

**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO**

**PROPUESTA DE DISEÑO DE SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN  
UNIDADES HOSPITALARIAS**

**Proyecto de Titulación para obtener el título de Especialista en Medicina  
preventiva**

**LUIS MIGUEL HERNÁNDEZ FLORES**

**GENERACIÓN 2015-2018**

**Directora**

**Mtra. Antonia Indahita Rodríguez Martínez**

**Asesores**

**Mtra. Janet Real Ramírez**

**Dr. Bernardo Villa Cornejo**

**Tlalpan, CDMX.**

**Febrero 2018**

## Resumen

**Introducción:** La planeación de un servicio de cuidados paliativos (CP) debe estar basada en el Programa Nacional de CP. Este proyecto propone una Matriz de Marco Lógico (MML) que sistematice el “Otorgamiento de CP de calidad a la población objetivo en hospitales”. Esta herramienta contribuye a que dichas personas accedan a servicios que promuevan una muerte digna, medir el desempeño de las intervenciones y contribuir a la mejora continua, generando evidencia para la toma de decisiones en CP.

**Objetivo:** Diseñar una MML de las unidades de CP para hospitales de segundo y tercer nivel de atención.

**Material y métodos:** Se dividió la metodología en dos apartados: A) Se utilizó la Metodología de Marco Lógico para la planificación, seguimiento y evaluación de proyectos y programas. B) Se estimaron los recursos de infraestructura, humanos, financieros y materiales para el funcionamiento del servicio de CP, estos se expresaron en forma de presupuesto.

**Resultados:** La construcción de la MML permitió sistematizar la operación de las unidades de CP hospitalarias. Se construyeron los siguientes productos: MML, ficha técnica de indicadores, documentos ejemplo de los medios de verificación, listado de recursos de infraestructura, humanos y materiales con presupuesto y la evaluación del diseño.

**Conclusiones:** Este proyecto se encuentra alineado con las metas nacionales y sectoriales de salud, brinda un abordaje de atención clínico-asistencial con un sustento basado en fundamentos administrativo-legales para la operación de un servicio con necesidad creciente. Los principales componentes tienen la posibilidad de ser adaptados a cualquier contexto institucional de nuestro país.

**Palabras clave:** cuidados paliativos, marco lógico, muerte, calidad, hospital, desempeño.

|  |            |
|--|------------|
| <b>Índice</b>  |            |
| <b>Dedicatoria.....</b>  | <b>1</b>   |
| <b>Agradecimientos .....</b>                                   | <b>2</b>   |
| <b>Resumen .....</b>   | <b>3</b>   |
| <b>Índice .....</b>  | <b>4</b>   |
| <b>Introducción.....</b>                                       | <b>5</b>   |
| <b>Antecedentes .....</b>                                      | <b>6</b>   |
| Operación de los CP en el mundo .....                          | 6          |
| Marco Jurídico de los CP en el sistema de salud mexicano ..... | 7          |
| Prestación de servicios en CP .....                            | 10         |
| <b>Marco teórico.....</b>                                      | <b>14</b>  |
| Definiciones en CP .....                                       | 14         |
| Calidad de muerte.....   | 15         |
| Valores y principios en CP .....                               | 16         |
| Niveles de atención en CP .....                                | 17         |
| Equipos multidisciplinarios en CP .....                        | 18         |
| Servicio de interconsultas a CP .....                          | 19         |
| Atención centrada en el paciente.....                          | 20         |
| Calidad de la atención en salud .....                          | 22         |
| Metodología de Marco Lógico .....                              | 24         |
| <b>Planteamiento del problema .....</b>                        | <b>26</b>  |
| <b>Justificación.....</b>                                      | <b>27</b>  |
| <b>Objetivo general.....</b>                                   | <b>29</b>  |
| Objetivos específicos.....                                     | 29         |
| <b>Material y métodos .....</b>                                | <b>30</b>  |
| Diseño del estudio.....  | 30         |
| <b>Resultados .....</b>  | <b>34</b>  |
| <b>Discusión.....</b>  | <b>57</b>  |
| <b>Conclusiones .....</b>                                      | <b>59</b>  |
| Limitaciones y fortalezas .....                                | 59         |
| Recomendaciones.....   | 62         |
| <b>Anexos .....</b>  | <b>65</b>  |
| <b>Glosario de términos .....</b>                              | <b>152</b> |
| <b>Bibliografía consultada .....</b>                           | <b>153</b> |

## **Introducción**

La planeación adecuada de un servicio de cuidados paliativos (CP) hospitalario en nuestro país debe estar basada en los documentos normativos, siguiendo los elementos que se mencionan en el Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Para que esto pueda ser llevado a la operación de una manera estandarizada; este proyecto propone una Matriz de Marco Lógico que sistematice el “Otorgamiento de CP de calidad a la población objetivo en hospitales”. Esta herramienta contribuye a que dichas personas accedan a servicios que promuevan una muerte digna, también que sea tomado como guía para realizar una mejor planeación de unidades de CP en hospitales, así como intervenciones intra y extrahospitalarias, medir el desempeño de las mismas y contribuir a su realimentación y mejora continua.

## **Antecedentes**

### **Operación de los CP en el mundo**

La Asociación Hospitalaria Americana (AHA) en Estados Unidos en el año 2014 reportó haber tenido un servicio de CP en 2 de cada 3 hospitales mayor a 50 camas, un incremento significativo en comparación con el año 2000 en el que la cifra era inferior, pues uno de cada 10 hospitales con estas características contaba con el servicio(1).

Un estudio determinó el efecto de los costos hospitalarios por interconsultas al equipo de CP. Se demostró que de la mayoría de pacientes que sobrevivieron a la hospitalización y fueron egresados, los equipos interdisciplinarios de CP a su cuidado estuvieron asociados con menores gastos de hospitalización con dichos pacientes y además identificaron opciones seguras y sostenibles para el cuidado de los pacientes y las familias en la comunidad(2).

Se realizó un estudio de seguimiento a 10 años del servicio de CP en un hospital de tercer nivel en Detroit, Estados Unidos en el que reportó una reducción considerable en el uso de recursos intrahospitalarios. También concluyó que el servicio de cuidados paliativos es necesario para proveer el soporte a los pacientes, familias y profesionales de la salud para el manejo adecuado al final de la vida(3).

