

SALA PADRE HURTADO: MODELO BIOPSIKOSOCIOESPIRITUAL EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

PADRE HURTADO'S ROOM: BIOPSIKOSOCIOESPIRITUAL MODEL IN THE PALLIATIVE CARE

Eduardo Muñoz Herrera*

Psicólogo, Candidato a Magíster en Psicología de la Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile
Proyecto de Tesis

Artículo recibido el 3 de marzo, 2006. Aceptado en versión corregida el 10 de julio, 2006

RESUMEN

Este artículo tiene por objetivo mostrar la evaluación, implementación y emergencia de un modelo Biopsicosocioespiritual en cuidados paliativos del Equipo Interdisciplinario del área de salud del Hogar de Cristo, que presta sus servicios en la Sala Padre Hurtado.

El proyecto de intervención, objeto de la evaluación, tiene por objetivo sistematizar los cuidados paliativos que ofrece el equipo interdisciplinario al paciente paliativo y terminal que ingresa a la Sala Padre Hurtado del Hogar de Cristo, así como a sus redes cuando estas existen. La sistematización contempla también el diseño, implementación y puesta en marcha de estrategias para el autocuidado del equipo. El propósito y fin último de la sistematización consiste en conseguir la mejor calidad de vida y de muerte del paciente, la mejor calidad de vida de sus redes durante el proceso de duelo, así como la mejor calidad de vida laboral para el equipo. A partir de la definición de Cuidados Paliativos dada por (Organización Mundial de la Salud [OMS], s.f.) los cuidados ofrecidos hacia el fin del proceso tendrían como características principales la integralidad, la sincronización y la continuidad y serían la expresión concreta del modelo de calidad implementado.

El proceso de intervención utiliza el enfoque Marco Lógico como herramienta metodológica y el caso se reporta de acuerdo al enfoque Analítico-Racionalista de evaluación de producto. El enfoque Marco Lógico, como ciclo del proyecto, contempla las etapas identificación, diseño, ejecución y evaluación, imbricadas dinámicamente para materializar la sistematización. La evaluación contempla el cumplimiento de objetivos o productos específicos y la evaluación de la calidad estructural y funcional del modelo Biopsicosocioespiritual puesto en marcha. Las expresiones concretas del Modelo serán la ficha biopsicosocioespiritual, los protocolos de ingreso, cuidados, agonía-muerte y duelo-burnout, así como la implementación de la reunión clínica semanal, del comité de ética y del grupo de autoayuda.

*Se han definido los núcleos coordinación, medicina, enfermería, voluntariado, asistencia social, espiritualidad y psicología como las unidades básicas que forman y articulan al equipo interdisciplinario. **Palabras clave:** Cuidados paliativos, Atención paliativa, Cuidado terminal, Enfermo terminal, Grupo de atención al paciente.*

ABSTRACT

This article of the research is to evaluate the implementation and emergence of a Biopsychosociospiritual model in the palliative care, with an Interdisciplinary Team which collaborates at the Padre Hurtado Room of the "Hogar de Cristo".

The objective of the intervention project, which is the subject of this evaluation, is to systematize the palliative care which the interdisciplinary team offers to the palliative and terminal patient who is admitted to the Padre Hurtado Room of the "Hogar de Cristo", as well as their support network when it exists. The systematization also contemplates the design, implementing and initiation of the team's self-care strategies. The systematization's end purpose consists of obtaining the best quality of life and death for the patient, the best quality of life for their support network during the mourning process, as well as the best quality of life for the team. According to the WHO, Palliative Care is the care offered towards the end of the process and has as its main characteristics, integration, synchronization and continuity and should be the concrete expression of the implemented model of the quality.

The intervention process uses the Logical Framework approach as a methodological tool and the case is reported according to the Rationalistic-analytical product evaluation approach. The Logical Framework approach, as a project cycle, contemplates the identification, design, execution and evaluation dynamically applied in order for the systematization to materialize. The evaluation contemplates the fulfillment of the objectives or specific products and the evaluation of the structural and functional design of the Biopsychosociospiritual model.

