242	85,2%
Coordinación y gestión de casos	236	83,1%
Investigación	129	45,4%
Otras funciones	30	10,6%

*Soporte: Asesoramiento a profesionales sin intervención directa sobre pacientes y familiares

** Interconsulta: Asesoramiento a profesionales e intervención directa sobre pacientes y familiares

La investigación en CP es imprescindible para contribuir a una mejor toma de decisiones en aspectos diagnósticos, terapéuticos, organizativos, etc., basados en la evidencia. Sin embargo, y a pesar de la motivación investigadora de muchos profesionales en los recursos, el número de publicaciones respecto a esta temática todavía se puede considerar insuficiente. Es por tanto necesaria una mayor conciencia de la importancia de la publicación y transparencia de los resultados (independientemente de si son positivos o negativos), así como, un mayor esfuerzo de colaboración entre recursos para el desarrollo de más investigaciones y buenas prácticas en la atención clínica. En definitiva los recursos de CP deberían empezar a "considerar y a reclamar la investigación como un imperativo ético que contribuya a la mejora asistencial"¹⁰. El hecho de que el 45% de los

⁷ Cuidados Paliativos. Control del Cáncer. Aplicación de los Conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. OMS.

⁸ Miller SC, Teno JM, Mor V. Hospice and palliative care in nursing homes. Clin.Geriatr.Med. 2004;20(4):717-734.

⁹ Diane E. Meier, Betty Lim, and Melissa D.A. Carlson. Raising The Standard: Palliative Care In Nursing Homes. Health Affair. 2010; 29(1): 136 – 140



recursos hagan funciones de investigación ya es un buen resultado, pero se hace necesario que estos trabajos sean publicados al resto de la comunidad científica.

Grado de conocimiento de las funciones y competencias de los miembros del equipo

Gráfico 1. Grado de conocimiento funciones y competencias de los recursos

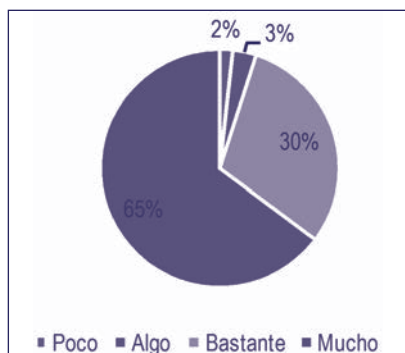


Tabla 147. Grado de conocimiento funciones y competencias de los recursos

	Nº Recursos	%
Mucho	184	64,8%
Bastante	86	30,3%
Algo	9	3,2%
Poco	5	1,8%

Al preguntarle a los profesionales en qué grado los miembros de los recursos conocen sus funciones y competencias, la gran mayoría (95,1%) afirma que las conocen completamente o mucho. Tan solo 18 profesionales comentaron que ese conocimiento podía no ser suficiente. Es importante que dentro de los recursos se definan claramente las funciones, competencias y factores que son necesarios para llevarlas a cabo con éxito de una manera clara y sencilla. Los responsables de cada recurso deberían promover, desarrollar e implantar un sistema de descripción y análisis de puestos definiendo las responsabilidades y funciones que cada uno de los integrantes de su equipo debería desempeñar, para así poder ser más eficientes, evitando la duplicidad de funciones o la incertidumbre de los profesionales al no saber que se espera de ellos. Estos sistemas también son eficaces a la hora de evaluar el desempeño, planificar las necesidades de formación del equipo según los requerimientos del puesto y las capacidades y conocimientos de los profesionales que la integran.

- **Cobertura Geográfica:**

Gráfico 2. Cobertura geográfica de los recursos

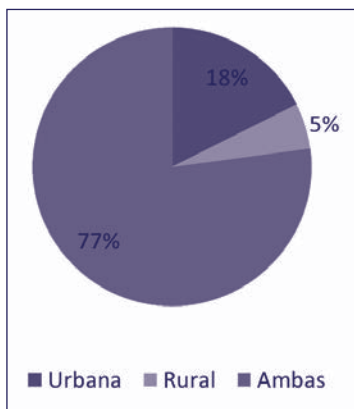


Tabla 148. Cobertura geográfica de los recursos

Cobertura	Nº Recursos	%
Urbana	50	17,6%
Rural	15	5,3%
Ambas	219	77,1%

¹⁰ Porta i Sales, J. Investigar en Cuidados Paliativos: algunas reflexiones. Medicina Paliativa 2011;18(04).

Mayoritariamente (77%) de los recursos afirman tener asignadas ambas áreas geográficas, tanto urbana como rural. A pesar de que el porcentaje parece ser muy alto, en realidad puede llegar a ser un resultado engañoso ya que no se ha preguntado por la cantidad de pacientes que atienden en cada una de las áreas geográficas para poder constatar si la proporción de atención en el número de pacientes es la misma o similar en ambas áreas y es adecuada a la proporción de pacientes susceptibles de recibir CP en el área de cobertura de cada recurso. Por lo general, los recursos de CP en España suelen situarse en capitales de provincia o en localidades con grandes núcleos de población. En este sentido, varios estudios señalan que en general suele presentarse una desigualdad de atención en las personas que residen en las zonas rurales. La distancia y la ruralidad pueden ser determinantes para la baja dotación de recursos específicos¹¹. Contrariamente, en las zonas urbanas el porcentaje de no atención (2,8%) en CP es mucho menor que en las áreas rurales (el 24% de las personas puede llegar a no ser atendida en las zonas rurales más alejadas de las zonas urbanas y el 9% en las zonas rurales adyacentes de las zonas urbanas)¹². En España, el estudio desarrollado en el año 2010 para el Ministerio de Sanidad y Política Social sobre la accesibilidad y equidad de los recursos de CP, concluyó que existía una mayor dificultad de proveer un nivel adecuado de CP en los sitios más alejados de las capitales y en las cabeceras de área de salud.

No se puede prestar una respuesta eficaz a la población que se encuentra a más de una hora de distancia del punto de referencia de un recurso, ya que la pérdida de tiempo en desplazamiento (ida y vuelta) puede desembocar en que el equipo procure hacer el menor número de visitas de estas características¹³.

Es importante por tanto, que el desarrollo y organización de los recursos de CP sea planificado con herramientas útiles y eficaces en la ubicación de recursos como el uso de los sistemas de información geográfica (SIG) que apoyen la toma de decisiones y permitan localizar y distribuir los recursos en base a determinantes geográficos, demográficos, etc.

Número de pacientes atendidos por el recurso al año

Gráfico 3. Porcentaje de pacientes atendidos al año

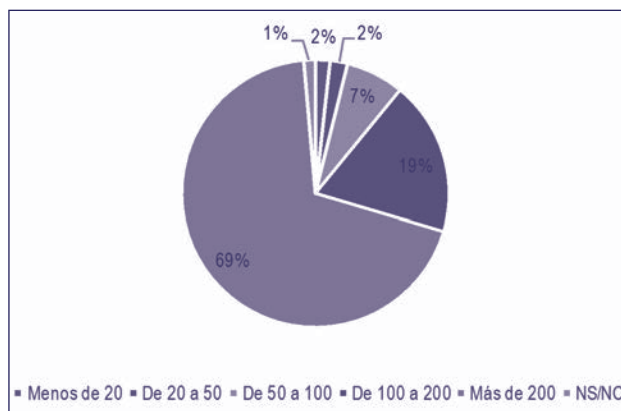


Tabla 149. Número de pacientes atendidos al año

Pacientes atendidos	Nº Recursos	%
Menos de 20	5	1,8%
De 20 a 50	6	2,1%
De 50 a 100	20	7,0%
De 100 a 200	53	18,7%
Más de 200	196	69,0%
NS/NC	4	1,4%

¹¹ Haynes R, Jones AP, Sauerzapf V, Zhao H. Validation of travel times to hospital estimated by GIS. *Int.J.Health.Geogr.* 2006 Sep 19;5:40.

¹² Wood DJ, Clark D, Gatrell AC. Equity of access to adult hospice inpatient care within north-west England. *Palliat Med* 2004; 18 (6): 543- 549.

¹³ Enterprising Solutions for Health. Estudio sobre la equidad y la accesibilidad en el desarrollo de recursos en el SNS. 2010.



La mayor parte de los recursos (69%) que se han identificado afirman que atienden a más de 200 pacientes al año. Teniendo en cuenta el número de recursos (280, ya que 4 recursos no contestaron) que precisaron una cifra de pacientes que atendían al año, se podría estimar que los recursos de CP en España atienden a un rango de pacientes entre 45.670 y 71.800 personas en un año. Sin embargo, los datos aportados muestran un número mucho menor de pacientes de los que deberían estar recibiendo atención paliativa. Según las estimaciones a partir de los criterios de McNamara¹⁴ y atendiendo a los registros de mortalidad de 2013¹⁵ se ha podido estimar que 175.446 personas son susceptibles de recibir CP, y de éstas el 60% necesitarían CP específicos (es decir 105.268 personas). Asimismo, y a partir del método de Murtagh¹⁶ se ha estimado que entre 273.123 y 324.580 personas necesitarían CP.

Si atendemos a estos datos, los recursos solo están atendiendo a una media de 51.800 personas al año frente a las 105.268 personas que son susceptibles de recibir CP. Por tanto, parece evidente que la atención no está llegando a todo el número de pacientes con necesidades de CP, por lo que es importante un mayor esfuerzo de coordinación y formación de los profesionales asistenciales en atención primaria y especializada para que sepan reconocer y sepan derivar los casos que se beneficiarían de una atención paliativa. También es fundamental una mayor información en la sociedad en general para que conozcan los servicios de CP y sean capaces ellos mismos de poder acceder a ella.

Identificación del recurso dentro de la organización

Gráfico 4. Identificación del Recurso dentro de la Organización

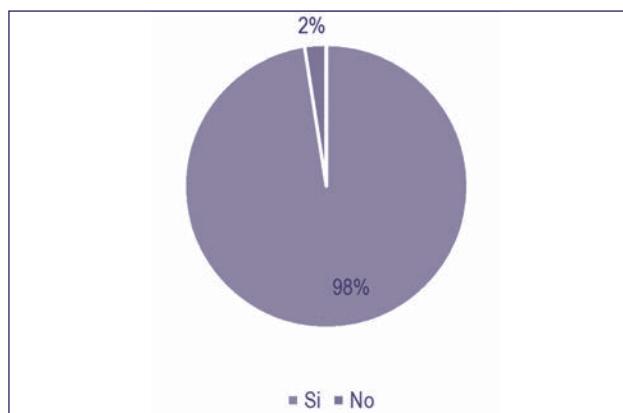


Tabla 150. Identificación del Recurso dentro de la Organización

Identificación del Recurso dentro Organización	Nº Recursos	%
Si	277	97,5%
No	7	2,5%

¹⁴ McNamara B, Rosenwax Lk, Holdman CD. A method of defining and estimating the palliative care populalation. *Symptom Manage.* 2006;32:5-12.

¹⁵ Datos INE

¹⁶ Murtagh FE, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE, Higginson IJ. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliat Med.* 2014 Jan;28(1):49-58.



De los 284 recursos que han sido identificados, el 97,5% (277) han afirmado estar bien identificados y reconocidos dentro de las estructuras de su organización. Solo 7 recursos (2,5%) afirmaron no estar bien identificados. La correcta identificación y conocimiento de las acciones y funciones llevadas a cabo por los recursos de CP es fundamental para promover una atención oportuna, continuada, coordinada y de calidad en el SNS. Sin embargo, la identificación supone solo un primer elemento, lo ideal es la creación y uso de protocolos de comunicación directa entre niveles asistenciales implicados en la atención de los pacientes. En este sentido, son rescatables iniciativas como la creación de historias de atención paliativa (como sistemas de información entre atención primaria y equipos de soporte domiciliario con los servicios de urgencias) o el establecimiento de servicios de atención telefónica 24 horas. La ECP-SNS también entre sus recomendaciones plantea que los profesionales dispongan del mapa de recursos de referencia y sus criterios de acceso y que esa información también sea accesible y difundida a toda la población¹⁷. En este sentido, el Directorio SECPAL 2015 ha contribuido a poder disponer de esta información actualizada.

¹⁷ Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011



III.2. DOTACIÓN DE ESTRUCTURAS FÍSICAS Y RECURSOS MATERIALES

Propios de la Actividad Asistencial

- **Habitaciones en Unidades y Hospice:**

Tabla 151. Número de habitaciones en Unidades y Hospice:

	Total
Número de recursos (unidades y Hospice)	65
Total de habitaciones	953
Total habitaciones de ingreso individual	671
Porcentaje de habitaciones de ingreso individual	70,4%
Media de habitaciones totales	15
Media de habitaciones de ingreso individual	10

Considerando solo el total de recursos que realizan atención a pacientes ingresados (65 recursos) en unidades de CP y Hospice, en total se han identificado 953 habitaciones, de las cuales el 70,4% son habitaciones de ingreso individual (671 habitaciones). La media de habitaciones individuales es de 10. En este sentido, es innegable el gran esfuerzo que todavía queda por hacer. En muchas ocasiones pese a que la intención sea tener una habitación individual por paciente, dada la alta ocupación en algunos lugares, obliga a que el uso de las habitaciones sea compartido tanto para pacientes como familiares.

El ingreso en habitaciones individuales busca dar respuesta al derecho que tienen los pacientes y familiares a que se les garantice su intimidad personal. Este derecho ya ha sido consagrado en varias CC.AA (Andalucía, Aragón, Canarias, Comunidad Foral de Navarra, Islas Baleares, Islas Canarias, Galicia)^{18,19,20,21,22,23} mediante leyes sobre los derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte, y por tanto, es "obligación de los centros e instituciones sanitarias el garantizar al paciente en situación terminal (que deba ser atendido en régimen de hospitalización) una habitación individual durante su estancia, con el nivel de confort e intimidad que requiere su estado de salud". Además, estos derechos obligarían el desarrollo de habitaciones lo suficientemente agradables no solo para el paciente, y como éstas leyes señalan, sino también para poder acoger a los familiares o allegados que deseen acompañar al paciente.

¹⁸ Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte. Aragón

¹⁹ 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. Andalucía.

²⁰ Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. Comunidad Foral de Navarra.