De acuerdo con un estudio publicado en el 2015, un servicio de CP presenta varias ventajas tanto como para los usuarios como para la organización, también menciona que, tras la implementación del servicio, es cuestión de tiempo para que exista un incremento paulatino de la demanda del mismo, esto a través de la promoción de los servicios que se ofrecen con las rotaciones de los residentes del hospital(4).

Un estudio retrospectivo realizado en el Reino Unido reveló la importancia de contar con personal especializado en atención paliativa dentro del hospital todos los días,

ya que se encontraron pequeñas diferencias en las necesidades de los días de entre semana con los sábados, secundario al incremento en la demanda de los servicios(5).

Un estudio Inglés se encargó de implementar indicadores de calidad de la atención en CP. Los hallazgos muestran que un paquete único de indicadores de calidad no puede ser aplicable a todos los contextos ni instituciones debido a la heterogeneidad de escenarios. Sin embargo, se enfatiza la necesidad de realizar investigación institucional, así como de la cultura organizacional para así generar indicadores apropiados y que la información obtenida sea confiable(6).

Un artículo de discusión resalta la dificultad de proponer un indicador generalizado en CP que pueda ser utilizado en cualquier contexto debido a los determinantes y la cultura del entorno en donde se provee del servicio(7).

Se realizó una clasificación de 80 países alrededor del mundo (incluido México) en el que se evaluó el “Índice de Calidad de Muerte” en el año 2015 por la Unidad de Inteligencia del diario “El Economista” de Nueva York en Estados Unidos. Se reportaron 20 indicadores en 5 categorías. En los resultados más representativos, los países más ricos a nivel global se encuentran en los primeros lugares de la lista. México ocupó el lugar 43 en la clasificación general. En términos de qué países destinan mayor presupuesto a CP, México se encontró en el lugar 43, mientras que en la capacidad de proveer de CP obtuvo el lugar 60, en términos de recursos humanos ocupó el lugar 34 y en calidad de la atención el lugar 54(8).

### **Marco Jurídico de los CP en el sistema de salud mexicano**

En México, se cuenta con la Norma Oficial Mexicana (NOM) 011-SSA3-2014, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de diciembre de 2014 que se compone de los Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de CP. Para lograr su consolidación, en el año 2007 se publicó el proyecto de NOM llamado “Criterios para la atención de enfermos en fase terminal a través de CP”.

No fue sino hasta el 2009 en el que se publicó y decretó la reforma y adición de la Ley General de Salud (LGS) en materia de CP. En el año 2013 se emitió el dictamen total final por parte de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER) sobre las nuevas disposiciones del reglamento de la LGS en materia de atención médica para incorporar lo relativo a CP. Además de la publicación de la NOM en 2014, también se generó el acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General (CSG) declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de CP.

Los CP están alineados a las metas nacionales del presente sexenio (2013-2018). La siguiente tabla representa las características de dicha alineación.

**TABLA #1. Alineación de las metas nacionales con los CP.**

| <b>Plan/Programa</b>   | <b>Meta/Objetivo</b>   | <b>Estrategia</b>   | <b>Línea de acción</b>  |
|--|--|---|---|
| Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018  | <i>Meta 2.1 “Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población”.<br/>2.3 “Asegurar el acceso a los servicios de salud”.</i>   | 2.3.4, “Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad”.   |   |
| Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018  | <i>Objetivo 2 “Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad” y en la estrategia 2.2 “Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud”.</i>  | 2.3, “Creación de redes integradas de servicios de salud interinstitucionales”.   | 2.3.3, “Reforzar las redes de servicios y procesos para la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y CP”.  |
| Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica 2013-2018 | <i>Objetivo 1. “Mejorar la calidad de la atención y seguridad del paciente en los servicios de salud”,<br/>1.1.1. “Establecer la metodología para el diseño sectorial de estándares e indicadores de calidad y seguridad del paciente,</i> | 1.1, “Calidad con énfasis en la seguridad del paciente”.<br>4.1, “Alinear acciones intersectoriales e institucionales que permitan un acceso efectivo a los | 1.1.12, “Incentivar la creación de equipos multidisciplinarios para la mejora de la calidad y seguridad del paciente”.<br>4.1.5, “Contribuir a la formulación, implementación y seguimiento de los modelos de atención para optimizar el uso de |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  | <p><i>alineados a prácticas internacionales”.</i></p> <p><i>1.1.12. “Incentivar la creación de equipos multidisciplinarios para la mejora de la calidad y seguridad”.</i></p> <p><i>Objetivo 4. “Direccionar las acciones de acreditación para consolidar la mejora de la calidad y el acceso efectivo a la salud”.</i></p> <p><i>Objetivo 6. “Fortalecer la política en la formación, capacitación y educación continua del personal de salud de acuerdo con las características demográficas y epidemiológicas de la población”.</i></p> | <p><i>establecimientos y servicios de salud a través de la acreditación “.</i></p> <p><i>6.1, “Establecer la política de formación, capacitación y educación continua de los recursos humanos para la salud que facilite su integración en el Sistema Nacional de Salud”.</i></p> | <p><i>recursos y alcanzar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad”.</i></p> <p><i>6.1.1, “Establecer mecanismos técnicos normativos que orienten la política de formación, capacitación y educación continua de los recursos humanos en salud”.</i></p> |
| <p>Programa Nacional de Cuidados Paliativos 2013-2018.</p> | <p><i>Objetivo: “Contribuir en la implementación de los CP en México, a través de estrategias que incluyen el diseño y ejecución de un Plan Nacional de CP con base en la normatividad vigente, mediante políticas y lineamientos que faciliten su implementación, su desarrollo, la mejora de la calidad de la atención paliativa y su evaluación”.</i></p>   |   |   |



Los CP en el sistema de salud mexicano se apegan a los siguientes documentos de carácter jurídico.

1. Ley General de Salud.
2. NOM-011-SSA3-2014. Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos.
3. Guía de Práctica Clínica en cuidados paliativos. México: Secretaría de salud, 2010.
4. Guía de Referencia Rápida en Cuidados Paliativos, 2010.
5. Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de servicios de Atención Médica, 2014.
6. Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los esquema de manejo integral de cuidados paliativos, 2014.
7. Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de diciembre de 2014.
8. Reglamento interno de la Secretaría de Salud.
9. Taller de Cuidados Paliativos Pediátricos, “Hacia la consolidación del programa nacional de cuidados paliativos pediátricos, Secretaría de Salud.