*The Model's concrete expressions will be the Biopsychosociospiritual chart, admission protocols, death-agony care and mourning-burnout, as well as the implementing of a weekly meeting of an ethic's committee and self-help group. The following nuclei have been defined as basic units which are a part of and form the interdisciplinary group: coordination, medicine, nursing, volunteer, social work, spiritual and psychology. **Key words:** Systematization, Terminal patient, Palliative care, Interdisciplinary team.*

* Correspondencia e-mail: emunozh@puc.cl

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas estamos asistiendo a una incidencia cada vez mayor de enfermedades crónicas degenerativas, debido en gran medida al envejecimiento progresivo de la población mundial. En el año 2005, según estimaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2005), de las 58 millones de muertes anuales calculadas por todo tipo de causas, 38 millones fueron causadas por enfermedades crónicas. Enfermedades como el SIDA, cáncer, demencias, enfermedades neurológicas y osteomusculares degenerativas y las enfermedades crónicas pulmonares, cardíacas, renales y hepáticas en fase terminal, han irrumpido en nuestra sociedad demandando una respuesta sanitaria paliativa, que aún no está organizada del todo y que sin duda es el gran desafío para las autoridades de salud mundial, regional y local (European Association of Palliative Care [EAPC], 1993; WHO, 2005).

En su reporte técnico de 1990, la OMS (OMS, 1990), definió a los Cuidados Paliativos como el cuidado activo y total a cargo de un equipo multiprofesional (Rihuete & Santos, 2005; Gómez, 1994; Saunders, 1990), cuando la expectativa ya no es la curación. El Cuidado Paliativo enfatiza el alivio del dolor y de otros síntomas estresantes (Gómez-Sancho, 1992); integra en la atención los cuidados físicos, psicológicos y espirituales. Agrega que la meta o propósito de los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias. El cuidado paliativo debería ofrecer un sistema de apoyo que ayude al paciente a vivir tan activamente como sea posible hasta su muerte y un sistema de apoyo que ayude a la familia durante la atención de la enfermedad del paciente, en su muerte y en el proceso de duelo (Novellas & Bleda, 2005). También la noción de cuidado se extiende y es válida para el equipo multi e interdisciplinario como estrategias de autocuidado en la prevención del burnout (Casado, Muñoz, Ortega & Castellanos, 2005).

Los cambios epidemiológicos mencionados y la respuesta sociosanitaria en curso,

tienen significativos efectos sobre las políticas sanitarias de los Estados, en el modelo biomédico curativo tradicional (Pino, 2001) y también sobre las organizaciones que ejercen el cuidado paliativo moderno (Gómez-Batiste, 2005).

El primer efecto ha consistido en un rápido desarrollo de los cuidados paliativos en Europa, Norteamérica y América Latina, caracterizado por su progresiva incorporación a los sistemas de Salud. Chile ha implementado desde 1995, el Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos, ingresado a GES en 2003, con un total con 41 Centros o Unidades de Cuidados Paliativos, 28 para adultos y 13 para niños, a lo largo del territorio nacional. El Programa proporciona el conjunto de cuidados y tratamientos durante el proceso de atención (ingreso, evaluación, educación, tratamiento, control y seguimiento) a las personas de cualquier edad y de ambos sexos, derivadas por el especialista del nivel de atención secundaria o terciaria por diagnóstico de cáncer en etapa terminal.

El segundo efecto, en atención a la esencia de los cuidados paliativos, impacta la filosofía curativa del modelo biomédico (Pino, 2004; Fox, 1997) abriendo un espacio protagónico al trabajo multi e interdisciplinario propio de la filosofía paliativa (Saunders, 1990). Las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de los cuidados hacia el fin de la vida, exigen la emergencia de modelos complejos capaces de aliviar el amplio espectro de síntomas biopsicosocio-espirituales del sufrimiento humano: el final de la vida impone al profesional de la salud este desafío (Martínez, 2005).

El tercer efecto consiste en la progresiva incorporación de profesionales a las organizaciones voluntarias que dieron origen a los cuidados paliativos modernos. Como es sabido, el origen de los cuidados paliativos modernos se encuentra en organizaciones caritativas y humanitarias de carácter confesional-religioso, fundando su identidad en el St. Christopher's Hospice, en 1967, fruto de la visión innovadora y la capacidad organi-