²¹ Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir. Islas Baleares

²² LEY 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida. Islas Canarias

²³ LEY 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales. Galicia

• Almacén de medicamentos:

Gráfico 5. Número de recursos con almacén de medicamentos

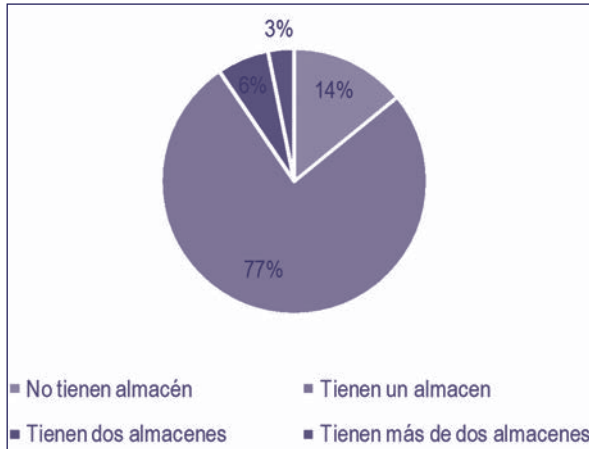


Tabla 152. Número de recursos con almacén de medicamentos

	Nº Recursos	%
No tienen almacén de medicamentos	40	14,1%
Tienen un almacén de medicamentos	217	76,4%
Tienen dos almacenes de medicamentos	18	6,3%
Tienen más de dos almacenes de medicamentos	9	3,2%

La mayoría de los recursos (217 recursos) tiene por lo menos un almacén de medicamentos. Si bien, es llamativo que el 14% (40 recursos) afirmen no tener ningún almacén. En este sentido, es importante que los equipos presten atención principalmente a los medicamentos de alto riesgo que se manejen. Se aconseja que se revisen y actualicen anualmente las condiciones de almacenamiento y las directrices que aseguren la estandarización de su preparación y administración (concentraciones de las soluciones para infusión, velocidades de administración, criterios para utilización de bombas de infusión, etc.)²⁴.

• Maletín domiciliario:

Gráfico 6. Número de recursos con Maletín Domiciliario

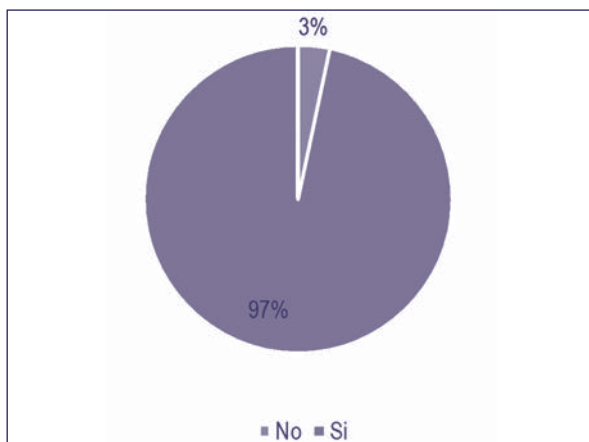


Tabla 153. Número de recursos con Maletín Domiciliario

Maletín Domiciliario	Nº Recursos	%
No maletín domiciliario	6	3,3%
Si maletín domiciliario	175	96,7%

²⁴ Unidad de Cuidados Paliativos. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social.



Atendiendo solo a los recursos que prestan atención en el domicilio (181 recursos) solo 6 (3,3%) afirmaron no tener un maletín domiciliario. Este instrumento es importante para prestar una atención óptima y de calidad, y además es útil como elemento de capacidad resolutoria del profesional frente a cualquier complicación. Se aconseja que éste sea personalizado a cada profesional y que contenga elementos mínimos y específicos, indispensables para la atención en el domicilio. Por tanto, sería conveniente planificar la visita domiciliaria con antelación para orientar las necesidades y medicaciones necesaria para la atención adecuada de los pacientes. También se sugiere la clasificación del material según sea indispensable (diagnóstico, instrumental, de curas, fármacos e impresos) del necesario (uso eventual, pero no obligatorio)²⁵.

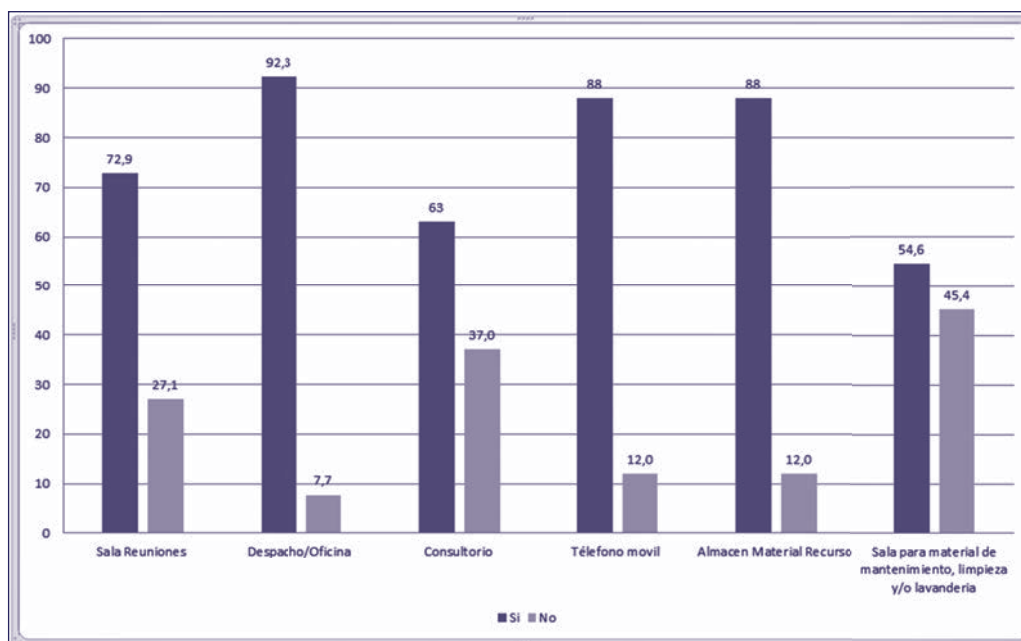
Estructuras propias de las actividades organizativas

En general y en su mayoría los recursos disponen de estructuras y recursos de soporte al trabajo asistencial de los profesionales dentro de cada organización. Aunque la mayoría de los recursos (135 recursos) cuentan con salas de reuniones, despacho/oficina, y consultorio, muchos otros, utilizan una u otra sala que tengan disponibles de forma multifuncional (como sala de reuniones, como despacho/ oficina, como consultorio, etc.).

Tabla 154. Número de recursos según estructuras y recursos de actividades organizativas

Estructuras y Recursos	SI	Si %	No	No %
Sala Reuniones	207	72,9%	77	27,1%
Despacho/Oficina	262	92,3%	22	7,7%
Consultorio	179	63,0%	105	37,0%
Teléfono móvil	250	88,0%	34	12,0%
Almacén Material Recurso	250	88,0%	34	12,0%
Sala para material de mantenimiento, limpieza y/o lavandería	155	54,6%	129	45,4%

Gráfico 7. Porcentaje de recursos según estructuras y recursos de actividades organizativas



²⁵ Técnicas importantes en el domicilio: el maletín domiciliario, la vía subcutánea y la paracentesis evacuadora. Santamarta N, Álvarez PM, Ramos D. (Recomendaciones SemFyC).

Estas áreas debería ser externas a la zona asistencial, aunque no muy alejadas de ellas. La existencia por ejemplo de salas de reuniones (72,9%) son útiles para apoyar el trabajo de coordinación entre profesionales, al igual que los despachos/oficinas (92,3%) sirven para la organización y seguimiento de los pacientes. También sería recomendable que fueran espacios lo suficientemente amplios no solo para incluir las funciones asistenciales, sino además para incluir funciones complementarias como docencia (realizado por 242 recursos) e investigación (realizado por 129 recursos).

Por el contrario, casi la mitad de los recursos afirmaron no tener una sala para el material de mantenimiento, limpieza y/o lavandería (129 recursos). Este espacio es importante también como apoyo para la prestación de los servicios.

• **Vehículo Disponible para el traslado de los profesionales para atención domiciliaria:**

Gráfico 8. Número de vehículos disponibles en el recurso

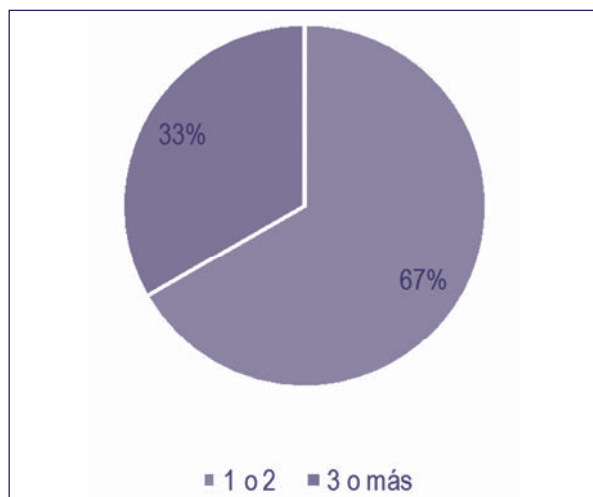


Tabla 155. Número de recursos con disponibilidad de vehículo

Vehículo Disponible	Total	%
Si	129	71,3%
No	52	28,7%

Tabla 156. Número de vehículos disponibles en el recurso

Vehículo Disponible	Total	%
1 o 2	86	66,7%
3 o más	43	33,3%

De total de recursos que hacen atención domiciliaria (129), el 71,3% afirmaron tener vehículos disponibles para su traslado a los domicilios de los pacientes, ya sea en propiedad o a través de un acuerdo con alguna entidad. De éstos el 66,7% de los recursos tienen entre 1 (49 recursos) o 2 (37 recursos) vehículos disponibles. En general se aprecia que este tipo de recursos tiene una proporción media de 1 vehículo por cada 2,8 ($\pm 1,7$) profesionales del recurso (médico + enfermera). Por el contrario es llamativo el número de recursos que dicen no tener disponible vehículo alguno (28%) para el traslado al domicilio. En estos casos, los profesionales se ven forzados a utilizar su vehículo propio o a desplazarse por medio del transporte público para trasladarse al domicilio de los pacientes susceptibles de atención en su zona de cobertura. En este sentido, es responsabilidad de las administraciones sanitarias proveer a los profesionales de los medios necesarios para el correcto desempeño de sus funciones.

III.3. PROCESOS EN LA ORGANIZACIÓN

Historia Clínica

La mayoría de los recursos afirman utilizar la historia clínica en papel y en formato digital (62,3%). Son muy pocos los recursos que todavía siguen utilizando la historia clínica sólo en papel (7%). Aún así, el cambio a las historias clínicas en formato solo digital parece muy lento (30,6%). La adopción de historias clínicas digitales en otros países ha sido mucho más rápida y generalizada (en el Reino Unido el 90% de los médicos de familias, en Canadá ha representado grandes ahorros en el gasto sanitario)²⁶. Las principales ventajas de su uso tienen que ver con la eficiencia a la hora de gestionar equipos, mejora en la gestión de enfermedades (permite disponer de información en tiempo real lo que indudablemente mejora la toma de decisiones asistenciales). Además, favorece la colaboración e interacción entre profesionales²⁷ de diferentes ámbitos (sanitario y social). También es recalable la facilidad que ofrece a la hora de recoger información sistemática y estandarizada de datos asistenciales, epidemiológicos, etc., que pueden ser muy útiles en la gestión, la planificación social, sanitaria, docencia e investigación.

Gráfico 9. Formato de la Historia Clínica

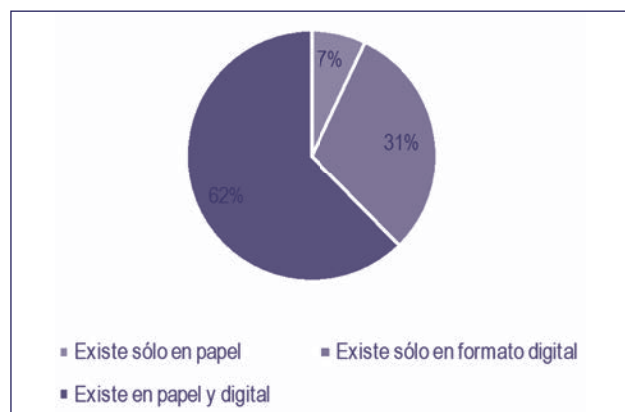


Tabla 157. Formato de la Historia Clínica

Respuesta	Total	%
Existe sólo en papel	20	7,0%
Existe sólo en formato digital	87	30,6%
Existe en papel y digital	177	62,3%

Registro de la información

Al analizar los tipos de actividad realizados por el recurso y su lugar de registro, la mayoría registran sus actividades de visitas, llamadas de seguimiento, coordinación, soporte e interconsulta en la historia clínica específicamente o tanto en la historian clínica como en registros propios del recurso. Aunque son muy pocos los casos que no registran actividades como soporte (13,0%), llamadas de seguimiento (9,5%), coordinación (8,1%), e interconsulta (6,3%); es necesario recordar la importancia del registro de todas las acciones llevadas a cabo por los equipos para poder conocer cuál ha sido la línea de atención seguida con cada paciente. En el caso de las sesiones formativas, es mayor el número de recursos que no las registran (28,2%). Como ya se ha mencionado este tipo de datos proporciona valiosa información para los gestores, la planificación, la investigación, etc.