### **Prestación de servicios en CP**

Existe un manual denominado “Modelo de seguridad del paciente del Consejo de Salubridad General (CSG): Estándares para implementar el modelo en hospitales 2015, tercera edición”. en el que señala los estándares para brindar atención de calidad a los pacientes en fase terminal.

Para cumplir con dicho estándar se deberá tomar en cuenta lo siguiente:

- a) Atención adecuada de los diversos síntomas.
- b) Educación, participación y comunicación de los pacientes y las familias respeto a la atención de las necesidades.
- c) El entorno del paciente y su familia.
- d) Servicios de apoyo para la familia o cuidador del paciente para su descanso.
- e) Identificación de factores de riesgo en la familia o cuidadores para prevenir reacciones patológicas al duelo.
- f) Abordar temas como la donación de órganos y autopsias.
- g) Respeto de las costumbres, valores y creencias del paciente y la familia(9).

Para el proceso de la atención de pacientes en etapa terminal se deben incluir por lo menos los siguientes elementos:

- a) Planeación de la atención, identificación de consideraciones especiales como la diferencia de poblaciones atendidas (Adultos y niños).
- b) Documentación suficiente para que el equipo trabaje con una comunicación efectiva.
- c) El “cómo” del proceso del consentimiento informado.
- d) Personal con las competencias para trabajar.
- e) Disponibilidad de insumos y equipo(9).

La Norma Oficial Mexicana (NOM) 011-SSA3-2014 en el punto número 9 estipula los criterios para el internamiento de pacientes en etapa terminal que requieran CP en hospitalización, estos son los siguientes:

- 9.1.1. Complicaciones reversibles que ameriten la hospitalización para su manejo.
- 9.1.2. Pacientes con enfermedades progresivas con dolor o sintomatología física o psicológica severa que no puedan controlarse en el domicilio o de manera ambulatoria.
- 9.1.3. Como prevención o tratamiento de la Crisis de claudicación familiar.

9.1.4. Que el tratamiento terapéutico sea de tal complejidad que la familia no pueda realizar las acciones del mismo.

La norma también establece que en los hospitales en donde se presten servicios de CP deberán contar con áreas específicas para la evaluación y atención para el control del dolor y síntomas en los pacientes.

El personal técnico deberá apoyar al personal médico en la sensibilización y capacitación del enfermo y su familia en temas como alimentación, seguridad, higiene, ministración de fármacos, y cuidados generales del enfermo que permitan el tratamiento integral.

También, todo establecimiento que preste atención en CP en hospital deberá contar con un servicio de urgencias equipado y preparado para la atención del paciente que así lo requiera.

La NOM también establece que, en caso de intervenir con un plan terapéutico, se deberá requerir la firma de consentimiento informado por parte del paciente, la familia, el tutor o representante legal.

Para el diseño del plan terapéutico se deberá considerar los determinantes sociales del enfermo así como los roles familiares, dinámica y tipo de comunicación, esto con la finalidad de otorgar la mejor atención al paciente(10).

Para ofrecer un servicio con calidad, la prestación de servicios de CP deben ser con respeto y trato profesional a los enfermos, evitando realizar acciones que ocasionen una carga demasiado grave para el enfermo y que el daño sea mayor al beneficio(10).

Los CP buscan aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida en los pacientes y sus familias. Estos deben ser brindados en conjunto con otros tratamientos a través

de un equipo interdisciplinario que incluya a médicos, servicio de enfermería, trabajo social, etcétera. La finalidad de los equipos es brindar el tratamiento y la consejería más apropiada, mismos que deberán ser adaptados al contexto ya sea hospitalario o en el hogar(2).

Los objetivos del servicio de CP deben incluir:

- La optimización de la calidad de vida así como de la dignidad en la enfermedad y la muerte.
- Reconocer la elección y autonomía del paciente.
- Reconocer las necesidades del paciente ante cualquier escenario.
- Reconocer las necesidades de la familia durante la enfermedad, así como en el duelo ante la muerte(11).

Existen antecedentes del diagnóstico y evaluación del diseño del servicio de CP de algunos hospitales como lo es el del Centro Médico Nacional 20 de noviembre, que revelaron grandes áreas de oportunidad al carecer de la mayoría de los componentes necesarios para su operación y documentación apegada a la normatividad, por lo que se identifica la necesidad de diseñar una unidad que pueda aplicarse como modelo que cumpla con los aspectos ideales para su operación.

Este modelo pretende medir los efectos de las intervenciones en CP en un ambiente controlado.

## Marco teórico

### Definiciones en CP

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los CP como el “Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”(12).

Cabe mencionar que existen otras definiciones a nivel mundial, por ejemplo:

- Cuidados tipo *Hospice*: Están destinados a la persona en su totalidad satisfaciendo sus necesidades ya sea en casa, centros de día o en “*Hospice*”.
- Cuidados de soporte: Es más apropiado para abordar a pacientes con efectos adversos oncológicos y derivados del tratamiento contra el cáncer.
- Cuidados al final de la vida: Muy utilizada en Norteamérica y esta se puede restringir al cuidado global de pacientes en las últimas horas o días de vida.
- Cuidados terminales: Es una definición obsoleta, frecuentemente utilizada para el cuidado general de pacientes con cáncer avanzado.
- Cuidados de descarga familiar: Ofrecen a los cuidadores principales y las familias de los pacientes un descanso, estos se ofrecen en centros de día, unidades de ingreso o con equipos de atención a domicilio(13).

Para fines de este proyecto utilizaremos la definición de la OMS la cual se aplicará al medio hospitalario.

Los Cuidados paliativos pueden dividirse en:

- **Cuidados continuos:** Son la atención integral de la persona enferma en su realidad total. Estos cuidados se inician desde el mismo momento del diagnóstico y

continúan a lo largo del proceso evolutivo y tiene especial énfasis en las fases avanzadas o finales.

- **Cuidados en agonía:** Son los que tiene lugar cuando la muerte es inminente, aquí se deja de pensar en calidad de vida para abordar calidad de muerte, atendiendo a los síntomas físicos, psicológicos y necesidades espirituales de pacientes y familiares(14).