zativa de Cicely Saunders, considerada actualmente como la fundadora de los Cuidados Paliativos en el mundo (Gómez-Batiste, 2005). Las actuales unidades de dolor y cuidados paliativos, públicos y privados, tienen su origen precisamente en el movimiento Hospice (Porta Sales & Albo Poqui, 1998). El ingreso de profesionales a estas organizaciones supone un cambio cualitativo central. La llegada del profesional incorpora un elemento de complejidad a la organización, pues su espacio de funcionamiento se ubica entre la misión y la acción y el rol que se le prescribe es desarrollar y monitorear el desarrollo de acciones concretas que mejoren la calidad de los cuidados paliativos. Ingresa con algunos aspectos de congruencia con los valores de la organización, aquellos que lo llevan precisamente a querer formar parte de ella, pero además lleva consigo aspectos técnicos que han sido fruto de su formación profesional y que estructuran una mirada particular sobre las problemáticas que la organización aborda. Es un profesional preparado para argumentar, estructurar, evaluar y diseñar desde la técnica y la teoría y no desde los valores (Haz, 2005). Este efecto profesionalizante ha dado origen a organizaciones complejas, fundamentos del cuidado paliativo moderno.

La fundación Hogar de Cristo, con seguridad la organización voluntaria más grande del país, cumple también funciones paliativas en su área de salud, particularmente en la sala Padre Hurtado, donde un equipo multiprofesional atiende a pacientes paliativos y terminales. La experiencia paliativista de este equipo multidisciplinar encarna desde su propia identidad, los tres efectos mencionados. Por una parte no pertenece a la red sanitaria ministerial pero cubre precisamente problemas de salud pública que muchas veces no pueden ser asumidos por el sistema. El área de salud del Hogar, de manera implícita –debido a su origen y carácter voluntario– opera en la práctica sobre problemas sociosanitarios de interés común y nacional.

El efecto de la interdisciplinariedad requerida y el tránsito desde el modelo biomédico a modelos más complejos, flexibles y horizontales se revela en un equipo altamente motivado por la misión de acoger dignamente y con amor a los más pobres entre los pobres y poseedor de gran experticia y conocimiento acumulado. La motivación, el conocimiento y la experiencia, le mueven precisamente a la capacitación permanente y hacia el diálogo y práctica biopsicosocioespiritual cotidiana, fundando este propósito en sólidos principios y valores cristianos.

El equipo multidisciplinario de la Sala Padre Hurtado se encuentra conformado por enfermeras, paramédicos, médicos, asistentes sociales, religiosos, personal de servicio y voluntarios. Personas de diversa procedencia (profesional, técnica, confesional y voluntaria) dan origen a un equipo multifacético y de gran potencial interdisciplinario para optimizar su respuesta en cuidados paliativos.

La sala Padre Hurtado recibe a pacientes crónicos dependientes no psiquiátricos, pacientes oncológicos terminales o de mal pronóstico y a otros pacientes con otras patologías crónicas en fase terminal (SIDA, TBC). La sala cuenta con 18 camas e instalaciones adecuadas para atender el Dolor y los Cuidados Paliativos. Asume el cuidado paliativo del hombre de calle, carente de redes y en extrema pobreza, así como pacientes con débiles redes sociofamiliares de apoyo y en condición de indigencia.

La demanda explícita del equipo y fundamento de este proyecto de intervención, ha sido mejorar su capacidad de respuesta, con el propósito de conseguir la mejor calidad de vida para el paciente, sus redes y el equipo, así como procurar al enfermo la mejor calidad de muerte. La conjunción de los tres efectos analizados se materializa en problemas comunicacionales, terapéuticos y bioéticos que el equipo reporta como focos necesarios de resolución.

Se ha determinado como problema central que los cuidados paliativos aún se encuentran fragmentados, incompletos y discontinuos, detectando como probables causas

principales el operar aun desde el modelo biomédico convencional, el que generaría un desempeño multiprofesional y no interdisciplinario y por otra parte la escasa profesionalización, asociada al origen voluntario de acto paliativo, el que generaría vacíos en el conocimiento y manejo especializado del dolor y los cuidados paliativos. Estas dos raíces problemáticas, concordantes con el contexto global mencionado, se materializan en los siguientes problemas comunicacionales, terapéuticos y bioéticos.

Destacan como problemas en el campo comunicacional, la existencia de fichas múltiples y el funcionamiento informal de la reunión clínica. En el campo terapéutico se reconoce como problemática la inexistencia de protocolos que guíen especializadamente el ingreso, la atención y el cuidado de los

últimos días. También la inexistencia de un grupo de autoayuda para paliar los efectos del duelo y el *burnout*. Finalmente en el campo bioético se detecta como problemática la inexistencia del comité de ética para discernir y decidir ante situaciones complejas y frecuentes en cuidados paliativos.