²⁶ The emerging benefits of electronic medical record use in community-based care. A study commissioned by Canada Health Infoway. PwC, 2013

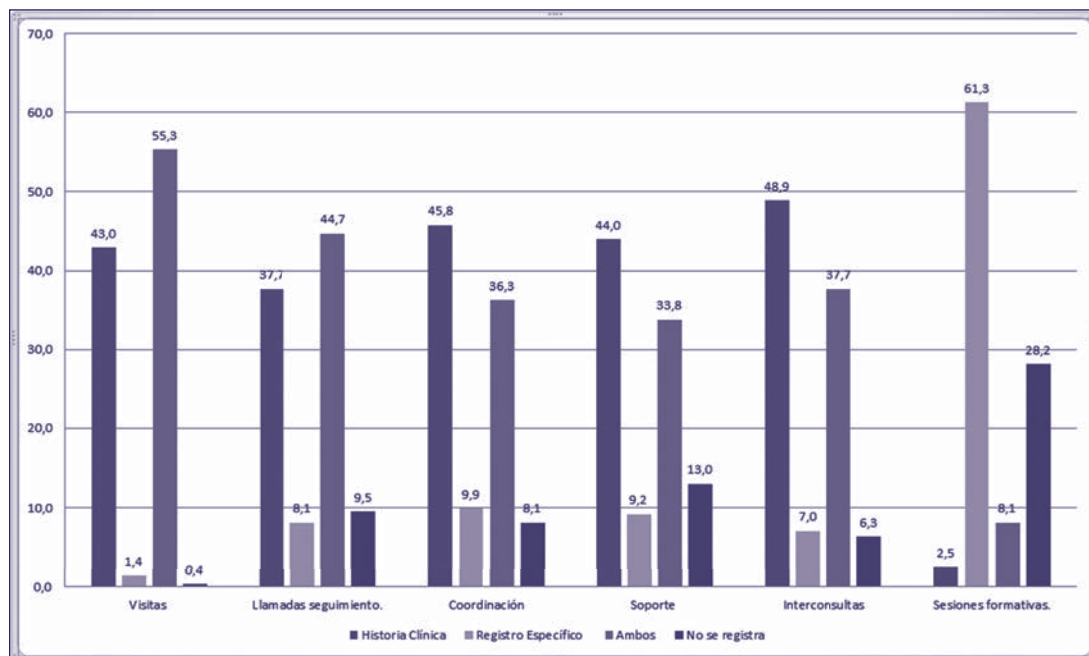
²⁷ The emerging benefits of electronic medical record use in community-based care. A study commissioned by Canada Health Infoway. PwC, 2013



Tabla 158. Lugar de registro de las actividades de CP

Lugar Registro	Visitas	Llamadas Seguimiento	Coordinación	Soporte	Interconsulta	Sesiones Formativas
Historia Clínica	122 (43,0%)	107 (37,7%)	130 (45,8%)	125 (44,0%)	139 (48,9%)	7 (2,5%)
Registro Especifico	4 (1,4%)	23 (8,1%)	28 (9,9%)	26 (9,2%)	20 (7,0%)	174 (61,3%)
Ambos	157 (55,3%)	127 (44,7%)	103 (36,3%)	96 (33,8%)	107 (37,7%)	23 (8,1%)
No se registra	1 (0,4%)	27 (9,5%)	23 (8,1%)	37 (13,0%)	18 (6,3%)	80 (28,2%)

Gráfico 10. Porcentaje de recursos según el lugar donde hacen el registro de las actividades de CP



Escalas usadas como herramienta de evaluación de los pacientes y/o familiares

Las escalas que siempre o con frecuencia son utilizadas por los recursos son: escala Barthel (90,8%), escala Karnofsky (KPS) (79,6%), escala de nivel de sedación de RAMSAY (69,01%), Test de Pfeiffer (68,3%), Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) (62,7%), escala Palliative Performance Status (PPS) (61,6%) y Escala de Norton (58,8%).

Tabla 159. Grado de uso de las escalas usadas como herramienta de evaluación de los pacientes y/o familiares

Escala	Grado de uso				
	No la conozco	Nunca	Esporádicamente	Con frecuencia	Siempre
a. Edmonton Symptom Assessment System (ESAS).	7 (2,5%)	24 (8,5%)	75 (26,4%)	96 (33,8%)	82 (28,9%)
b. Escala Karnofsky (KPS).	0	16 (5,6%)	42 (14,8%)	89 (31,3%)	137 (48,2%)
c. Escala Palliative Performance Status (PPS)	5 (1,8%)	33 (11,6%)	71 (25,0%)	76 (26,8%)	99 (34,9%)
d. Minimental State examination. Mental State examination.	2 (0,7%)	25 (8,8%)	141 (49,6%)	80 (28,2%)	36 (12,7%)
e. Test de Pfeiffer.	2 (0,7%)	26 (9,2%)	62 (21,8%)	97 (34,2%)	97 (34,2%)
f. Palliative Care Outcome Scale (POS).	35 (12,3%)	152 (53,5%)	70 (24,6%)	21 (7,4%)	6 (2,1%)
g. Escala de nivel de sedación de RAMSAY.	2 (0,7%)	26 (9,2%)	60 (21,1%)	102 (35,9%)	94 (33,1%)
h. Memorial Delirium Assessment Scale (MADS).	26 (9,2%)	127 (44,7%)	98 (34,5%)	27 (9,5%)	6 (2,1%)
i. Escala de Norton.	4 (1,4%)	55 (19,4%)	58 (20,4%)	84 (29,6%)	83 (29,2%)
j. Escala de Ansiedad y Depresión Goldberg (GADS)	15 (5,3%)	96 (33,8%)	123 (43,3%)	43 (15,1%)	7 (2,5%)
k. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	26 (9,2%)	117 (41,2%)	96 (33,8%)	39 (13,7%)	6 (2,1%)
l. Inventario de Depresión de Beck (BDI)	41 (14,4%)	175 (61,6%)	55 (19,4%)	12 (4,2%)	1 (0,4%)
m. Support Team Assessment Schedule (STAS)	55 (19,4%)	174 (61,3%)	42 (14,8%)	10 (3,5%)	3 (1,1%)
n. Instrumento diagnóstico de la complejidad en cuidados paliativos (IDCPal).	29 (10,2%)	125 (44,0%)	59 (20,8%)	44 (15,5%)	27 (9,5%)
o. Cuestionario de detección del consumo de alcohol (CAGE).	13 (4,6%)	124 (43,7%)	104 (36,6%)	28 (9,9%)	15 (5,3%)
p. Escala de heces de Bristol.	26 (9,2%)	125 (44,0%)	78 (27,5%)	42 (14,8%)	13 (4,6%)
q. Escala de sobrecarga del cuidador. Test de Zarit (para la sobrecarga del cuidador principal).	9 (3,2%)	49 (17,3%)	108 (38,0%)	85 (29,9%)	33 (11,6%)
r. Escala Barthel	*	*	25 (8,8%)	48 (16,7%)	210 (74,1%)
s. Escala ECOG	*	*	45 (39,4%)	76 (16,0%)	51 (17,8%)
t. Escala Visual Analógica (EVA)	*	*	6 (2,1%)	32 (11,3%)	80 (28,2%)

Nota: * sin datos.



Por el contrario, las escalas que los profesionales afirman usar con menos frecuencia son: Inventario de Depresión de Beck (BDI) usada por el 0,4% de los recursos, Support Team Assessment Schedule (STAS) usada por el 1,1% de los recursos, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) usada por el 2,1% de los recursos, Palliative Care Outcome Scale (POS) usada por el 2,1% de los recursos, Escala de Ansiedad y Depresión Goldberg (GADS) usada por el 2,5%, Instrumento diagnóstico de la complejidad en cuidados paliativos (IDCPal) usada por el 9,5% de los recursos, Escala ECOG usada por el 17,8% de los recursos y la Escala Visual Analógica (EVA) usada por el 28,2% de los recursos.

En este caso resulta llamativo el poco uso respecto a las escalas reconocidas en el ámbito de Cuidados Paliativos²⁸ como son el Support Team Assessment Schedule (STAS), la cual se recomienda ser utilizada junto con el ESAS para valorar la intensidad de la disnea principalmente en pacientes con cáncer²⁹, y el POS instrumento que contempla las dimensiones física y psicológica, valora el sufrimiento y la calidad de vida; considerándose un buen instrumento de medida de la efectividad de los cuidados paliativos³⁰.

También otras escalas importantes no son con frecuencia o siempre utilizadas, como la escala ECOG de gran utilidad para la evaluación funcional de pacientes oncológicos, pero que solo es utilizado siempre por el 17,8% de los equipos, la escala visual analógica (EVA) muy fiable para valorar la intensidad del dolor y su evolución, solo usada siempre por el 28,2% y la escala HADS muy apropiada para una valoración sistemática de la ansiedad/depresión, empleada siempre por el 2,1%.

Al analizar el grado de conocimiento de las anteriores escalas (algunas específicas de CP) y considerando solo los equipos con profesionales (médicos y enfermeras) con formación mayor (>) de 300 horas, es significativo que el 4,6% de los equipos afirmaran que usan siempre o con frecuencia la escala STAS. El POS y el HADS es usado siempre o con frecuencia respectivamente por el 10,0% y el 16,1% de estos recursos.

Por el contrario, el ECOG y EVA, son más conocidas y usadas en estos recursos con más formación, así, el 68,6% y el 93,1% lo usan siempre o con frecuencia. La evaluación de los signos y síntomas en el paciente en situación terminal es algo más que cuantificarlos; las escalas son una herramienta útil para ayudar al paciente a verbalizar la percepción propia de su situación y sus necesidades. Por supuesto, es también fundamental la observación activa del profesional para complementar la evaluación y permitir de esta forma la detección de los signos clínicos necesarios para una valoración completa de las necesidades del paciente.

El desconocimiento o no uso de algunas de las escalas propias de cuidados paliativos como el Support Team Assessment Schedule (STAS) (desconocido por el 19,4% o nunca usado por el 61,3%) refleja la necesidad que existe de una mayor formación específica en los profesionales. Esta escala forma parte del sistema de monitorización y autoevaluación de la calidad asistencial prestada al paciente y su familia, la cual debería ser valorada con periodicidad semanal hasta el fallecimiento del paciente. Igualmente es llamativo el desconocimiento (14,4%) o no uso (61,6%) de otras escalas como el Inventario de Depresión de Beck (BDI), instrumento que podría ser utilizado como complemento para hacer una valoración integral del paciente y que tiene como objetivo valorar la depresión, trastorno emocional que algunas veces no se tiene en cuenta a la hora de atender a los pacientes en fase terminal.

²⁸ Bausewein C. The use of two common palliative outcome measures in clinical care and research: A systematic review of POS and STAS. *Palliat Med* June 2011 vol. 25 no. 4 304-313

²⁹ Cuidados Paliativos: Guías para el manejo clínico. Organización Panamericana de la Salud 2002.

³⁰ Serra-Prat M, Nabal M, Santacruz M, Picaza JP, Trelis J, el Grupo Catalán de Estudio de la Efectividad de los Cuidados Paliativos.

Traducción, adaptación y validación de la Palliative Care Outcome Scale al español. *Medicina Clínica*. Vol. 123. Núm. 11. 02 Octubre 2004



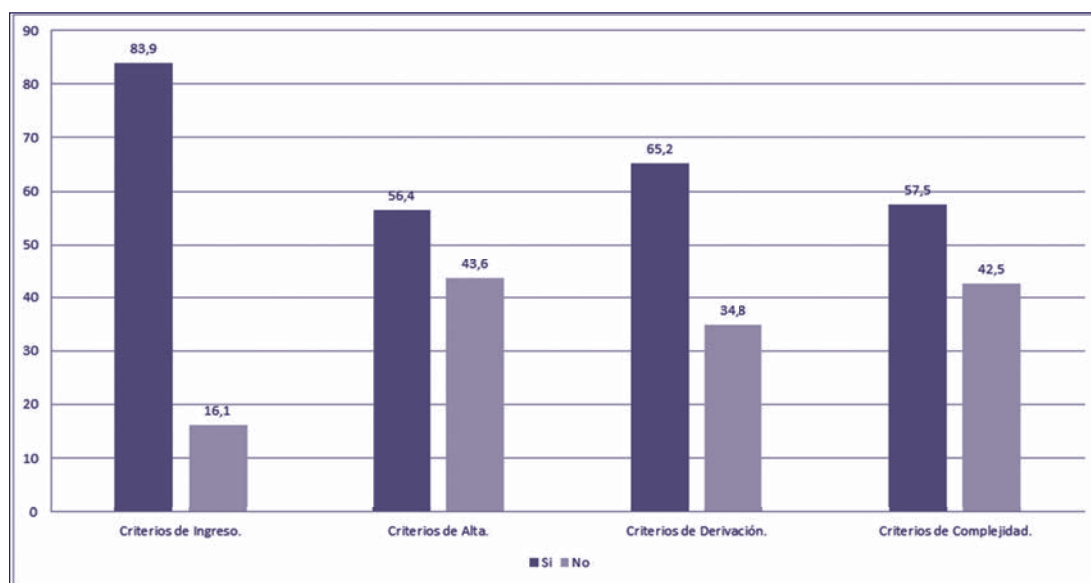
Criterios de actuación definidos por escrito

El 96,1% de los recursos tienen definido al menos un criterio de actuación por escrito, tan solo 11 recursos (3,9%) contestaron que no tenían ningún criterio definido. Principalmente es llamativa la no definición de criterios por escrito para criterios de alta (43,6%), criterios de complejidad (42,5%) y de derivación (34,8%). Los mecanismos de coordinación y vías de comunicación con otros niveles, departamentos y servicios asistenciales son poco o nada definidos en el 38,7% de los recursos.

Tabla 160. Criterios de actuación definidos por escrito

	Si	%	No	%
Criterios de Ingreso.	229	83,9%	44	16,1%
Criterios de Alta.	154	56,4%	119	43,6%
Criterios de Derivación.	178	65,2%	95	34,8%
Criterios de Complejidad.	157	57,5%	116	42,5%

Gráfico 11. Porcentaje de recursos con criterios de actuación definidos por escrito



La falta de estos criterios dificulta la derivación, homogenización de la atención en los pacientes y la toma de decisiones que podría tender a grandes variaciones según la valoración subjetiva de cada profesional. Todas estas herramientas son importantes para la prestación de acciones de atención equitativa. En este sentido, sería recomendable que desde las instituciones estatales y/o autonómicas se definieran una serie de criterios mínimos que deberían ser tenidos en cuenta por todos profesionales con el fin de equiparar las actuaciones y proveerlas de elementos de calidad que posteriormente puedan ser valorados conjuntamente.

Evaluación de la calidad

A pesar de que la gran mayoría de recursos afirma tener definidos objetivos anuales de calidad (69%), medir los indicadores (76,1%), tener un sistema de medida de indicadores (77,1%) y realizar reportes anuales de la medida



de los indicadores (68,7%); son muchos los recursos que no tienen por escrito indicadores para la medida de cobertura (56,3%), indicadores para medir la calidad de la organización asistencial (58,5%), indicadores de efectividad en la práctica clínica (61,6%), y de eficiencia e impacto del recurso de CP (72,9%).

Asimismo, aunque el 68,7% afirma evaluar los estándares definidos en la organización, solo el 45,4% los tiene definidos por escrito y un 41,5% afirma no tener establecido un plan de mejora continua.