## **Calidad de muerte**

Para la objetivación de la evaluación de la calidad de muerte, se propuso un modelo a través de un instrumento para evaluar la calidad de morir y muerte (QODD por sus siglas en Inglés de *Quality of Dying and Death*), esta es definida como: *“El grado en el que las preferencias para morir de una persona en el momento de la muerte son concordantes con las observaciones de cómo la persona murió reportada por terceros”*(15).

El instrumento se basa en los factores del paciente, la estructura y el proceso de la atención y los resultados de la atención, esto a través de seis dominios conceptuales como lo son:

- 1) Síntomas y cuidado personal
- 2) Preparación para la muerte
- 3) Momento de la muerte
- 4) Familia
- 5) Preferencias de tratamiento
- 6) Preocupaciones de la persona(15)

Sin embargo, se propuso un modelo de cuatro dominios que son:

- 1) Control de síntomas
- 2) Preparación
- 3) Conexión

#### 4) Trascendencia(16)

Estos están conectados a trece ítems como modificación al cuestionario QODD original.

Existe una validación al español de una investigación chilena de dicho cuestionario denominado QODD-ESP12, que mide 12 ítems en los cuatro dominios antes mencionados(17).

### **Valores y principios en CP**

En la literatura existen una serie de valores y principios que deben llevarse a cabo en la prestación de servicios de CP, estos son los siguientes:

**TABLA #2. Valores y principios en la prestación de servicios de CP.**

|   |   |
|---|---|
| <b>Autonomía</b>  | Cuando el paciente o la familia conservan la capacidad de tomar decisiones sobre su salud.          |
| <b>Dignidad</b>   | La prestación de servicios debe ser sensible ante la persona y sus valores culturales y religiosos. |
| <b>Relación entre el profesional de salud y el paciente</b> | Siempre deberá existir un ambiente de cooperación con el paciente y la familia.                     |
| <b>Calidad de vida</b>                                      | Depende de la percepción entre la expectativa y el estado general del paciente.                     |
| <b>Postura respecto a la vida y la muerte</b>               | Deberá siempre reconocerse la muerte como un proceso natural.                                       |
| <b>Comunicación</b>   | Una buena interacción entre el paciente, familia y personal de salud genera una mayor satisfacción. |
| <b>Educación</b>  | Es ideal que la población conozca la existencia   |

|  |  |
|--|--|
|  | de los CP para el fomento de aminorar las creencias falsas sobre la muerte.  |
| <b>Enfoque interdisciplinar</b>        | El enfoque es complejo pero este sólo podrá satisfacerse mediante la comunicación continua y la colaboración entre diferentes profesiones. |
| <b>Dolor por la pérdida y el duelo</b> | Evaluar en cada etapa de la enfermedad a la familia y el paciente sobre el riesgo del duelo y el dolor(13).                                |

Los CP se requieren en una gran variedad de enfermedades tanto oncológicas como no oncológicas. Según la OMS, la mayoría de adultos que los requieren presentan enfermedades como las cardiovasculares (38.5%), cáncer (34%), respiratorias crónicas (10.3%), VIH (5.7%) y diabetes (4.6%), también las complicaciones derivadas de ellas requieren de atención paliativa(18). En nuestro país, el panorama epidemiológico de la morbi-mortalidad es distinto al reportado por la OMS coincidiendo en las enfermedades cardiovasculares y el cáncer pero también se debe prestar importancia a las complicaciones derivadas de la diabetes(19).

### **Niveles de atención en CP**

Los CP pueden proveerse en diferentes niveles, existen al menos dos, uno básico y otro especializado(13).

A nivel básico se ofrece un plan terapéutico que resuelve gran parte de las necesidades de los pacientes, en este nivel se enfatiza en la comunicación entre el paciente, la familia y el personal de salud como parte del equipo multidisciplinario, colaborando en el proceso de toma de decisiones; no se requiere de un centro especializado para proveer el servicio.

A nivel especializado, los pacientes pueden tener necesidades complejas que requieren del apoyo de un equipo dedicado exclusivamente a CP, estos



generalmente existen en hospitales, El personal se encuentra entrenado para llevar a cabo intervenciones de difícil manejo que requieren el paciente y la familia. Para resolver algunas de las necesidades, se trabaja en equipo con un modelo interdisciplinar(13).

### **Equipos multidisciplinarios en CP**

Los programas hospitalarios de equipos dedicados a los CP han demostrado disminuir el gasto en hospitalización, así como obtener mejores resultados a los tratamientos convencionales, la complejidad del manejo de los pacientes es muy alta en consumo de tiempo pero el impacto en el seguimiento incrementa la calidad de vida(20)(21).

De acuerdo con la OMS, un equipo de CP especializado debe trabajar de manera interdisciplinar en el que idealmente se incluyan a los siguientes:

- a) Uno o más médicos con preparación en CP.
- b) Uno o más miembros del personal de enfermería con preparación especializada en CP.
- c) Intervención de alguno de los siguientes profesionales con preparación en CP:
  - a. Trabajador social
  - b. Psicólogo o psiquiatra
  - c. Nutriólogo
  - d. Terapeuta físico
  - e. Terapeuta ocupacional
  - f. Personal religioso
  - g. Personal de farmacia
  - h. Terapeuta complementario (11)

Algunos de los profesionales de la salud descritos no están contemplados conforme a lo referido por la OMS en la Norma Oficial Mexicana(12).

## **Servicio de interconsultas a CP**

Las interconsultas al servicio de CP hospitalarios deberían estar enfocadas en seis recomendaciones:

1. Discusión sobre el pronóstico y las metas de tratamiento.
2. Acuerdo de directrices anticipadas como por ejemplo, la abstención de recibir maniobras de resucitación.
3. Discusión sobre la continuación de tratamientos específicos y/o intervenciones diagnósticas.
4. Soporte al paciente y la familia a través de consejería profesional y espiritual (de existir).
5. Plan de alta.
6. Manejo de síntomas(22).

Así mismo, existen principios generales de la interconsulta médica en enfermos hospitalizados, estos son:

1. Coordinación y comunicación entre servicios tratantes.
2. Respuesta a la interconsulta específica sin repetición de datos.
3. Seguimiento clínico hasta cerrar la interconsulta.
4. Información al paciente y familiares(23).