El conjunto de las situaciones problemáticas tendría como efecto central una evaluación y manejo sintomático parcial y desincronizado del paciente y como efectos paralelos mayor riesgo de *burnout* y mayor riesgo de duelo patológico en las redes del paciente, cuando estas existen. La sumatoria de los efectos significaría un decremento en la calidad de vida del paciente, sus redes y del equipo así como un decremento de la calidad de muerte del enfermo (Figura 1).

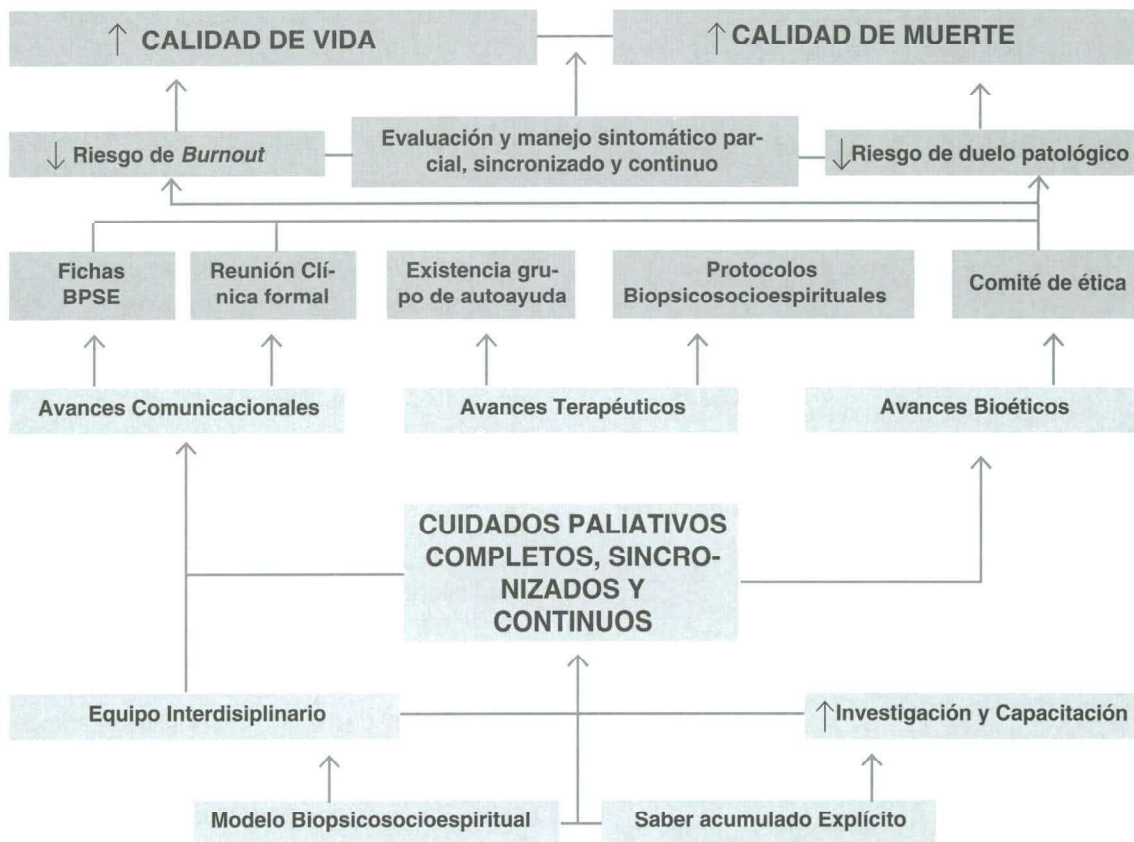
Fig. 1 Árbol de Problemas



Con el propósito entonces de conseguir la mejor calidad de vida para el paciente, sus redes y para el equipo y conseguir la mejor calidad de muerte para el enfermo, es que el proyecto de intervención tiene por objetivo general sistematizar los cuidados paliativos en la sala Padre Hurtado del Hogar de Cristo para optimizar significativamente la capacidad de respuesta del equipo interdisciplinario. El equipo está conformado por la enfermera coordinadora y dos secretarías, dos médicos, un kinesiólogo, dos enfermeras, seis auxiliares de enfermería, cinco voluntarias, un auxiliar de servicio, 2 asistentes sociales y 3 religiosos.