Tabla 161. Número de recursos con criterios evaluación de la calidad

	Si	%	No	%
Tiene definidos objetivos anuales de calidad.	196	69,0%	88	31,0%
Posee un sistema de medida de indicadores.	219	77,1%	65	22,9%
Mide los indicadores.	216	76,1%	68	23,9%
Evalúa los estándares definidos en la organización.	194	68,3%	90	31,7%
Realiza reportes anuales de la medida de los indicadores.	195	68,7%	89	31,3%
Tiene establecido un plan de mejora continua.	166	58,5%	118	41,5%

Gráfico 12. Porcentaje de recursos con criterios evaluación de la calidad

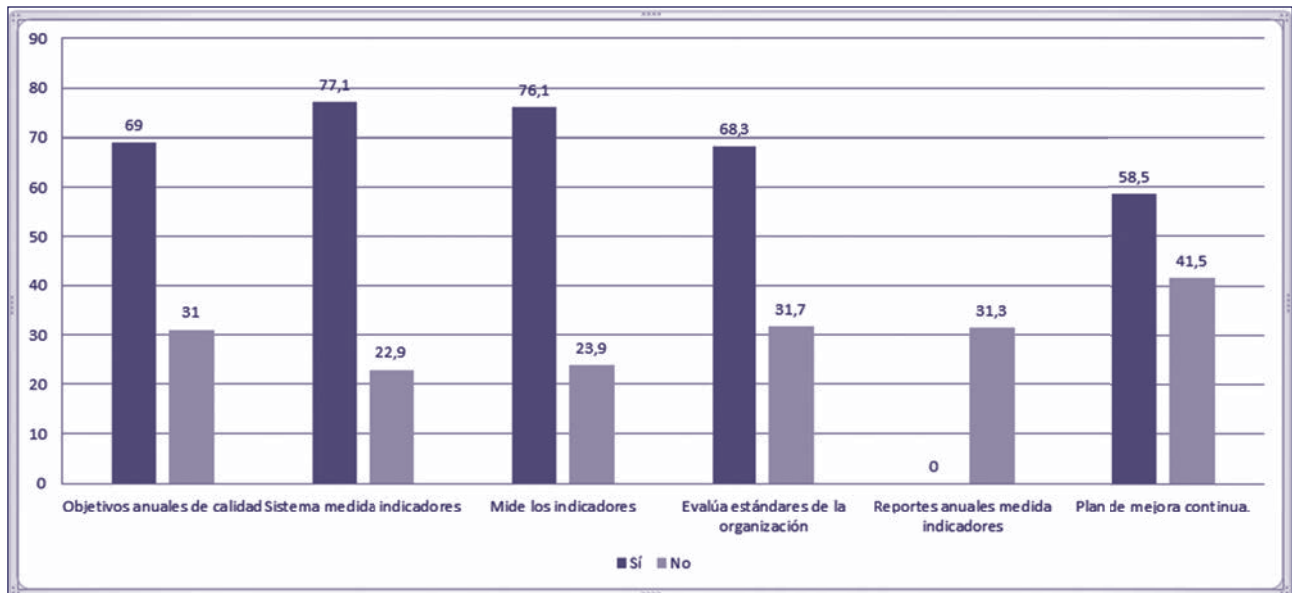
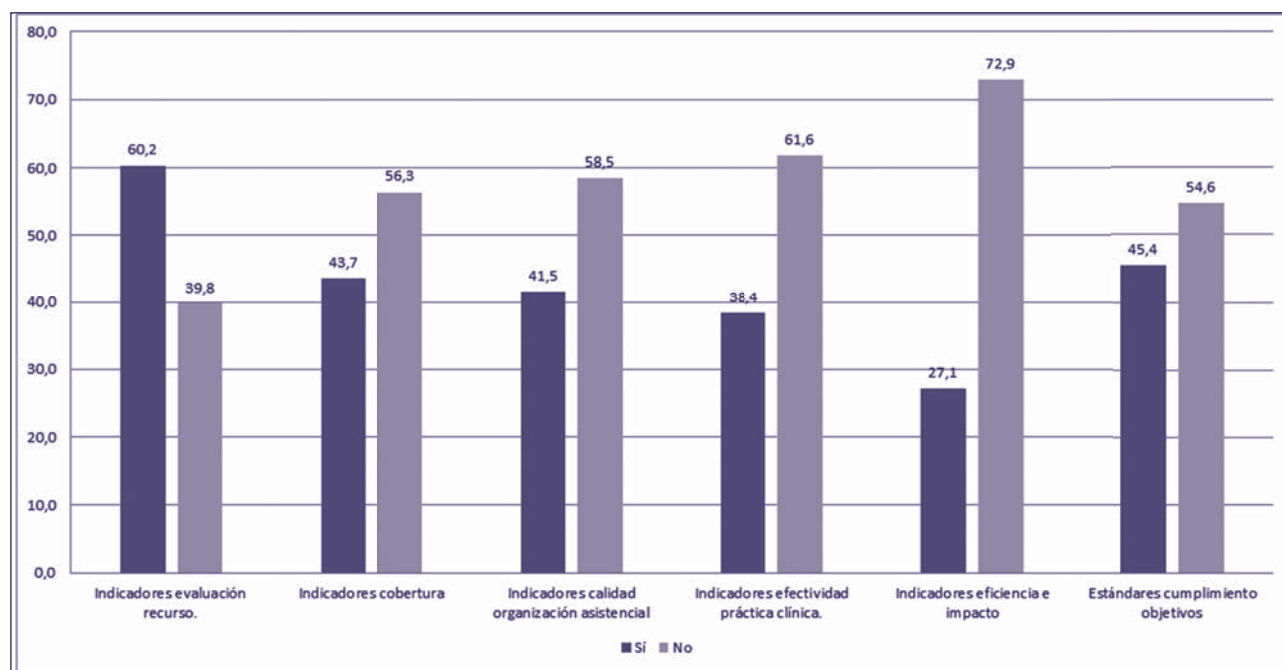


Tabla 162. Recursos con criterios de calidad definidos por escrito

Recursos con criterios definidos por escrito	Si	%	No	%
a. Indicadores para la evaluación del recurso.	171	60,2%	113	39,8%
b. Indicadores para la medida de la cobertura.	124	43,7%	160	56,3%
c. Indicadores para medir la calidad de la organización asistencial.	118	41,5%	166	58,5%
d. Indicadores de efectividad en la práctica clínica.	109	38,4%	175	61,6%
e. Indicadores de eficiencia e impacto del recurso de cuidados paliativos.	77	27,1%	207	72,9%
f. Estándares para la medida del cumplimiento de objetivos del equipo.	129	45,4%	155	54,6%

Gráfico 14. Porcentaje de recursos que desarrollan otras acciones



En este sentido, es importante el desarrollo de un modelo homogéneo eficaz que permita conocer y valorar la calidad de la atención en CP. La falta de definición de criterios y en muchos casos la gran variabilidad existente en España (de objetivos, indicadores, estándares) plantea un reto en el desarrollo de una herramienta viable y fácilmente medible que contribuya al desarrollo de una atención igualitaria (en términos de cobertura y de accesibilidad) en todo el estado, en línea con los principios y valores de la ECP-SNS.

Es necesario la definición clara de objetivos de evaluación de la calidad (que incluya indicadores y estándares básicos) que sean comunes a todo el país, pero que sean interoperables con los objetivos de las CC.AA y que garanticen el logro de metas comunes para la atención de calidad en el SNS. Junto a este plan de evaluación es fundamental la definición de planes de mejora, que respondan oportunamente a las acciones que requieran de acciones de mejora y planteen nuevos retos que favorezcan un mejor desarrollo de los recursos y de la atención.

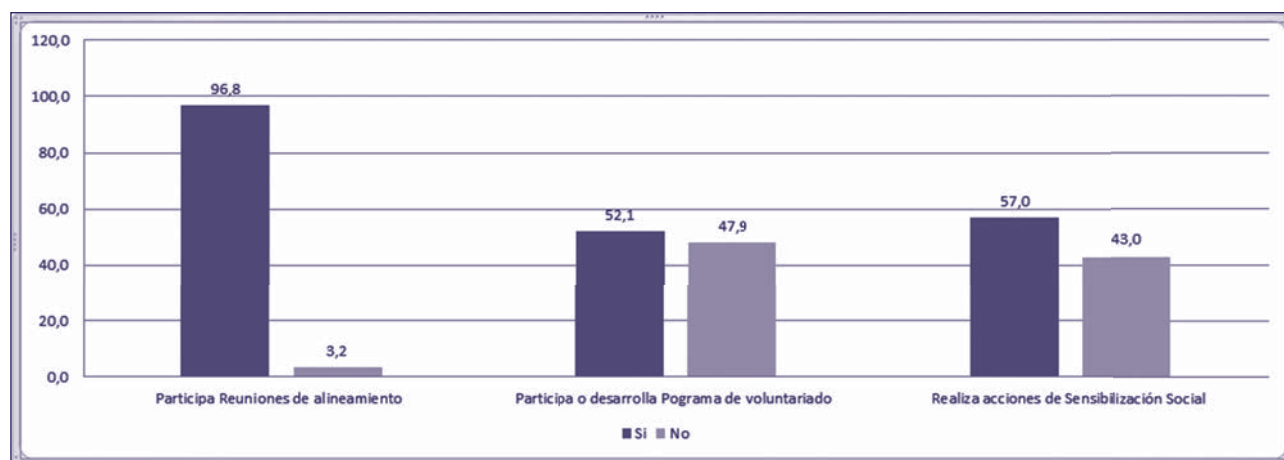
Desarrollo de otras acciones (alineamiento con otros profesionales, participación en programa de voluntariado, desarrollo de acciones de sensibilización social)

Es muy positivo que los recursos (96,8%) principalmente participen en reuniones de alineamiento con otros profesionales para el desarrollo de actividades asistenciales o no asistenciales en relación al programa de cuidados paliativos de su CC.AA. La participación o desarrollo de programas de voluntariado y sensibilización social aunque son desarrolladas por un gran número de recursos (52,1% y 57,0% respectivamente), todavía no es una acción activa en muchos recursos. Estas acciones son importantes ya que ayudan a implicar a otras redes que también pueden complementar las acciones de apoyo y acompañamiento a pacientes y familias³¹. Los voluntarios, tienen un papel importante a la hora de servir de soporte a los cuidadores, evitando así su agotamiento y claudicación. Asimismo, “permite al paciente sentirse y ser reconocido como persona que forma todavía parte de la sociedad”³². Todavía esta figura en España está muy poco extendida, a pesar que se recomienda por parte de entidades como la EAPC que exista un programa de voluntariado por cada 40.000 habitantes³³, más aun teniendo en cuenta que para responder a esta pregunta se ha tenido en cuenta no solo que tengan un programa propio sino que puedan disponer de voluntarios que hayan solicitado a otras asociaciones.

Tabla 163. Número de recursos que desarrollan otras acciones

	Si	%	No	%
Participa Reuniones de alineamiento	275	96,8%	9	3,1%
Participa o desarrolla Programa de voluntariado	148	52,1%	136	47,9%
Realiza acciones de Sensibilización Social	162	57,0%	122	43,0%

Gráfico 13. Porcentaje de recursos con criterios de calidad definidos por escrito



³¹ Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 2007

³² Recomendación Rec (2003) 24 del Comité de Ministros de los estados miembros sobre organización de cuidados paliativos. Adoptada por el Comité de Ministros el 12 de noviembre de 2003 en la 86ª Reunión de Representantes Ministeriales.

³³ Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos. Monografías SECPAL. Mayo 2012



También, una mayor sensibilización social favorece a un mayor conocimiento de los CP y a la eliminación de connotaciones negativas muchas veces asociadas al período final de la vida y a la muerte. Un mayor conocimiento por parte de la sociedad frente a los CP además favorece el desarrollo de servicios y recursos de calidad, ya que incentiva la demanda de una atención cada vez mejor.

Igualmente, iniciativas como el desarrollo de redes de cuidados desde la propia comunidad, enfrentan a la sociedad con la realidad de que existen muchas necesidades que no se reconocen y en muchos casos la sociedad falla en tratar con respeto y dignidad a estas personas. Es necesario que la sociedad empiece a asumir la responsabilidad que tiene también en el cuidado de los otros y para ello son muy necesarias muchas de estas acciones de sensibilización social y capacitación de los ciudadanos.

Sección IV

ESTRUCTURAS DE COORDINACIÓN DE RECURSOS ASISTENCIALES DE CUIDADOS PALIATIVOS. PROGRAMAS INTEGRADOS DE CP



SECPAL

ESTRUCTURAS DE COORDINACIÓN DE RECURSOS ASISTENCIALES DE CUIDADOS PALIATIVOS. PROGRAMAS INTEGRADOS DE CP

Se han identificado un total de 8 estructuras de coordinación de recursos asistenciales de CP que desarrollan acciones de coordinación de recursos de CP que cubren la atención en todos los niveles asistenciales (domiciliario, comunitario, larga estancia y hospital de agudos). Este tipo de estructuras han demostrado ser muy útiles en las comunidades donde se han desarrollado, por tanto, sería importante que su desarrollo se hiciera en todas las comunidades donde aún no se han implementado. Estas estructuras funcionan con la misión unificada de atender a los pacientes y familiares en una población determinada y lo hacen bajo unas normas comunes de liderazgo, funcionamiento y organización. Han resultado ser importantes como estructuras facilitadoras y coordinadoras de los circuitos de atención en los diferentes niveles asistenciales y como elemento divulgativo del modelo homogéneo de los CP a nivel de la CC.AA. También buscan establecer una relación activa, continua y permanente con los diferentes profesionales de los equipos que coordinan. En algunas comunidades autónomas, estas estructuras son también responsables de evaluación de las acciones llevadas a cabo por los equipos CP.

Se han identificado este tipo de estructuras de coordinación (Programas Integrados de CP) en 7 Comunidades Autónomas: Andalucía (2 programas), Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Islas Baleares e Islas Canarias.

En Andalucía la Oficina del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos cuenta con un grupo de 4 personas que coordinan 50 equipos de Cuidados Paliativos domiciliarios y hospitalarios y 13 unidades de Cuidados Paliativos. En esta CC.AA también se ha identificado un Programa localizado en el Hospital Universitario Virgen del Rocío, con 4 profesionales que coordinan 1 Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos, 1 Unidad de Soporte de Cuidados Paliativos y Hospitalización domiciliaria y 1 Unidad de hospitalización a domicilio.

En la Comunidad de Madrid la Oficina de coordinación de CP tiene un equipo de 4 personas y coordina 11 Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos de atención domiciliaria, 12 Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos Hospitalario, 6 Equipos de Cuidados Paliativos de la Asociación Española Contra El Cáncer (AECC), 4 Unidades de CP en Hospitales de Agudos, 11 Unidades de CP en centros de Media Estancia y 17 Referentes (que es una figura usada en Madrid, que consiste en un Médico que lleva CP en zonas donde no hay equipos de CP).