Las interconsultas deberían llevar por lo menos los siguientes componentes:

- a) Datos del paciente.
- b) Momento de la solicitud de la IC.
- c) Datos del médico y servicio solicitante.
- d) Tiempo de IC (El plazo de respuesta tendrá que ser inferior a 24 horas).
- e) Motivo de IC.
- f) Antecedentes del paciente.
- g) Establecimiento del tipo de colaboración que se requiere(23).

## Atención centrada en el paciente

Los servicios de salud requieren proveer servicios eficientes, equitativos y centrados en la persona(24). No existe algún consenso global para una definición(25), pero según *The Picker Institute*, centro europeo especializado en educación e investigación en materia de la atención centrada en el paciente, se identifican 8 dominios:

- 1) Respeto por las preferencias y valores del paciente
- 2) Apoyo emocional
- 3) Confort físico
- 4) Información, comunicación y educación
- 5) Continuidad y transición
- 6) Coordinación de la atención
- 7) Involucramiento de la familia y amigos
- 8) Acceso(26)

La finalidad del modelo es brindar atención de calidad e incrementar la experiencia del paciente de manera integral, para lograrlo, se identifican 7 factores:

**TABLA #3. Factores que contribuyen a la atención centrada en el paciente(27)**

| <b>Factores</b>                    | <b>Actores involucrados</b>                | <b>Mecanismo</b>   |
|------------------------------------|--|--|
| Liderazgo.                         | Directivos, personal de estructura.        | Participación y apoyo hacia la organización.   |
| Visión estratégica.                | Todos los trabajadores de la organización. | Visión y misión con elementos que puedan ser fácilmente reproducibles en actividades rutinarias que todos los trabajadores puedan llevar a cabo. |
| Involucramiento de los pacientes y | Pacientes, familias, sociedad.             | Deberá llevarse a cabo durante el proceso de la atención, posterior a  |

|  |                           |   |
|--|---------------------------|---|
| las familias en múltiples niveles.             |                           | ella a través de la participación, planeación, implementación y evaluación del proceso de atención.   |
| Ambiente de trabajo adecuado para el personal. | Trabajadores de la salud. | Cada trabajador es tratado y valorado con el mismo nivel de dignidad y respeto.   |
| Medición sistematizada con retroalimentación.  | Organización.             | Se deberá medir el desempeño de la organización constantemente.   |
| Calidad del ambiente construido.               | Organización.             | El ser humano siempre será prioridad.<br>Cada paciente es distinto, por lo que la atención deberá ser individualizada.<br>Motivar a los prestadores de servicios a resolver las dudas de los pacientes. |
| Apoyo de las tecnologías de la información.    | Organización.             | Beneficiarse del uso de la tecnología para proveer información a los pacientes y sus familias con la menor cantidad de sesgos o errores.  |

El modelo se ha asociado con mejores resultados en los pacientes, adherencia a los tratamientos y a la satisfacción en la atención, también el modelo puede reducir costos, malas prácticas y aminorar los errores asociados a la atención médica(24).

Un indicador es *“una medida utilizada para expresar el comportamiento de un sistema o parte de él”*. En salud pública es *“un resumen estadístico que está relacionado directamente pero también que facilita juicios concisos, comprensivos y equilibrados acerca de una condición de un aspecto mayor de la salud, o el progreso hacia una sociedad más saludable”*. Los criterios técnicos para realizar un indicador son el comportamiento, factibilidad, repetitividad y capacidad de construcción y desconstrucción(28). Todo indicador debe ser válido y confiable, así como sensible y específico(29).

Los indicadores de calidad son de utilidad para encontrar áreas de oportunidad en donde la atención puede mejorarse. Los indicadores de calidad se definen como variables medibles que evalúan y describen la estructura, proceso y resultados de la atención médica que pueden indicar problemas en el alcance de la calidad de atención. Sirven para realimentar procesos en la atención, así como en el rendimiento de la misma que sirvan como punto de inicio para el mejoramiento de la calidad(30).

### **Calidad de la atención en salud**

De acuerdo con la OMS, la calidad se define como *“...es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”*(31). De acuerdo con la Secretaría de Salud la calidad en la atención en nuestro país se puede definir como: *“Que cada paciente reciba lo establecido para su correcta atención, incluyendo los servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para lo que motivó su consulta médica o internamiento; sin menoscabo de optimizar los*

costos de atención”(32).

La calidad presenta atributos que deberán estar incluidos en alguno o varios de los indicadores propuestos para el proyecto. Estos son 5:

1. Accesibilidad: Posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud.
2. Oportunidad: Es la obtención de los servicios que requiere el usuario sin que existan retrasos que pongan en peligro su salud.
3. Seguridad: Son los elementos estructurales, instrumentos, procesos y metodologías que minimizan el riesgo de eventos adversos al usuario.
4. Pertinencia: Es la obtención del servicio que requiere el usuario con el eficiente uso de recursos.
5. Continuidad: Son las intervenciones requeridas para el usuario a través de una secuencia lógica(33).

## **Metodología de Marco Lógico**

Son herramientas que facilitan los procesos de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de programas y proyectos.

Es un método elaborado para responder a algunos problemas en proyectos como por ejemplo:

- Planeación de proyectos sin precisión con múltiples objetivos que no son claros con las actividades del proyecto.
- Ejecución de proyectos.
- Comparar la planeación con la ejecución del programa o proyecto.

La metodología tiene varias ventajas:

- Aporta terminología uniforme.
- Provee de un temario analítico común que puede ser utilizado por los involucrados.
- Su producto final es una matriz de un solo cuadro, en el que se integra la información más importante sobre un programa o proyecto.

Esta metodología deberá aplicarse en un contexto determinado, lo que la define son los pasos que deben seguirse para llegar a la elaboración de la matriz final, esta pretende solucionar problemas específicos para contribuir al fin del proyecto(34).

Se presentan tres etapas de la metodología:

- 1) Identificación del problema y alternativas de solución.
- 2) Planificación.
- 3) Diseño de la Matriz de Marco Lógico

La Matriz de Marco Lógico (MML) es una tabla que resume los aspectos más importantes del proyecto, se presentan cuatro columnas que proveen lo siguiente:

- Resumen de objetivos y actividades.
- Indicadores
- Medios de verificación.
- Supuestos.

También incluye cuatro filas con información acerca de los puntos anteriores en diferentes etapas del proyecto.