Como objetivos específicos o productos terminales del proceso, se espera la creación de la ficha biopsicosocioespiritual, el funcionamiento regular de la reunión clínica y del comité de ética y la producción de protocolos de ingreso, cuidados, agonía-muerte y duelo-*burnout*, así como la constitución del grupo de autoayuda para el equipo y familiares. Todos estos productos tendrán como horizonte la emergencia del Modelo Biopsicosocioespiritual propio y característico del equipo interdisciplinario de la Sala Padre Hurtado del Hogar de Cristo, modelo que será evaluado en función de estos objetivos específicos (Figura 2).

Fig. 2 Árbol de Objetivos



OBJETIVO GENERAL

Sistematizar los Cuidados Paliativos en la Sala Padre Hurtado del Hogar de Cristo

Objetivos específicos

- Implementar el funcionamiento regular de la Reunión Clínica Interdisciplinaria.
- Implementar el funcionamiento regular del Comité de Ética.
- Implementar el funcionamiento regular del Grupo de Autoayuda.
- Implementar la ficha Biopsicosocioespiritual de la Sala Padre Hurtado del Hogar de Cristo.
- Implementar el Protocolo de Ingreso para pacientes a la Sala Padre Hurtado del Hogar de Cristo.
- Implementar el Protocolo de Cuidados Paliativos Biopsicosocioespirituales de la Sala Padre Hurtado del Hogar de Cristo.
- Implementar el Protocolo Agonía-Muerte para la atención de los últimos días

OBJETIVOS DE EVALUACIÓN

Objetivo general

Evaluar la emergencia del modelo Biopsicosocioespiritual de Cuidados Paliativos en la Sala Padre Hurtado del Hogar de Cristo

Objetivos específicos de productos

- Evaluar el funcionamiento regular de la Reunión Clínica Interdisciplinaria
- Evaluar el funcionamiento regular del Comité de Ética.
- Evaluar el funcionamiento regular del Grupo de Autoayuda.
- Evaluar el funcionamiento de la ficha Biopsicosocioespiritual de la Sala Padre Hurtado del Hogar de Cristo.
- Evaluar el funcionamiento del Protocolo de Ingreso para pacientes a la Sala Padre Hurtado del Hogar de Cristo.
- Evaluar el funcionamiento del Protocolo de Cuidados Paliativos Biopsicosocioespirituales de la Sala Padre Hurtado del Hogar de Cristo.
- Evaluar el funcionamiento del Protocolo Agonía-Muerte para la atención de los últimos días.

Objetivos específicos del modelo

- Evaluar la calidad estructural del modelo Biopsicosocioespiritual
- Evaluar calidad funcional del modelo Biopsicosocioespiritual

METODOLOGÍA

Sujetos

El equipo multidisciplinario pertenece a la fundación Hogar de Cristo, fundada por San Alberto Hurtado en 1944, la cual tiene por misión acoger dignamente y con amor a los más pobres entre los pobres y en especial a lactantes, preescolares, niños, jóvenes en riesgo social, adultos, adultos mayores, discapacitados físicos y enfermos terminales. La red se encuentra distribuida a lo largo de Chile en 47 nodos (Hogar de Cristo, 2006).

El contexto inmediato de su desempeño lo constituye el área de salud del Hogar de Cristo; cuenta en Santiago con 2 policlínicos de atención primaria, 2 salas de enfermos en tránsito, 1 sala de enfermos terminales, 1 casa de reposo para enfermos y 3 unidades móviles. Su misión es atender en forma integral las necesidades de salud mediante acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de los beneficiarios del Hogar de Cristo que se encuentren en exclusión social.

Las salas de enfermos tienen por cometido entregar atención de salud integral a personas adultas sin vínculos sociales capaces de hacerse cargo del cuidado en salud que estas personas requieren. Las salas atienden a pacientes con cuadros agudos estabilizados, pacientes de baja y mediana complejidad, pacientes paliativos con patologías crónicas descompensadas y pacientes terminales. Son derivados desde la red sanitaria nacional (Fondo Nacional de Salud, Chile, Ministerio de Salud [FONASA]) y desde otros programas del Hogar. Dan continuidad a la atención de salud entregada por establecimientos públicos de salud favoreciendo la recuperación e inserción social y entregan atención en salud que la red pública de salud no sea capaz de solucionar.