En la Comunidad de Valencia el Programa de CP del departamento de Denia tiene 2 personas y coordina equipos y unidades de CP.

En Extremadura el Programa Regional de CP tiene 1 persona que coordina 8 Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos Domiciliarios y Hospitalarios.

En Galicia la Oficina de Coordinación del Programa Gallego de CP coordina 3 Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos Hospitalarios y Domiciliarios, 7 Unidades de Cuidados Paliativos y Unidades de Hospitalización a Domicilio.



En las Islas Baleares el Centro Coordinador del Programa de CP cuenta con un grupo de 4 personas y coordina 1 Equipo de Cuidados Paliativos Domiciliario, 1 Equipo de Cuidados Paliativos Hospitalario, 2 Equipos de Cuidados Paliativos Domiciliarios y Hospitalarios, 4 Unidades de Cuidados Paliativos y 1 Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos.

En las Islas Canarias el Centro Coordinador del Plan de CP tiene 1 persona que coordina 9 Equipos de Cuidados Paliativos Domiciliarios, 6 Equipos de Cuidados Paliativos Hospitalarios, 2 Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos Intrahospitalario, 9 Unidades de Cuidados Paliativos y 2 Unidades de Cuidados Paliativos Pediátricos.

Sección V

ANÁLISIS GLOBAL DE LOS RECURSOS NO ASISTENCIALES Y ESTRUCTURAS DE APOYO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ESPAÑA



SECPAL

ANÁLISIS GLOBAL DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS RECURSOS ASISTENCIALES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ESPAÑA

En total se han identificado 101 recursos no asistenciales que realizan diversas acciones para el desarrollo de los Cuidados Paliativos en España. De éstos, finalmente fueron registrados y verificados 46. Los restantes 55 no han podido ser incluidos en el Directorio 2015, ya sea porque al extenderse la invitación no se registraron, o porque tras la verificación les faltaba algún requisito para ser clasificados con los criterios definidos por este directorio.

V.1. ASPECTOS GENERALES DE LOS RECURSOS NO ASISTENCIALES

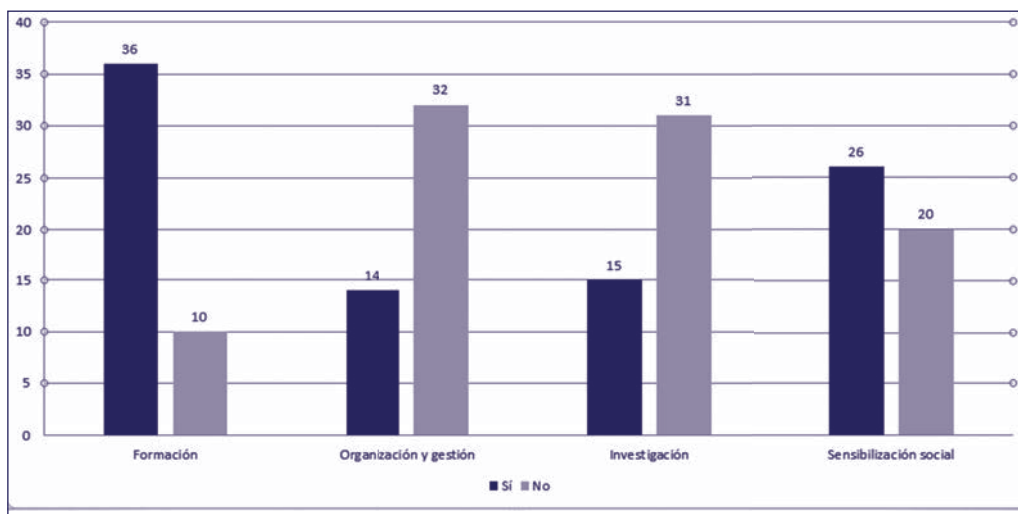
Tipo de acciones desarrolladas

De las 46 organizaciones identificadas, 36 (78,3%) desarrollan acciones de formación en CP, 14 (30,4%) desarrollan acciones de gestión y desarrollo en CP, 15 (32,6%) desarrollan acciones de investigación y 26 (56,5%) desarrollan acciones de sensibilización social, cooperación al desarrollo e implicación comunitaria.

Tabla 164. Tipo de acciones desarrolladas por los recursos no asistenciales

	Sí	%	No	%
Formación	36	78,3%	10	21,7%
Organización y gestión	14	30,4%	32	69,6%
Investigación	15	32,6%	31	67,4%
Sensibilización social, cooperación al desarrollo, implicación comunitaria	26	56,5%	20	43,5%

Gráfico 15. Tipo de acciones desarrolladas por los recursos no asistenciales





Principalmente se realizan acciones de formación y sensibilización social. Las restantes acciones de Organización y Gestión e Investigación son menos extendidas. Ésta última, también es importante tanto para mejorar la atención asistencial utilizando para ellos las mejores técnicas probadas con métodos científicos en beneficio de la calidad de atención al paciente, como en la evaluación objetiva de las acciones llevadas a cabo por los recursos asistenciales.

Otro aspecto importante es incentivar las acciones de organización y gestión, que son fundamentales en la gestión de la calidad. La elaboración de procedimientos, definición de estructuras organizativas, recursos y de estrategias bien documentadas y basadas en las mejores prácticas, ayuda a garantizar que las acciones y la información de las organizaciones en CP sean eficientes y coordinadas, buscando con ello, la calidad en los servicios que se ofertan para satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes y sus familias.

Número de Profesionales por tipo de acciones desarrolladas

Tabla 165. Número y promedio de Profesionales por recurso y tipo de acciones desarrolladas

	Nº Recursos	Nº profesionales	Promedio Profesionales x Recurso
Formación	36	246 (42,3%)	7
Organización y gestión	14	104 (17,9%)	7
Investigación	15	77 (13,3%)	5
Sensibilización social, cooperación al desarrollo, implicación comunitaria	25	154 (26,5%)	6

Gráfico 16. Porcentaje de profesionales por tipo de acciones desarrolladas





La gran mayoría de profesionales se dedican a las acciones de formación (42,3%), seguido de las acciones de sensibilización (26,5%). Las acciones de organización y gestión son desarrolladas por el 17,9% de los profesionales y el 13,3% se dedica a acciones de investigación. El poco número de personas que se dedican a la investigación es una tendencia similar en otras áreas asistenciales en España, en general, y aunque las investigación es una de las líneas estratégicas de la ECP-SNS existen muy pocas ayudas de financiación desde el estado o las CC.AA, situación que se ha venido agravando tras el periodo de crisis económica.

V.2. RECURSOS PARA LA FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

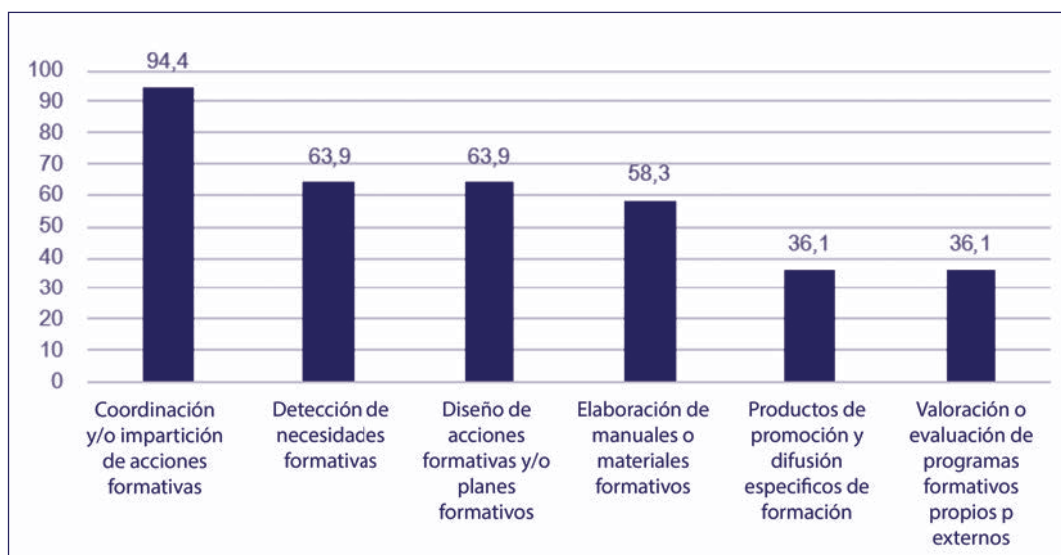
Actividades relativas a la formación

Del total de organizaciones que hacen formación en CP (36), la mayoría desarrolla acciones de coordinación y/o impartición de acciones formativas (94,4%), seguida por acciones de detección de necesidades formativas (63,9%), diseño de acciones formativas y/o planes formativos (63,9%) y elaboración de productos de promoción y difusión específicos de formación (58,3%). Por el contrario es menor el número de recursos que desarrolla productos de promoción y difusión específicos de formación (36,1%) y valoración o evaluación de programas formativos propios o externos (36,1%).

Tabla 166. Número y porcentaje de recursos según el tipo de actividad desarrollada en formación

Actividades relativas a formación	Nº Recursos	%
Coordinación y/o impartición de acciones formativas	34	94,4%
Detección de necesidades formativas	23	63,9%
Diseño de acciones formativas y/o planes formativos	23	63,9%
Elaboración de manuales o materiales formativos	21	58,3%
Productos de promoción y difusión específicos de formación	13	36,1%
Valoración o evaluación de programas formativos propios o externos	13	36,1%

Gráfico 17. Porcentaje de recursos según el tipo de actividad desarrollada en formación





Este último, es un aspecto muy relevante dentro de las acciones de formación, y por tanto, se deberían incentivar más acciones evaluativas de los programas propios o externos, con el fin de garantizar la calidad de los mismos. Por una parte, una correcta acción evaluadora permitirá conocer la población a la que se dirige la acción formadora, y en consecuencia permitirá adaptar el diseño de la formación.

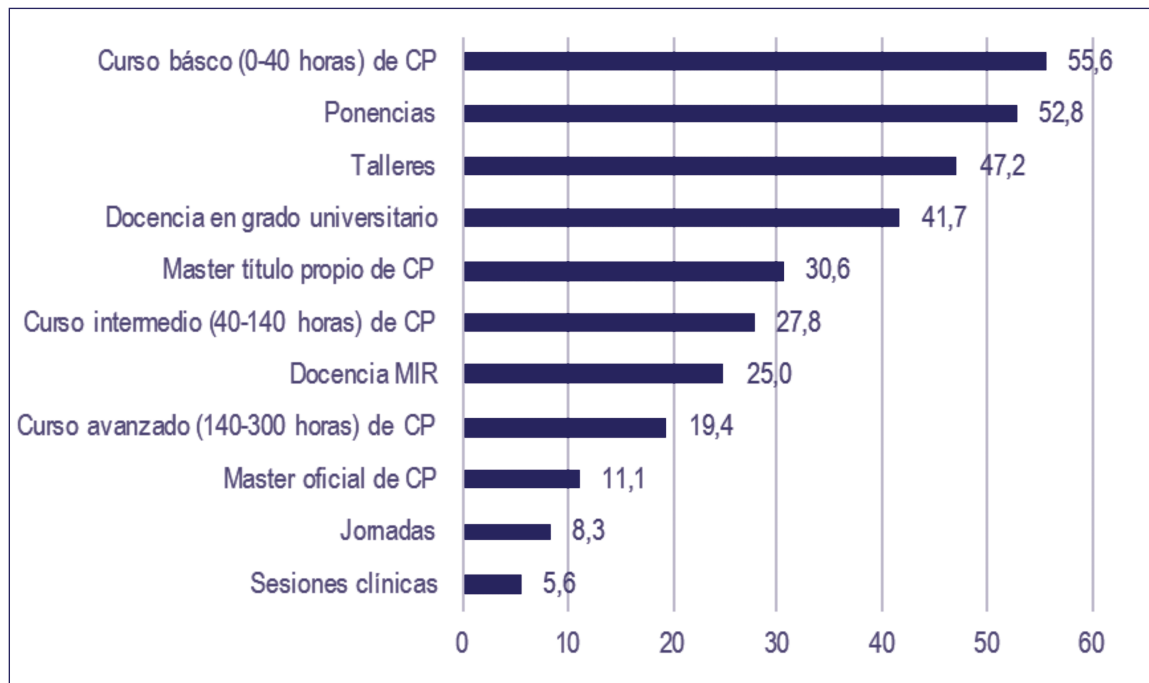
De otra parte, las acciones de formación deberían ser acompañadas con elementos evaluativos continuos para analizar si la formación impartida está siendo útil o no, teniendo siempre en mente un valor de transferencia (es decir valorar si lo aprendido puede ser aplicado en la asistencia real).

Tipo de formación

La mayoría de recursos imparten o coordinan cursos básicos (0-40 horas) (55,6%), seguido de ponencias (52,8%) y de talleres (47,2%). Son menores el número de recursos que desarrollan cursos avanzados (140-300 horas) (19,4%). Respecto al desarrollo o participación de formación a nivel de posgrado, 15 recursos participan en el desarrollo de Másteres, tanto de título oficial como título propio.

Tabla 167. Número de recursos que participan en acciones formativas por tipología

	Nº Recursos que participan	%
Curso básico (0-40 horas) de CP	20	55,6%
Ponencias	19	52,8%
Talleres	17	47,2%
Docencia en grado universitario	15	41,7%
Participa Master título propio de CP	11	30,6%
Curso intermedio (40-140 horas) de CP	10	27,8%
Docencia MIR	9	25,0%
Curso avanzado (140-300 horas) de CP	7	19,4%
Participa Master oficial de CP	4	11,1%
Jornadas	3	8,3%
Participa Sesiones clínicas	2	5,6%

Gráfico 18. Porcentaje de recursos que participan en acciones formativas por tipología

El objetivo de la ECP-SNS, que determina establecer programas de formación continuada específica para los profesionales del sistema sanitario con el fin de que atiendan adecuadamente las necesidades de los pacientes en situación de enfermedad avanzada o terminal, y de su familia, parece que no se está cumpliendo. Es innegable la necesidad que existe en el País de desarrollar más acciones formativas específicas, la oferta existente en formación avanzada actual es reducida para los retos que una atención integral y de calidad requiere.

Es necesario, como recomienda la ECP-SNS que cada CC.AA asuma la responsabilidad de establecer planes de formación continuada específica y reglada en CP, "estableciendo niveles de cobertura y de contenidos adaptados a cada contexto y nivel asistencial"³⁴. Actualmente parece que la formación no es estandarizada y puede estar condicionada al interés formativo de cada organización. Es necesaria, la integración de planes formativos con contenidos docentes homogéneos en pregrado y posgrado³⁵.