- Fin
- Propósito
- Componentes
- Actividades(35)



## **Planteamiento del problema**

Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) son un grave problema de salud pública al ocupar las primeras causas de morbi-mortalidad en el mundo entre las que se incluye el cáncer. En nuestro país el diagnóstico de estas enfermedades, así como de otras que tienden a la cronicidad frecuentemente se realiza en etapas avanzadas. Como consecuencia, parte de esta población enfermará gravemente o morirá.

Los CP tienen la finalidad de mejorar la calidad de vida y muerte en los pacientes con mal pronóstico, sus familias también requieren de intervenciones que puedan mantener la estabilidad física, emocional y espiritual(36).

En el país existen retos en CP como la poca accesibilidad, la falta de información por la población y prestadores de servicios, la necesidad de contar con recursos humanos capacitados y contratados en los servicios de salud, los pocos sitios en donde se ofrece el servicio, la falta de servicios de CP en la comunidad, entre otros(37).

Las instituciones de salud del país deben estructurarse de acuerdo con los pasos del proceso administrativo (planeación, organización, dirección y control). Para su operación, los servicios pueden carecer de uno o más pasos del proceso, sin embargo, son fundamentales para la estructura o construcción de la organización para alcanzar el fin común.

Cuando un servicio se encuentra en operación y se busca conocer la situación organizacional, el diagnóstico es un abordaje sistemático que permite conocer y describir su estado. Esto nos permite identificar la efectividad, pero también áreas de oportunidad para mejorar los procesos dentro de la misma.

De acuerdo con la Ley General de Salud, refiere al Programa de CP como la programación y organización de las acciones por el médico, complementadas por

el equipo que se deben otorgar de acuerdo al padecimiento del paciente con el adecuado control de síntomas asociados a su enfermedad. Esto permite tomar mejores decisiones y también brindar opciones a las familias y a los pacientes. Sin embargo, para ofrecer un servicio adecuado se requiere que este se encuentre bien diseñado, con objetivos y metas claras, con una adecuada organización(38).

## **Justificación**

El incremento en el número de enfermedades que tienden a la cronicidad y que son potencialmente letales en la población han orillado a la ciencia a proveer diversos tratamientos a quienes las padecen. Sin embargo, existen tratamientos invasivos y no curativos en la última etapa de la enfermedad (cuando se presentan las complicaciones) que pueden terminar siendo fútiles cayendo en la obstinación terapéutica. Dentro del aspecto social, la familia es el primer vínculo de una persona tras su nacimiento, y este individuo es un ser en constante movimiento e interacción con la sociedad, diversos factores como los económicos, laborales y otros pueden agravar la coyuntura familiar y personal cuando el ser enferma gravemente hacia la terminalidad (39), por lo que el abordaje en CP es una opción que debe ser tomada como una prioridad por el sector salud a través de la generación de políticas públicas que favorezcan la implementación de intervenciones que mejoren la calidad de la última etapa de vida de los pacientes, sus familias y el entorno, puesto que es una alternativa al tratamiento “curativo” que ofrece apoyo contra el dolor, síntomas físicos, psicológicos y espirituales.

Una gran parte de individuos que requieren CP son atendidos en unidades hospitalarias. Sin embargo, de cada 10 personas que requieren de atención en CP solo a una de ellas se les brinda; el acceso a los CP es una necesidad que debe atenderse prontamente(40).

El cuidado de los pacientes con enfermedades al término de la vida debe estar centrado en la persona. Este abordaje representa un reto, ya que se requiere de un equipo interdisciplinar preparado para afrontar los problemas satisfaciendo las

necesidades del enfermo y su familia. A través de la generación de evidencia de buenas prácticas se puede ampliar el servicio de CP a todo el país, ya que la demanda del servicio de CP será cada vez mayor conforme aumenta el envejecimiento poblacional, la morbilidad por enfermedades crónicas e incluso las enfermedades potencialmente letales en la población pediátrica como el cáncer.

La finalidad de este trabajo busca proveer evidencia para planear adecuadamente un servicio de CP según el Programa Nacional de CP a nivel hospitalario. Esto puede contribuir a estandarizar criterios en todas las unidades que provean el servicio con necesidades y características similares, así como la homogenización de procesos y el desarrollo de protocolos de atención para referir a los pacientes que lo ameriten al servicio de CP. También puede ser útil para comparar información con la de otros programas para así reforzar los alcances de los mismos. Otro aspecto de vital importancia es que la información recopilada puede fomentar el crecimiento de los programas existentes para obtener un mejor impacto en el cuidado de los pacientes y sus familias.

Este proyecto será financiado por el autor, será meramente documental y no ocasionará daños ni perjuicios a terceras personas, los resultados podrían contribuir en la mejor toma de decisiones sobre CP en México.

Esta propuesta pretende orientar a las unidades de segundo y tercer nivel de atención para proveerles de herramientas para la implementación de servicios de CP dentro del país, siempre apegado a las necesidades de su población.

## **Objetivo general**

Diseñar una matriz de Marco Lógico de las unidades de CP para hospitales de segundo y tercer nivel de atención.

## **Objetivos específicos**

1. Crear el perfil de la población beneficiaria de las unidades de CP hospitalarios.
2. Construir los mecanismos de prestación de CP hospitalarios y su vinculación con la atención de salud a domicilio.
3. Diseñar la ficha de indicadores de la matriz del Marco Lógico.
4. Realizar la estimación de recursos de infraestructura, humanos y materiales para la operación de la unidad.
5. Alinear la justificación de la creación de la matriz del Marco Lógico con su vinculación en la planeación nacional y sectorial, para su adecuada presupuestación y rendición de cuentas.

## Material y métodos

### Diseño del estudio

#### A) Diseño de la MML

Se utilizó la metodología de Marco Lógico para el diseño del programa de CP, misma que fue tomada a partir del Manual metodológico del Marco Lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)(35).

Para lograr el objetivo de este trabajo, se llevaron a cabo los siguientes pasos del proceso metodológico.