El equipo multiprofesional que atiende en la sala Padre Hurtado desarrolla su acción por medio de atención médica, de enfermería, social, voluntaria, de servicio y religiosa en forma continuada y permanente, de acuerdo a las necesidades de cada paciente. Pueden acceder a esta sala personas mayores de 16 años, hombres y mujeres, de indigencia comprobada y tener una enfermedad con pronóstico vital breve.

El núcleo coordinación se encuentra formado por la enfermera coordinadora y dos secretarías. La coordinación tiene por misión velar por el cumplimiento del objetivo del área de salud y sus programas. Sus funciones principales consisten en planificar, coordinar, ejecutar, controlar y supervisar el área de salud del Hogar de Cristo, desde la perspectiva de la fundación. Es además responsable del trabajo y de las actividades que se llevan a cabo en cada una de las unidades del área.

El núcleo voluntariado está conformado por alrededor de ochenta voluntarias, las que trabajan en las Salas de enfermos, y cinco lo hacen activamente en la Sala Padre Hurtado. Su misión la definen como ayuda emocional y espiritual a los asistidos a través de conversaciones y escucha activa de sus necesidades e inquietudes. En el aspecto biológico colaboran activamente con el personal de las Salas. En el aspecto social colaboran con las redes del asistido (familia, amigos) y mantienen vínculos estrechos con asistencia social.

El núcleo espiritualidad está formado por dos sacerdotes y dos religiosas, visitan diariamente las salas Santa Gemita, San José y Padre Hurtado. Definen su misión como velar por la calidad de vida del asistido, promover

más acercamiento a Dios, escuchar, orar, entregar esperanza y alegría.

El núcleo medicina y enfermería se encuentra conformado por el médico director del área salud del Hogar de Cristo, la enfermera jefe de la sala de enfermos, un kinesiólogo y la enfermera jefe de policlínico. Su objetivo consiste en conseguir una buena calidad de vida, entregando atención médica cerrada a los pacientes que ingresan. Apoyan esta labor el equipo paramédico formado por seis auxiliares de enfermería con turnos de día 2 + 3 (rotativos), de noche 4 (rotativos) y 60 horas semanales. En promedio trabajan en la Sala Padre Hurtado hace 7 años. Especifican como misión el alivio del dolor, la tranquilidad y el descanso. También existe una auxiliar de servicio que define su misión en ayudar a mantener un ambiente limpio y acogedor para todas las personas que asisten a las salas de enfermos, con el propósito de crear un ambiente hogareño.

Finalmente, el Núcleo Asistencia Social se encuentra conformado por una asistente social y una técnico social y definen su misión en brindar una buena atención psicosocial a todos los usuarios derivados de los diferentes programas del Hogar de Cristo y de la Comunidad, como también a su red familiar correspondiente.

Enfoque e instrumentos

El proyecto intervención-evaluación "Sistematización de los Cuidados Paliativos en el Hogar de Cristo" utiliza el enfoque Marco Lógico para dirigir la intervención y la metodología Investigación Evaluativa para dar cuenta de los resultados (Tabla 1).

TABLA 1. CRONOGRAMA RESUMEN

| | Oct 5 - Feb 6 | Mar 6 - Jun 6 | Jul 6 - Ago 6 | Sept 6 - Oct 6 | Nov 6 - Dic 6 |
|------------------------------|---------------|---------------|---------------|----------------|---------------|
| Identificación y Diagnóstico | X | | | | |
| Planificación | | X | | | |
| Ejecución piloto | | | X | | |
| Evaluación | | | | X | |
| Redacción Informe | | | | | X |

Intervención

Marco lógico. Se utiliza el enfoque Marco Lógico (EML), (Gasper, 1999; Norad, 1997) para conceptualizar, diseñar, ejecutar y evaluar la Sistematización de los Cuidados Paliativos en la Sala Padre Hurtado del Hogar de Cristo. Es una herramienta diseñada para gestión de proyectos de desarrollo, con amplia difusión y aplicación en todo el mundo (Cracknell, 1989). La justificación de su utilización en esta intervención evaluativa, descansa en la posibilidad de instalar una pauta para diseñar, ejecutar y evaluar ciclos de proyectos que redunden en un crecimiento institucional de la Fundación. El enfoque aplicado a la intervención considera 4 etapas:

I. Identificación. El primer paso para su implementación ha sido la detección de necesidades y problemas del equipo multidisciplinario; para ello se ha puesto en movimiento desde octubre de 2005 el enfoque Marco Lógico, que en su primera etapa identifica problemas y necesidades, así como elabora los objetivos del proyecto de intervención. En esta etapa se considera:

- 1.1. Análisis de Interesados
- 1.2. Análisis de Problemas
- 1.3. Análisis de Objetivos
- 1.4. Análisis de Alternativas

II. Diseño del proyecto. La etapa de diseño es la consecuencia lógica de los análisis efectuados en la fase anterior. Consiste en formalizar y organizar comisiones de los distintos núcleos para dar estructura a la reunión clínica, al grupo de autoayuda, al comité de ética, a la ficha Biopsicosocioespiritual y a los protocolos de atención. Todo el esfuerzo estará orientado a la fase de ejecución piloto.

- 2.1. Planificación y formulación
- 2.2. Matriz de Marco Lógico
 - 2.2.1. Propósito y Objetivos
 - 2.2.2. Indicadores
 - 2.2.3. Medios de Verificación
 - 2.2.4. Supuestos

III. Ejecución. La etapa de ejecución piloto prevista para los meses de julio y agosto es el momento de aplicación de los resultados del diseño (y por consiguiente de la identificación) a la acción práctica de funcionar

interdisciplinariamente con los distintos componentes del Modelo. La etapa considera:

1. Plan de Ejecución
2. Ejecución Piloto
3. Plan de Evaluación y Monitoreo

IV. Evaluación. La cuarta y última etapa central del ciclo de gestión es la evaluación de la ejecución piloto. Esta fase tiene por objetivo realizar las correcciones y ajustes que la fase anterior debe como necesarias de ser realizadas y se conceptualiza como el material básico para el estudio evaluativo de la emergencia estructural y funcional del modelo Biopsicosocioespiritual.

Investigación evaluativa

Enfoque analítico-racionalista de evaluación de producto

El enfoque analítico racionalista de evaluación de producto evalúa la congruencia entre los objetivos de la intervención y los resultados obtenidos después de esta. Los enfoques analíticos se caracterizan asimismo, por abordar con mayor o menor desagregación los componentes estructurales del programa, los cuales a su vez están conformados por características con las cuales es posible determinar relaciones específicas entre ellos (Briones, 1991). De esta manera se distinguen dos líneas evaluativas, la primera enfocada a evaluar los resultados de cada uno de los componentes durante la fase de ejecución piloto de acuerdo a la Matriz de Marco Lógico y la segunda, enfocada a determinar la calidad estructural y funcional del modelo Biopsicosocioespiritual, de acuerdo a criterios e indicadores de calidad internacionales. Para ello se utiliza una guía evaluativa que mide antes y después de la ejecución piloto la calidad estructural y funcional del modelo propuesto. El Grupo de Calidad de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos elaboró mediante una metodología de consenso una Guía de Criterios de Calidad en Cuidados Paliativos orientada a mejorar la calidad de vida y de muerte del paciente así como la calidad de vida de sus redes y del equipo. Posteriormente se redactaron los indicadores para medir calidad

o estándares alcanzados en los distintos criterios (Sociedad Española de Cuidados Paliativos [SECPAL] 2002, 2003).

1. Evaluación de la congruencia objetivo-producto.

La evaluación de la congruencia entre objetivos planteados y resultados obtenidos contrasta la Matriz de Marco Lógico (Propósito y Objetivos, Indicadores, Medios de Verificación y Supuestos) con los resultados de cada uno de los componentes o productos del proceso de sistematización, esto es reunión clínica, comité de ética, grupo de autoayuda, protocolo de ingreso, protocolo de cuidados, protocolo agonía-muerte y ficha Biopsicosocioespiritual.