Actualmente y aunque los contenidos en CP se ofertan en 40 facultades en toda España, solo es obligatoria en 8 facultades. Este directorio, ha registrado 3 entidades que ofertan Másteres con título oficial, uno en la Universidad de Comillas (Master Universitario en Cuidados paliativos), otro en la Universidad de Granada (Master Universitario en Cuidados de salud para la Promoción de la autonomía de las personas y la atención al final de la vida) y en la Universidad de Sevilla (Máster en Cuidados Paliativos).

También se registraron otros 7 Másteres con título propio (Universidad Autónoma de Barcelona, Universidad Autónoma de Madrid, Universidad Complutense de Madrid, Universidad San Jorge de Zaragoza, Universidad de Valladolid, Universidad del País Vasco y Universidad de la Rioja). En esta última universidad se imparte un Máster en Cuidados Paliativos Pediátricos.

³⁴ Lasmarías C, Espinosa J, Martínez-Muñoz M, Bullich I, Alburquerque E, Gómez-Batiste X. Estudio sobre necesidades formativas en cuidados paliativos para atención primaria. FEM (Ed. impresa) vol.16 no.3 Barcelona set. 2013

³⁵ Lasmarías C, Espinosa J, Martínez-Muñoz M, Bullich I, Alburquerque E, Gómez-Batiste X. Estudio sobre necesidades formativas en cuidados paliativos para atención primaria. FEM (Ed. impresa) vol.16 no.3 Barcelona set. 2013



Los datos de formación de los profesionales en los recursos asistenciales presentados en este Directorio, dan cuenta de la necesidad existente de formación integral que prepare a los profesionales para dar una respuesta adecuada a las necesidades específicas de los pacientes y de sus familias. La formación no debería limitarse a la mera transmisión de información, es importante que también se dé mayor valor a las horas prácticas, útiles para proveer de mayor seguridad a los profesionales y que deberían ser obligatorias en todos los programas avanzados.

V.3. ACCIONES DE GESTIÓN Y DESARROLLO EN CP

Actividades relacionadas con la gestión y desarrollo de CP

Los recursos (14) en su mayoría realizan acciones destinadas a la identificación de necesidades de cuidados paliativos (92,9%). La evaluación y calidad de CP (64,3%) y el diseño/evaluación de políticas de CP es realizado por un poco más de la mitad de los recursos.

Tabla 168. Número y porcentaje de recursos según el tipo de actividad desarrollada en gestión y desarrollo de CP

	Nº Recursos	%
Identificación de necesidades de cuidados paliativos	13	92,9%
Asesoramiento en implementación y/o gestión y/o seguimiento de CP	10	71,4%
Diseño de programas y recursos de CP	9	64,3%
Evaluación y calidad de CP	9	64,3%
Diseño/evaluación de Políticas de CP	8	57,1%
Marketing y publicidad de CP	8	57,1%
Otras	2	14,3%

Gráfico 19. Porcentaje de recursos según el tipo de actividad desarrollada en gestión y desarrollo de CP



Herramientas específicas (métodos estandarizados, software, etc.) para el desarrollo de la actividad

Gráfico 20. Porcentaje de recursos con herramientas de gestión

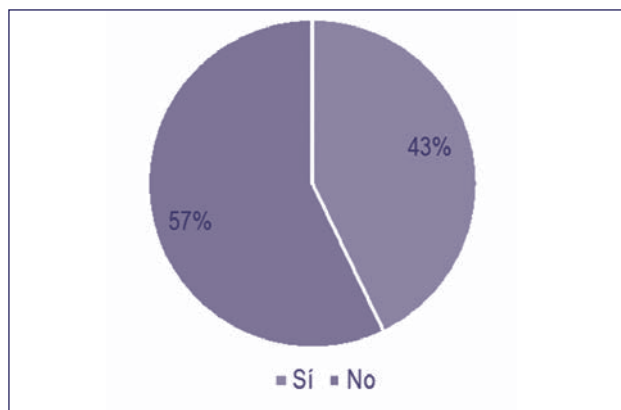


Tabla 169. Número de recursos con herramientas de gestión

	Nº Recursos	%
Sí	6	42,9%
No	8	57,1%

Al analizar si los recursos que desarrollan acciones de gestión y desarrollo en CP disponen de herramientas específicas (métodos estandarizados, software, etc.) para el desarrollo de su actividad, la mayoría (57,1%) no tiene herramienta alguna. Las acciones de gestión y desarrollo se basa en planificar, organizar y controlar todas aquellas técnicas capaces de promover un desempeño eficiente de los recursos. El uso de herramientas específicas de gestión en CP son necesarias para ayudar a tener una visión global de las acciones que se están desarrollando en CP e identificar oportunidades de mejora continua y las necesidades de cambio. Además ayudan a proveer una forma objetiva de medición de los resultados de las políticas implementadas, etc.

V.4. DESARROLLO DE ACCIONES DE INVESTIGACIÓN

Áreas Temáticas de investigación

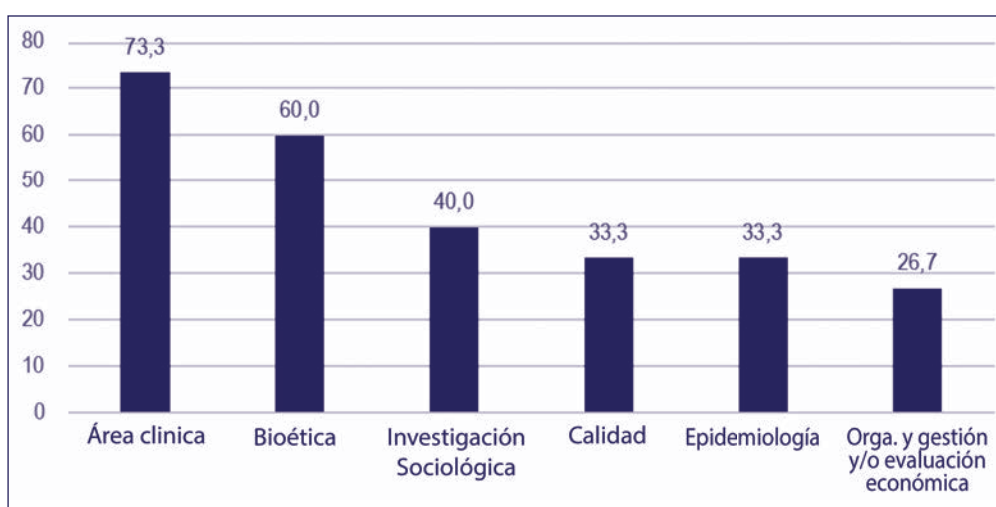
Del total de recursos que hacen investigación (15), la mayoría desarrolla investigaciones relacionadas con el área clínica (73,3%), seguidas por investigaciones en bioética (60,0%), investigación sociológica (40,0%). Son menores las investigaciones en el ámbito de la calidad (33,3%), epidemiología (33,3%) y organización y gestión y/o evaluación económica (26,7%). Atendiendo a esta última área de investigación, es importante el desarrollo de más investigaciones relacionadas con el coste-efectividad de la atención en CP frente a otros tipos de intervenciones. En el clima actual de eficiencia en el gasto sanitario es necesario evaluar y conocer qué tipo de intervenciones asistenciales en CP resultan prioritarias para maximizar el beneficio en base a los recursos económicos y materiales disponibles en el SNS³⁶.

³⁶Smith S, Brick A, O'Hara S, Normand C. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review. Palliative Medicine July 9, 2013

Tabla 170. Áreas temáticas en investigación y número de recursos

Áreas	Nº Recursos	%
Área Clínica	11	73,3%
Bioética	9	60,0%
Investigación Sociológica	6	40,0%
Calidad	5	33,3%
Epidemiología	5	33,3%
Organización y gestión y/o evaluación económica	4	26,7%

Gráfico 21. Porcentaje de recursos por áreas temáticas en investigación y número de recursos



Número y tipo de proyectos activos de investigación

A la fecha de registro (31 marzo 2016), los recursos tenían un total de 90 proyectos de investigación en activo. De los cuáles el 50,0% se corresponde con investigaciones propias, 35,6% investigaciones colaborativas y 14,4% proyectos competitivos financiados o en vías de financiación por otras entidades.

Tabla 171. Número y tipo de proyectos en activo

	Nº Proyectos en activo	%
Investigación Propia	45	50,0%
Investigación Competitiva	13	14,4%
Investigación Colaborativa	32	35,6%

Investigación propia

A pesar que uno de los objetivos de la ECP-SNS es la priorización y financiación por parte del MSSSI y las CC.AA, de líneas de investigación en CP, mediante su inclusión en las convocatorias de proyectos de investigación, actualmente la gran parte de la investigación realizada en España es propia. La falta de convocatorias en



investigación ha ocasionado que sean finalmente las organizaciones las que dediquen sus esfuerzos y costes a seguir investigando en CP.

En este sentido, ya que la investigación se hace con los propios recursos con los que cuenta la propia organización, es fundamental que se incentive, en la medida de lo posible, la publicación de resultados que sean relevantes y pongan en valor la importancia del desarrollo de los CP en términos de calidad, eficiencia y efectividad. Los resultados permitirán incentivar a las organizaciones a sacar líneas de investigación específicas en el sector de los CP.

Investigación competitiva:

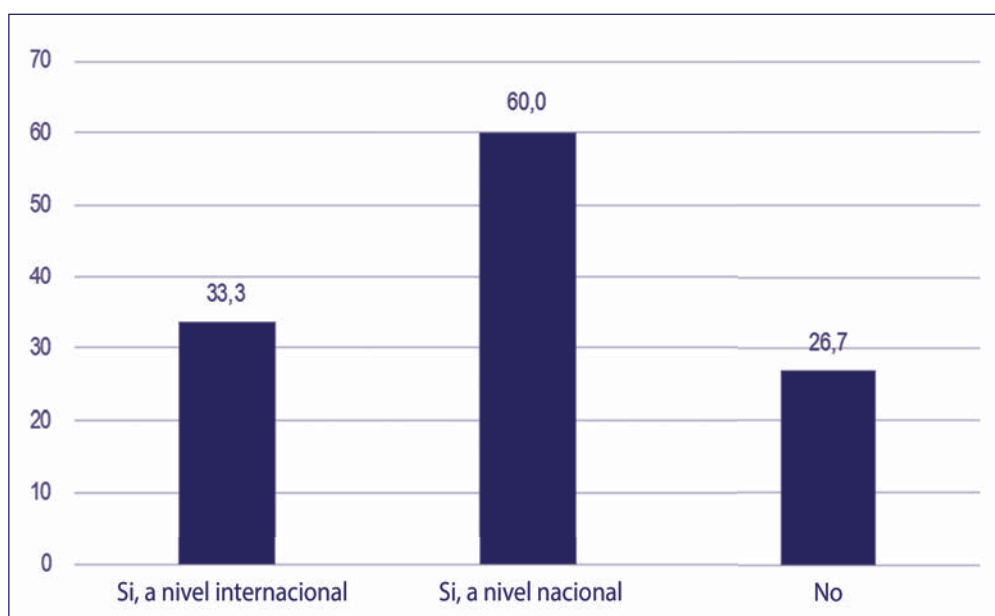
La baja proporción de proyectos competitivos puede venir reflejado por la falta de convocatorias de financiación hacia el sector de los CP, hecho que ya se venía constatando en los últimos años. En este sentido, se hace necesario que se fomenten más las líneas de investigación en CP que permitan a las organizaciones competir por el desarrollo de investigaciones en la se identifiquen evidencias valiosas para la competitividad de las organizaciones en CP y se determinen acciones a seguir, a partir de la identificación de acciones relevantes para la posterior toma de decisiones estratégicas.

Investigación colaborativa

Tabla 172. Tipo de Investigación Colaborativa

	Nº Recursos	%
Sí, a nivel Internacional	5	33,3%
Sí, a nivel nacional	9	60,0%
No	4	26,7%

Gráfico 22. Porcentaje de recursos por tipo de Investigación Colaborativa





Respecto a las investigaciones colaborativas, el 60% la realizan a nivel nacional, seguida de colaboraciones a nivel internacional (33,3%). Son pocos los recursos que no realizan ningún tipo de colaboración (26,7%). Es fundamental seguir priorizando en el desarrollo de marcos colaborativos, como una forma de elaboración e intercambio necesario para hacer progresar y optimizar el conocimiento.

La investigación colaborativa y multicéntrica también permite conocer el comportamiento de las poblaciones en otras regiones frente a diversas actuaciones de la atención en CP, a la vez que permite compartir experiencias de buenas prácticas que hacen más enriquecedor el proceso de la investigación.

Número de publicaciones científicas de los últimos 5 años

En los últimos 5 años, se han venido utilizando varios tipos de difusión de los resultados de las investigaciones desarrolladas por las 15 organizaciones identificadas en este directorio que se dedican a la investigación. Principalmente, cada vez hay un mayor número de profesionales que publican en artículos científicos y en comunicaciones científicas y orales en congresos. Es muy positivo que esta tendencia haya ido creciendo en los últimos años y que el porcentaje de recursos que publican en estos medios haya crecido del 53,3% en 2012, al 86,7% de recursos en 2015.

También, ha aumentado el número de recursos que publica artículos en prensa, que ha pasado de ser nula en 2012 a ser realizada por el 46,7% de los recursos en lo transcurrido del año 2016.