##### 1) Análisis de involucrados.

En esta fase del proyecto, se utilizó el antecedente del análisis de involucrados realizado por la Secretaría de Salud, a través de la Encuesta Nacional de Recursos y Funcionamiento de Servicios de CP del año 2016, la información fue facilitada por el jefe del programa nacional de CP. Esta información se concentró en una matriz de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA), como análisis secundario se realizó a su vez un análisis de fuerzas que promueven u obstaculizan el adecuado funcionamiento de los servicios de CP. Para complementar la información, se realizaron 11 entrevistas semiestructuradas, 7 de ellas dirigidas al personal de salud, 2 a pacientes y las 2 últimas a sus familiares, en ellas se pretendió conocer los principales problemas percibidos sobre la atención en CP, se requirió de la aprobación por el comité de ética en investigación del Instituto Nacional de Salud Pública para su aplicación en campo, en el anexo 12 se encuentran la carta de consentimiento informado y el guión de entrevista.

**TABLA #4. Matriz FODA**

|             |               |
|-------------|---------------|
| Fortalezas  | Oportunidades |
| Debilidades | Amenazas      |

## 2) Análisis del problema.

Se desarrolló el análisis de cuáles son los principales problemas y retos que tendría la instalación de servicios de CP a nivel hospitalario, con la finalidad de obtener una concepción común de las adversidades que el proyecto contribuiría a resolver orientándose a la atención de prioridades y centrado en la prevención de agotamiento en familias y la atención de calidad del paciente terminal.

Posterior al análisis de la información, se realizó un árbol de problemas en el cual se obtuvieron las causas y efectos de la situación problemática central encontrada.

## 3) Análisis de objetivos.

El árbol de problemas fue transformado a un árbol de objetivos, para ello, se buscó la comprensión de los problemas identificados revelando las posibles alternativas o distintas opciones para el proyecto.

## 4) Diseño de la MML.

Se realizó una matriz de Marco Lógico en la que se proporcionó un resumen completo de la lógica de la intervención del proyecto, este es el documento de referencia para el monitoreo y evaluación de la intervención.

## 5) Elaboración de actividades.

Se planearon las actividades con base en la cadena de resultados por cada procedimiento del servicio de CP, destacando un listado en el que se describan los procedimientos a realizar en un apartado anexo.

## 6) Diseño de indicadores.

Se elaboraron indicadores de acuerdo al nivel de objetivos de la MML, posterior a ello, se definieron criterios que deben cumplir tales indicadores, siguiendo la metodología teórica de construcción de un indicador, que sea claro, que sea de fácil recolección, tangible, de fácil interpretación y representativo, también respondió las preguntas ¿Para quién?, ¿Cuánto?, ¿De qué tipo?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?. Para la inclusión a la MML se utilizó una tabla llamada “Revisión de criterios para los indicadores, así como la “Ponderación para selección de indicadores”(35).

## 7) Medios de verificación.

Se precisaron los métodos y fuentes de recolección de información para monitorear

los indicadores y metas propuestas para el logro de los objetivos de la intervención, para ello se utilizó una tabla de medios de verificación por cada indicador(35).

#### 8) Elaboración de supuestos.

Se realizó un análisis de los posibles riesgos del proyecto, mismos que se plasmaron en esta parte de la matriz, disminuyendo la influencia negativa de la realidad.

### **B) Cálculo de recursos de infraestructura, humanos y materiales**

Como siguiente paso de la metodología, se determinaron las cantidades aproximadas en materia de recursos de infraestructura, humanos, financieros y materiales necesarios para el funcionamiento del servicio de CP, estos se expresaron en forma de presupuesto en un listado anexo.

Para los recursos en infraestructura, se utilizaron los manuales del modelo de unidades médicas, el manual de planeación de unidades médicas, el modelo de recursos para la planeación de unidades médicas, la unidad de Especialidades Médicas, todos documentos de la Secretaría de Salud, a partir de ellos se adaptaron los consultorios de medicina con anexo, exploración y baño, un consultorio de nutrición, otro de psicología y un último de medicina física, rehabilitación y acupuntura. Todo esto se ejemplificó con un plano de los consultorios modelo y un cuadro de precios por tipo de mobiliario, equipo y bienes, con precios al 2015 (41)(42).

Para la parte de recursos humanos, se realizó un catálogo de puestos desglosado por sueldo bruto mensual, asignación bruta mensual y ayuda para gastos de actualización mensual, tomando como ejemplo al equipo de CP compuesto por al menos 6 integrantes, eligiendo a un médico especialista, un psicólogo especializado, un terapeuta profesional en rehabilitación, un licenciado en nutrición, una enfermera general y un trabajador social en área médica, también se incluyó de manera opcional a un médico general para el puesto de acupunturista; todo esto se generó a partir del manual de modelos de recursos para la planeación de unidades

médicas de la Secretaría de Salud. Para los salarios del personal se tuvo que tomar como ejemplo el Catálogo de puestos y tabulador de sueldos de las ramas médica, paramédica y grupos afines de la Secretaría de Salud con vigencia al 1 de mayo de 2017(43).

Para el cuadro de insumos se tomó como referencia la tabla del cuadro básico de medicamentos de la Guía de Práctica Clínica de CP de la Secretaría de salud. También se añadió el listado de fármacos incluidos en el CAUSES del Seguro de Protección Social en Salud (Seguro Popular) al 2016 para el manejo ambulatorio de CP y dolor crónico(44)(45).

Los siguientes productos están contemplados dentro del documento final:

- Matriz de Marco Lógico.
- Ficha técnica de indicadores.
- Documentos anexos para el cumplimiento de los indicadores y medios de verificación.
- Listado de recursos de infraestructura, humanos y materiales con presupuesto.
- Modelo de Términos de Referencia para la evaluación del diseño de este proyecto.



## **Resultados**

En la siguiente sección se enunciarán los resultados de acuerdo a los objetivos planteados para este trabajo:

### ***1. Crear el perfil de la población beneficiaria de las unidades de CP hospitalarios.***

#### **Población potencial**

Se define como todas aquellas muertes registradas en los servicios hospitalarios de las áreas de la Medicina interna (cardiología, nefrología, gastroenterología, oncología, neurología, neumología, infectología, hematología, reumatología), Cirugía, Pediatría (exceptuando urgencias pediátricas) y la Unidad de Cuidados Intensivos.

Para el cálculo de la población potencial se deberá hacer un promedio de las muertes registradas de por lo menos cinco años antes de la implementación del proyecto.