2. Evaluación de la calidad estructural y funcional del modelo Biopsicosocioespiritual.

La Evaluación de calidad estructural y funcional del modelo Biopsicosocioespiritual inspirada en los criterios de integralidad, sincronicidad y continuidad de la definición de Cuidados Paliativos dados por OMS (OMS, 1990), utiliza la Guía de Criterios de Calidad en Cuidados Paliativos a través de su operacionalización en indicadores de Calidad. Consigna estándares mínimos, los cuales progresarían a medida que los equipos consolidan la interdisciplinariedad. Se aplica antes y después de la ejecución piloto.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todo el equipo del Área de Salud del Hogar de Cristo por su entusiasmo y apertura para sistematizar los Cuidados Paliativos en la Sala Padre Hurtado. Sin duda tengo el honor de acompañar el desarrollo de una potente fuerza interdisciplinaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Briones, G. (1991). Evaluación de Programas Sociales. Editorial Trillas. México.
- Casado M., Muñoz D., Ortega G., Castellanos A. (2005). Burnout en profesionales de los servicios paliativos, intensivos y urgencias de un gran hospital. *Med Clin (Barc)*. Apr 16; 124(14): 554-5.
- Cracknell, Basil (1989). Evaluating the effectiveness of the Logical Framework system in practice. En *Project Appraisal*, volumen 4, número 3, septiembre, pp.163-167.
- European Association for Palliative Care (EAPC) (1993). Report and Recommendations of Workshop on Palliative Medicine Education and Training for Doctors in Europe. Brussels. March 20th-21st.
- Fox E. (1997) Predominance of the Curative Model of Medical Care, a residual problem. *JAMA*, 278 (9): 761-763.
- Gasper, D. (1999). El Enfoque del Marco Lógico más allá de los proyectos. El seguimiento y la evaluación de la ayuda humanitaria en emergencias complejas. En *Revista Española de Desarrollo y Cooperación*, número 4, primavera-verano, páginas 51-82.
- Gómez X. et al. (1994). Planificación e implementación de servicios de Cuidados Paliativos. *Revista Medicina Paliativa* (1):15-25.
- Gómez-Batiste, X. (2005). Organización de servicios y programas de cuidados paliativos. Ediciones ARÁN, España.
- Gómez-Sancho, M. et al. (1992). Control de Síntomas en el Enfermo de Cáncer Terminal. Ed. ASTA Médica. España.
- Hogar de Cristo (2006). Misión. Extraído en junio de 2006 desde <http://www.hogardecristo.com/institucion/mision.htm>
- Haz, Ana María (2005, octubre). Profesionalización del tercer sector. Trabajo presentado en el Coloquio en la Escuela de Psicología de la Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Martínez, J.A. (2005). Ética en Cuidados Paliativos. *Revista Medicina Paliativa*, Vol. 12, Nº 1
- Ministerio de Salud de Chile. (2003). Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos.
- Norad, J. (1997). El enfoque del marco lógico: Manual para la planificación de proyectos orientada mediante objetivos. Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación. Universidad Complutense-Fundación Centro Español de Estudios de América Latina, Madrid.
- Novellas, A; Bleda, M.(2005). Grupos de apoyo al proceso de Duelo: 5 años de evolución. *Revista Medicina Paliativa*, Vol. 12, Nº 1
- Pino, M. (2001). ¿Hacia un nuevo modelo médico? (o de las dimensiones de lo humano en los nuevos paradigmas médicos). *Revista DIKAIOSYNE*. Grupo Investigador LOGOS: Filosofía, derecho y Sociedad.

- Centro de Investigaciones Jurídicas. Universidad de los Andes. Mérida-Venezuela. N° 7. p. 65-102.
- Porta Sales J., Albo Poqui A.(1998). Cuidados Paliativos: Historia Reciente. *Revista Medicina Paliativa* (5); 177-185.
- Rihuete Galve, I; Santos Prieto, L. (2005). Atención integral al paciente oncológico y su familia desde una intervención multidisciplinar. *Revista Medicina Paliativa*, Vol. 12, N° 1
- Saunders, C. (1990). *Hospice and palliative care. An interdisciplinary approach*. London: E. Arnold.
- SECPAL (2002). *Guía de Criterios de Calidad en Cuidados Paliativos*. Sociedad Española de Cuidados Paliativos Extraído en mayo 2006 desde http://www.secpal.com/b_archivos/files/archivo_30.doc
- SECPAL (2003). *Indicadores de Calidad en Cuidados Paliativos*. Sociedad Española de Cuidados Paliativos, extraído en mayo 2006 desde http://www.secpal.com/b_archivos/files/archivo_94.doc
- WHO (1990). *Cancer pain relief and palliative care (Who Ser Tech Rep 804)*. World Health Organization, Génova.
- WHO (2005). *Prevención de enfermedades crónicas: una inversión vital*, Organización Mundial de la Salud, extraído en abril 2006 desde http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/