Tabla 173. Porcentaje de recursos que hacen publicaciones en investigación discriminado por el tipo de medio de difusión en los últimos 5 años

	2016 (a 31 marzo)	2015	2014	2013	2012
Artículos en Prensa	46,7%	33,3%	6,7%	-	-
Artículos Científicos	53,3%	86,7%	86,7%	66,7%	53,3%
Comunicaciones Científicas en Congresos	53,3%	66,7%	73,3%	80,0%	60,0%
Comunicaciones orales en Congresos	40,0%	66,7%	60,0%	40,0%	46,7%
OTRAS	13,3%	33,3%	40,0%	33,3%	13,3%

Gráfico 23. Porcentaje de recursos que hacen publicaciones en investigación discriminado por el tipo de medio de difusión

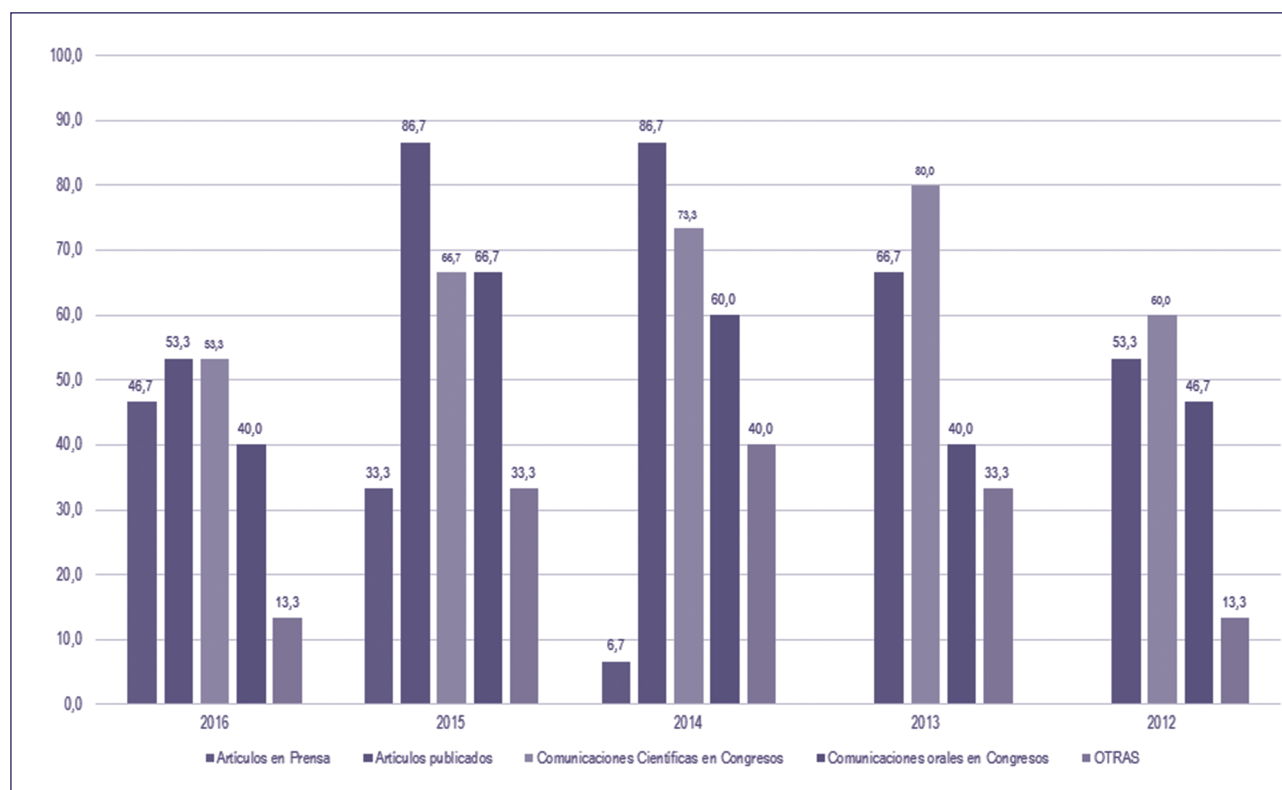


Tabla 174. Número de publicaciones por tipología

Tipo publicación	Marzo de 2016	2015	2014	2013	2012
Artículos en Prensa	>=20	>=20	>=11		
Artículos Científicos	18	>=57	>=62	>=43	>=34
Comunicaciones Científicas en Congresos	>= 48	>=65	>=102	>=72	>=65
Comunicaciones orales en Congresos	>=25	>=32	>=44	>=28	>=24
OTRAS	7	11	16	15	5
Total publicaciones	>=118	>=195	>=235	>=158	>=128

Sin embargo, el número de recursos que publican es muy poco. La publicación científica en CP de los últimos años parece estar concentrada en 8 a 13 recursos, no existiendo el desarrollo de nuevos grupos de investigación con el paso de los años.

Al considerar la tipología y el número de publicaciones, los recursos principalmente realizan comunicaciones científicas en congresos (con un promedio de 50 publicaciones por año, siendo el año 2014 el más productivo con más de 102 comunicaciones en congresos).



La publicación de artículos científicos también ha ido aumentando de ≥ 34 en 2012 a ≥ 57 en 2015. Esta tendencia es muy positiva, ya que es importante que la publicación de artículos científicos se vaya convirtiendo en una de las principales vías de difusión de las investigaciones. Este tipo de publicaciones con rigor metodológico son necesarias para dotar a los CP en España de elementos fiables para la toma de decisiones.

También, ha aumentado el número de publicaciones en prensa, que ha pasado de ser nula en 2012 a ≥ 20 publicaciones realizadas en lo transcurrido de 2016. Estas iniciativas de trasladar el conocimiento generado en las investigaciones en CP y hacerlo accesible y comprensible a la población general es positivo como mecanismo de sensibilización.

Otras formas de difusión utilizadas por los recursos son publicaciones en libros que también han crecido desde el año 2012 (que se hicieron 5, a un rango de 11 a 16 publicaciones entre 2013 y 2015).

V.5. DESARROLLO DE ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN SOCIAL, COOPERACIÓN AL DESARROLLO E IMPLICACIÓN COMUNITARIA

Actividades relacionadas con la sensibilización social, cooperación al desarrollo o implicación comunitaria

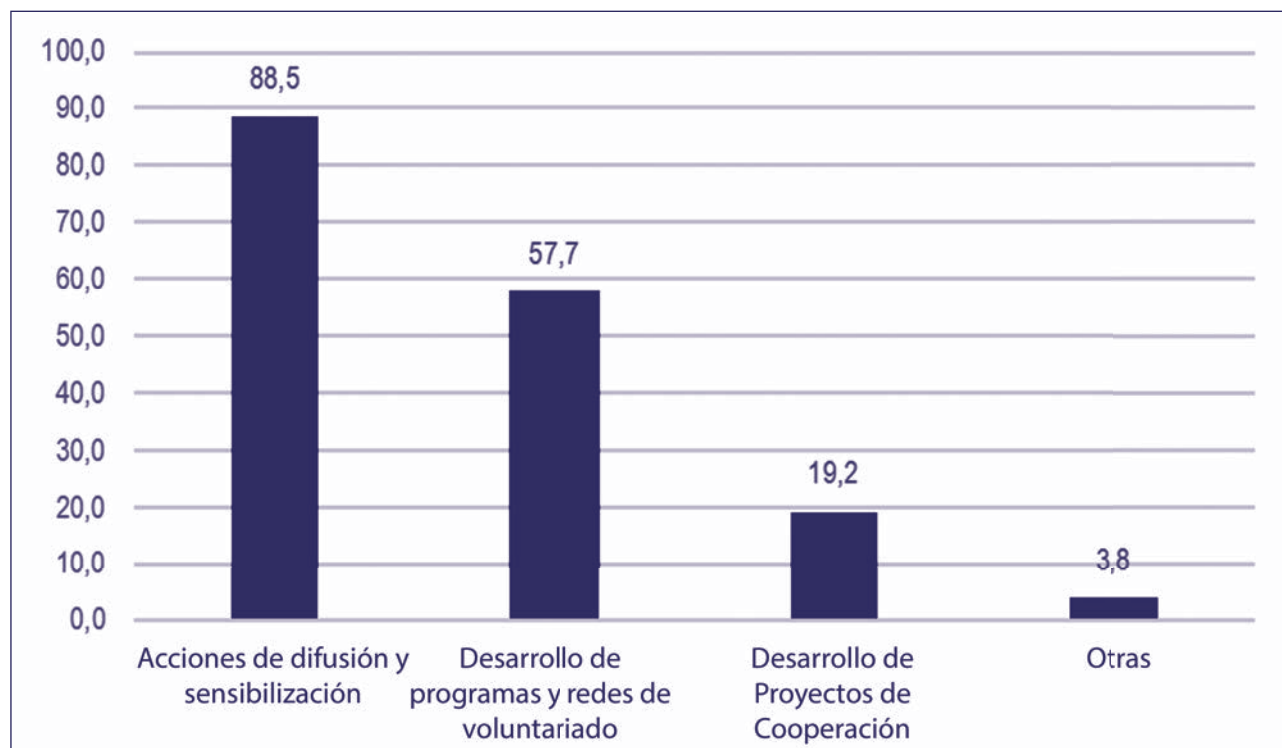
Las acciones de difusión y sensibilización social son mayoritariamente desarrolladas por los recursos (88,5%), seguidas del desarrollo de programas y redes de voluntariado (57,7%). En menor medida se desarrollan proyectos de cooperación al desarrollo (19,2%) y otras iniciativas como el desarrollo de comunidades y ciudades compasivas y la creación de páginas web específicas (3,8%).

Tabla 175. Número de recursos y actividades de sensibilización, cooperación o implicación comunitaria

	Nº Recursos	%
Acciones de difusión y sensibilización	23	88,5%
Desarrollo de programas y redes de voluntariado	15	57,7%
Desarrollo de Proyectos de cooperación	5	19,2%
Otras	1	3,8%



Gráfico 24. Porcentaje de recursos y actividades de sensibilización, cooperación o implicación comunitaria



Acciones de difusión y sensibilización social

El 60,9% de los recursos dirigen sus acciones de difusión y sensibilización social hacia la población general y hacia los profesionales sanitarios y del sector social (39,1%). Son menos los recursos que tienen como objetivo la sensibilización social a familiares/cuidadores (21,7%), pacientes (13,0%) y adolescentes y niños (4,3%).

- **Población Objetivo de las acciones de difusión y sensibilización social**

Tabla 176. Población objetivo de las acciones de difusión y sensibilización social y número de recursos

	Nº Recursos	%
Población General	14	60,9%
Profesionales Sanitarios y del sector social	9	39,1%
Familiares/cuidadores	5	21,7%
Agentes clave de la ciudad	4	17,4%
Pacientes	3	13,0%
Personas adultas	3	13,0%
Políticos y gestores	3	13,0%
Adolescentes y niños	1	4,3%

Gráfico 25. Porcentaje de recursos y población objetivo de las acciones de difusión y sensibilización social



Es muy positivo que todas las acciones de sensibilización en la población general y en los profesionales sanitarios ayuden en la adquisición de competencias actitudinales normalizadoras hacia la muerte y provean a la atención asistencial de un carácter humanizado.

El papel del cuidador/familiar es fundamental en muchos aspectos de la atención paliativa. Por tanto, es importante sensibilizar sobre la relevancia social de las personas cuidadoras, comunicando los problemas y necesidades que pueden padecer y ofreciendo estrategias para mitigar la aparición de consecuencias físicas, psicológicas y sociales relacionadas con el cuidado de personas al final de la vida.

Asimismo, son necesarias más acciones de sensibilización de la población general respecto a los cuidados paliativos en adolescentes y niños. La necesidad de atención, cuidados y abordaje relacionado con los aspectos de la muerte difieren enormemente de las personas adultas y constituyen un reto debido al gran impacto que ocasiona la muerte de un niño en la sociedad.

• Registro de las características principales de la acción de sensibilización

Gráfico 26. Existencia de ficha que recoja las características principales de la acción

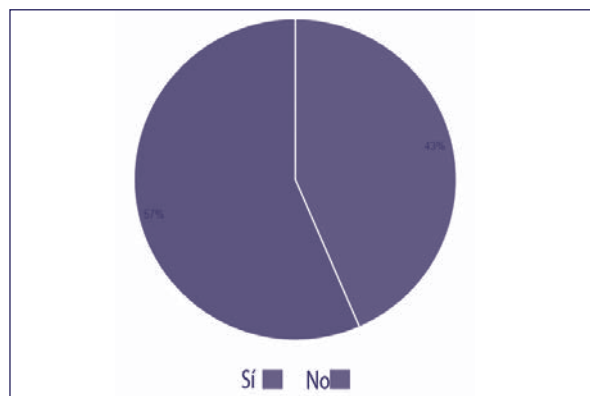


Tabla 177. Existencia de ficha que recoja las características principales de la acción

	Nº Recursos	%
Sí	10	43,5%
No	13	56,5%

El 56,5% de los recursos que desarrollan acciones de sensibilización social, cooperación al desarrollo o implicación comunitaria (23 recursos) no cuentan con una ficha que recoja las características principales de las acciones que realizan.

Desarrollo de programas y redes de voluntariado

La promoción de redes de voluntarios es desarrollada por el 86,7% de los recursos que desarrollan programas y redes de voluntariado. Las redes de voluntariado son primordiales en el trabajo de apoyo y acompañamiento a pacientes de cuidados paliativos y sus familiares. Sus acciones complementarias a la labor de los profesionales del ámbito sociosanitario son esenciales para responder a algunas necesidades específicas de compañía, afecto, diálogo, comunicación y respiro familiar. A futuro y atendiendo a la dinámica demográfica (envejecimiento y enfermedad crónica) y las variaciones de las estructuras familiares (unipersonales), es incuestionable que el papel de los voluntarios va a ser cada vez más relevante. Por lo tanto, es necesario el desarrollo de planes estratégicos para la promoción del voluntariado, la capacitación y formación continua de los voluntarios, y la organización formal de estas estructuras para promover un trabajo coordinado con otros agentes sociales implicados en cuidados paliativos.

• Acciones de promoción de voluntarios

Gráfico 27. Porcentaje de recursos que desarrollan acciones de promoción de voluntarios

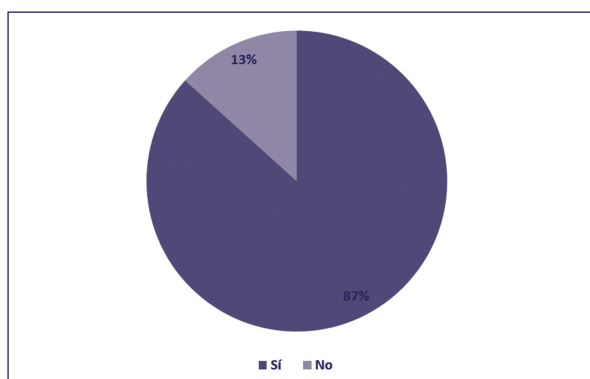


Tabla 178. Número de recursos que desarrollan acciones de promoción de voluntarios

	Nº Recursos	%
Sí	13	86,7%
No	2	13,3%
Total general	15	100%

• Gestión y número de voluntarios

Gráfico 28. Porcentaje de recursos que gestionan voluntarios

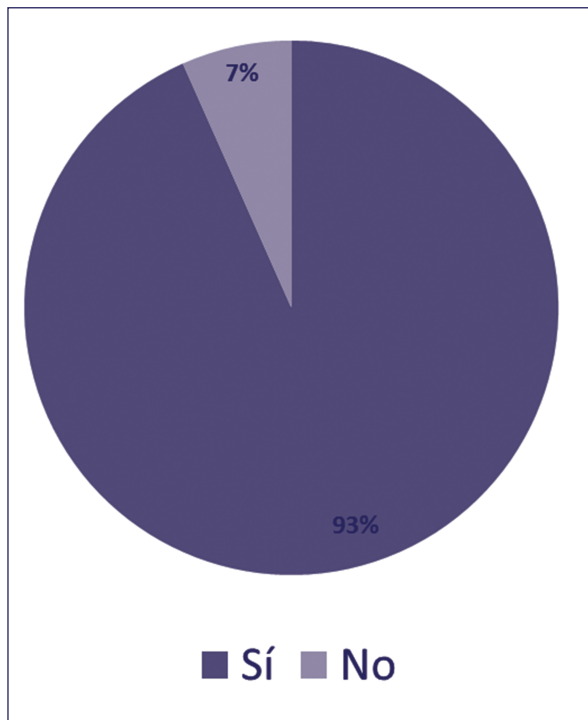


Tabla 179. Número de recursos que gestionan voluntarios

	Nº Recursos	%
Sí	14	93,3%
No	1	6,7%
Total general	15	100%

Tabla 180. Número de voluntarios gestionado por cada recurso.

Nº Voluntarios	Nº Recursos	%
1 a 25	6	42,9%
25-100	3	21,4%
> 100	4	28,6%
No sabe /no contesta	1	7,1%
Total	14	100%

El 93,3% de los recursos gestionan voluntarios, de éstos la mayoría de recursos gestiona entre 1 a 25 voluntarios (6 recursos) seguido de 4 recursos que gestionan a más de 100 voluntarios. En total los recursos que se han identificado en este directorio gestionan un total de 852 voluntarios. Atendiendo a esta cifra actualmente en España habría un ratio 0,7 voluntarios x 40.000 habitantes, cifra aún muy baja si consideramos las recomendaciones de la EAPC que hablan de un programa de voluntariado de cuidados paliativos por cada 40.000 habitantes.



Desarrollo de Proyectos de cooperación

- Definición del plan estratégico/plan de acción para la cooperación al desarrollo

Gráfico 29. Porcentaje de recursos que tienen definido un plan estratégico/plan acción

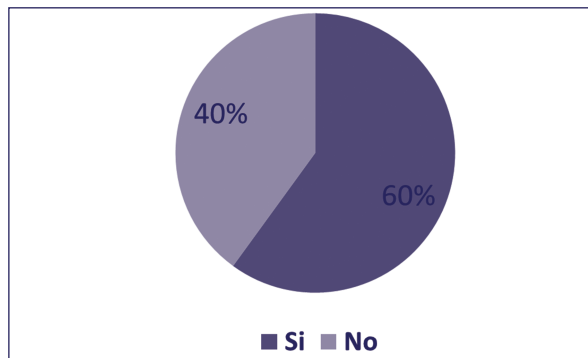


Tabla 181. Número de recursos que tienen definido un plan estratégico/plan acción

	Nº Recursos	%
Sí	3	60%
No	2	40%
Total general	5	100%

El 60% de los recursos que desarrollan proyectos de cooperación tienen definido un plan estratégico/plan de acción para la cooperación. Es esencial que el desarrollo de proyectos se definan en base a un plan estratégico que marque las directrices y las líneas de actuación necesarias para alcanzar los objetivos propuestos por el proyecto, en este caso de cooperación. Estas definiciones deberían incluir un marco temporal concreto y explícito, el cual debe ser cumplido por la organización para que la puesta en práctica del proyecto sea exitosa.

Sección VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



SECPAL

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- El Directorio SECPAL 2015 y este análisis posterior que analiza la situación de los CP en España, ha sido posible gracias a la colaboración de los profesionales de los recursos de CP. Sin embargo, el registro de la información ha sido mucho más amplio y fácil en aquellas CC.AA donde existe un coordinador de CP. Por tanto, sería recomendable la existencia de una persona responsable en cada CC.AA que diera cuenta actualizada de la información relativa a los recursos de su comunidad. La correcta identificación y localización de los recursos específicos en CP es una herramienta de accesibilidad de los CP a los pacientes, familiares y a los mismos profesionales.
- El establecimiento de una definición y descripción de tipología de recursos en base a criterios y estándares contribuye a una homogenización e identificación de los servicios. Éstos constituyen una base para poder evaluar homogéneamente en España la calidad de los servicios y de la atención prestada en CP. Así pues, sería recomendable que se establecieran como mecanismo de tipificación en la planificación y desarrollo de nuevos recursos en CP.
- Atendiendo a la tipología de este directorio, se han identificado un mayor número de recursos de tipo básico (114 recursos) (es decir, conformados por al menos 1 médico + 1 enfermera) comparado con el número de equipos completos (14 recursos) (que deberían estar compuestos por al menos 1 médico + 1 enfermera + psicólogo + 1 trabajador social). En este sentido, muchos de los recursos no pudieron ser tipificados como completos porque la dedicación y formación de los psicólogos no alcanzaba los criterios definidos. Es importante considerar que una atención integral (línea estratégica en la ECP-SNS) incluye dar respuesta tanto a las necesidades físicas, como psicológicas, sociales y espirituales. De esta manera, sería importante dar más soporte e incentivar más acciones sociales y comunitarias, como por ejemplo, las desarrolladas por los equipos EAPS (por ejemplo de La Caixa y de AECC), que en muchos casos complementan la dotación de los equipos de CP en España para proveer una atención integral.
- A pesar del avance en el número de recursos de atención pediátrica, todavía el número de recursos es muy reducido (se identificaron 9 recursos de los que fueron clasificados 3, 6 no fueron clasificados por falta de dedicación y formación de los profesionales). En consecuencia, es necesario (en línea con las recomendaciones de la Unión Europea) el desarrollo en las distintas CC.AA de modelos de organización con redes específicas donde trabajen “equipos interdisciplinarios pediátricos expertos y que sean capaces de colaborar con otras redes locales de atención primaria y hospitales”. Si bien, es un requisito previo el establecimiento de más líneas de formación avanzada específicas en atención paliativa pediátrica, este directorio solo ha registrado un Master impartido en la Universidad de la Rioja.
- Al considerar el número de profesionales, es indudable que ha habido un gran incremento en la dotación principalmente de médicos y enfermeras. No obstante, al considerar la dedicación completa de estos profesionales los números de médicos y enfermeras por habitantes disminuyen en algunas CC.AA considerablemente. Este hecho hace suponer que cada vez se están poniendo en marcha recursos específicos de CP con profesionales con la dedicación no adecuada para los niveles de complejidad que



tienen que atender, poniendo en riesgo el modelo de atención en CP para lo que inicialmente fueron creados. Es fundamental, por consiguiente que se mantenga como criterio de calidad de los recursos la dedicación de al menos 1 médico y 1 enfermera al 100%.

- Los números de psicólogos y trabajadores sociales por habitantes son muy bajos (1x 195.000 habitantes y 1x 227.000 habitantes respectivamente), y dan cuenta de la gran demanda de este tipo profesionales para poder proveer realmente una atención integral.
- Respecto a la formación de los profesionales, es indudable que existe una gran necesidad de formación avanzada en CP (principalmente en las enfermeras - el 27% tiene una formación que supera las 300 horas - y trabajadores sociales -la mitad no supera las 40 horas de formación). Este hecho es palpable, por ejemplo, por el desconocimiento de algunas escalas de evaluación de pacientes y familiares propias de CP (STAS, POS y HADS, por ejemplo usadas por el 4,6%, 10,0%, y 16,1% de los recursos con formación de >300 horas). Muchos de los problemas actuales de formación derivan de la falta de planes formativos con contenidos docentes homogéneos en pregrado y posgrado, y a la necesidad imperante de establecer planes de formación específicos y reglados en CP (este directorio ha registrado 3 Másteres con título oficial). La creación de recursos específicos de CP con profesionales sin la formación y aptitudes necesarias está poniendo en peligro el modelo de atención de calidad definido desde la ECP-SNS. Es primordial, en consecuencia, que desde los recursos se establezcan planes formativos continuos y que se mantenga como criterio de calidad de los recursos la formación de al menos más de 140 horas para médicos y enfermeras, y de al menos más de 40 horas para los psicólogos y trabajadores sociales.
- Los recursos no asistenciales identificados (36) que prestan acciones formativas deberían centrar sus esfuerzos en desarrollar o participar en un mayor número de cursos avanzados (de más de 140 horas), dándole más valor a las horas prácticas (que deberían ser obligatorias) que permitan proveer a los profesionales de mayor seguridad a la hora de llevar a cabo las acciones asistenciales.
- En relación al lugar donde se ofrecen los servicios los CP, principalmente se hace en el domicilio (63,7%) y en hospital (65,5%) (un 25,5% lo ofrece en los tres ámbitos). Si bien, la oferta de servicios en los centros sociosanitarios apenas supera el 50%. En este sentido, es importante también centrar la atención en CP en estos centros, ya que se estima que al menos un 30-40% de las de personas pasa los últimos meses de su vida hasta fallecer en centros socio-sanitarios y residencias.
- Al considerar la cobertura geográfica, la distancia y la ruralidad pueden ser determinantes para la baja dotación de recursos específicos, y por tanto, existe una mayor dificultad de proveer un nivel adecuado de CP en los sitios más alejados de las capitales y en las cabeceras de área de salud. En general, no se puede prestar una respuesta eficaz a la población que se encuentra a más de una hora de distancia del punto de referencia de un recurso. Por este motivo, es importante que el desarrollo y organización de los recursos de CP sea planificado con herramientas útiles y eficaces en la ubicación de recursos como el uso de los sistemas de información geográfica (SIG), que apoyen la toma de decisiones y permitan localizar y distribuir equitativamente los recursos.
- Los sistemas de detección de pacientes actuales no parece estar dando cuenta de todo el número de pacientes con necesidades de CP. El promedio de pacientes atendidos al año por los recursos (una media de 51.800 personas atendida al año) es mucho menor al número de personas que son susceptible de recibir CP en España (105.268 personas, según estimaciones de McNamara). En

este sentido, es necesaria una mayor coordinación y formación de los profesionales (tanto en atención primaria y especializada) para que puedan identificar y derivar correctamente los casos susceptibles de CP.

- Al tener en cuenta los criterios de calidad, es especialmente llamativo en algunos recursos, la falta de definición por escrito de criterios de alta (43,6%), criterios de complejidad (42,5%), criterios de derivación (34,8%) y mecanismos de coordinación con otros niveles y servicios asistenciales (38,8%). Sería recomendable que se definieran unos protocolos de derivación básicos, que deberían tener en cuenta los profesionales de CP para equiparar las actuaciones y proveerlas de elementos de calidad que posteriormente puedan ser valorados homogéneamente. También se deberían poner en marcha desde los recursos no asistenciales que se dedican a la gestión en CP (14) más acciones para diseñar programas y recursos de CP que cumplan con criterios de excelencia y calidad, asesorando eficazmente a los profesionales en la implantación, gestión y seguimiento de CP.
- En cuanto a la evaluación de la calidad, más de la mitad de los recursos no tienen definidos por escrito los indicadores para evaluar la cobertura, calidad asistencial, efectividad en la práctica clínica, y eficiencia del recurso. Además, el 45,4% de los recursos no tiene definido por escrito los estándares definidos por la organización y el 41,6% no tiene establecido un plan de mejora continua. Esta situación, unido a la gran heterogeneidad en los indicadores y estándares usados en cada CC.AA, pone en evidencia la inminente necesidad de desarrollar un modelo homogéneo de evaluación (con objetivos, indicadores y estándares básicos) de los recursos y de la atención de CP en España, que contribuya a un modelo de excelencia y de calidad en CP accesible y equitativo.
- Es muy positiva la existencia de estructuras de coordinación en 7 CC.AA, su labor es muy importante como facilitadoras y organizadoras de la atención en CP entre diferentes niveles asistenciales favoreciendo la comunicación entre profesionales. Son estructuras que además velan por la atención bajo un modelo homogéneo dentro de la comunidad y por tanto ayudan a garantizar una prestación igualitaria conforme a los objetivos y líneas de actuación establecidos en cada uno de los Programas/Planes de CP de cada CC.AA. En algunas CC.AA son también encargados de la evaluación y del desarrollo de líneas de investigación. Dados los beneficios de estas estructuras, sería recomendable que estén se fueran implementando paulatinamente en las demás CC.AA, como elementos favorecedores de la excelencia en los modelos de atención de CP en cada comunidad.
- La investigación en CP es imprescindible para contribuir a una mejor toma de decisiones y es considerada una línea estratégica de la ECP-SNS. Sin embargo, y a pesar de que el 45% de los recursos asistenciales realiza algo de actividad investigadora y que se identificaron 15 recursos no asistenciales que hacen investigación principalmente en el área clínica, es indudable que hay que hacer un mayor esfuerzo para promover la investigación desde el ámbito público. La falta de convocatorias en investigación ha ocasionado que sean finalmente las organizaciones privadas las que dediquen sus esfuerzos y costes a seguir investigando en CP y puede estar condicionando las líneas de investigación. Por consiguiente, es importante que se financien más líneas de investigación, por ejemplo las relacionadas con la calidad de la atención y el coste-efectividad de la atención en CP (líneas poco desarrolladas actualmente). El clima actual de eficiencia en el gasto sanitario hace necesario evaluar y conocer qué tipo de acciones en CP son prioritarias para maximizar el beneficio en base a los recursos económicos y materiales disponibles en el SNS.
- Las acciones de sensibilización social son importantes como mecanismo de implicación de otras redes sociales y comunitarias en el cuidado de los pacientes y familiares de CP. A pesar de que el 52% de los



recursos asistenciales y que 25 recursos no asistenciales participa o desarrolla acciones de voluntariado, todavía es una práctica poco extendida en el país. Por tanto, es recomendable el desarrollo de planes estratégicos para la promoción del voluntariado, que incluyan la capacitación y formación continua de los voluntarios. Y que además, provean de líneas de coordinación para promover una atención conjunta con otros agentes sanitarios y sociales implicados en CP. También, es importante incentivar el desarrollo de otro tipo de iniciativas comunitarias, como el desarrollo cada vez más frecuente de comunidades compasivas.



SÍOSÍ
punto gráfico