#### **Población blanco**

Se define bajo los siguientes criterios de enfermedad terminal(10)(46):

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses

Lo anterior puede corresponder a toda enfermedad oncológica que cumpla con los criterios ya mencionados. Sin embargo, a continuación se describen los criterios de terminalidad para enfermedades no oncológicas:

También, la condición física del paciente hace prever una sobrevida limitada:

- Por un diagnóstico específico o una combinación de enfermedades o circunstancias.

El paciente presenta las características siguientes:

- Progresión de la enfermedad documentada clínicamente.
- Progresión de la enfermedad primaria.
- Múltiples visitas al servicio de urgencias.
- Mayores cuidados de enfermería en casa.
- Deterioro del status funcional (Karnofsky  $\leq 50\%$  y dependencia en al menos 3/6 de las actividades de la vida diaria - Índice de Katz).
- Deterioro reciente del estado nutricional (pérdida de peso de al menos 10% en los últimos 6 meses, y albúmina sérica  $< 2.5$  mg/dL).

### **Enfermedad cardiaca**

- Síntomas de falla cardiaca congestiva recurrente en reposo (Clase IV de la NYHA, y fracción de eyección de 20% o menos).
- Falla cardiaca congestiva con síntomas persistentes aun con tratamiento óptimo.

En pacientes refractarios al tratamiento, cada uno de los siguientes factores ha demostrado disminuir la sobrevida futura:

- Arritmias supra-ventriculares o ventriculares sintomáticas, historia de paro cardiaco y reanimación o síncope inexplicable, embolismo cerebral cardiogénico, enfermedad concomitante por VIH.

## Enfermedad pulmonar

La severidad de la enfermedad pulmonar está documentada por disnea incapacitante en reposo con pobre respuesta al tratamiento broncodilatador.

- Volumen espiratorio forzado en un segundo (FEV1) < 30% del esperado.
- Enfermedad pulmonar progresiva. Múltiples visitas a Urgencias, disminución de la FEV1 con deterioro a razón de 40 ml/año.
- Presencia de Cor pulmonale o falla cardiaca derecha.
- Hipoxemia en reposo con O2 suplementario ( $pO_2 \leq 55$  mmHg, y  $SatO_2 \leq 88\%$ ), e Hipercapnia ( $pCO_2 \geq 50$  mmHg).
- Pérdida de peso progresiva involuntaria (10% del peso corporal en los últimos 6 meses).
- Taquicardia en reposo mayor de 100 lpm.

## Demencia

Situaciones comórbidas y calidad del cuidado asistencial.

Clasificación 7 de la Functional Assessment Staging Scale (FAST).

Debe presentar las siguientes características:

- Incapacidad para deambular y vestirse sin asistencia, incapacidad para bañarse adecuadamente, incontinencia fecal y urinaria, incapacidad para comunicarse de manera inteligible.

Presencia de complicaciones médicas:

- Condiciones comórbidas asociadas con la demencia (Neumonía por aspiración, úlceras de decúbito, pielonefritis o infección del tracto urinario inferior, etc.)
- Dificultad para deglutir los alimentos o rehusarse a comer, y en los que reciben alimentación por sonda nasogástrica, deterioro del estado nutricional.

## **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)**

- Cuenta de CD4+: Por debajo de 25 células/mcl, en periodos libres de enfermedad aguda.
- Carga viral: Pacientes con cargas virales VIH RNA > 100,000 copias/ml.

Aun con cargas virales menores, si han dejado la medicación antirretroviral o profiláctica, el status funcional está declinando o experimentan algunas de las siguientes complicaciones:

- Enfermedades oportunistas: Linfoma de Sistema Nervioso Central, leucoencefalopatía progresiva multifocal, criptosporidiosis, pérdida de peso (> 30%), bacteriemia, Sarcoma de Kaposi visceral, falla renal, demencia asociada a SIDA, toxoplasmosis.

## **Enfermedad Renal**

- Depuración de creatinina < 10 cc/min (< 15 cc/min para diabéticos).
- Creatinina sérica > 8.0 mg/dL (> 6.0 mg/dl para diabéticos).

Signos y síndromes clínicos asociados con falla renal:

- Uremia. Manifestaciones clínicas de falla renal (Confusión u obnubilación, náusea y vómito intratable, prurito generalizado, debilidad, etc.).
- Oliguria. Gasto urinario menor de 400 cc/24 hrs.
- Hiperkalemia intratable.
- Potasio sérico persistente > 7.0
- Pericarditis urémica.
- Síndrome hepatorenal.
- Sobrecarga de líquidos intratable.

## **Evento Vascular Cerebral (EVC) y Coma**

Pacientes comatosos, con al menos 4 de las características siguientes:

- Respuesta anormal del tallo cerebral.

- Ausencia de respuesta verbal.
- Ausencia de respuesta ante estímulos dolorosos.
- Creatinina sérica > 1.5 mg/dL.
- Edad mayor de 70 años.
- Disfagia severa.
- Hallazgos imagenológicos sombríos.

Pacientes con hemorragia cerebral aguda presentan elevada mortalidad según su edad, invasión ventricular y la presencia de hematoma trilobular.

Fase crónica:

- Edad mayor de 70 años.
- Pobre estado funcional (PPS 50% o menor).
- Demencia post EVC, evidenciado por un FAST de 7.
- Pérdida de peso mayor a 10% en los últimos 3 meses y/o albúmina sérica <2.5g/dL

Complicaciones médicas secundarias a debilidad o deterioro clínico progresivo:

- Neumonía por aspiración.
- Pielonefritis.
- Sepsis y fiebre recurrente a pesar de antibioticoterapia.
- Úlceras de decúbito.

### **Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)**

- Rápida progresión de ELA y deterioro crítico de la capacidad ventilatoria.
- Deterioro del status funcional y dificultad para hablar y alimentarse.
- Capacidad vital <30% de la prevista, disnea de reposo, O2 suplementario, el paciente puede requerir intubación o traqueostomía.
- Deterioro nutricional severo.
- Dificultades para deglutir, pueden requerir gastrostomía. Se detecta pérdida continua de peso, incluso deshidratación o hipovolemia.

Complicaciones médicas:

- Neumonía por aspiración recurrente, úlceras de decúbito, sepsis, etc.).

### **Enfermedad Hepática**

Indicadores de falla hepática severa:

- Tiempo de protrombina prolongado más de 5 seg. sobre el control.
- Albúmina sérica <2.5 g/dL.

Indicadores clínicos de fase terminal en enfermedad hepática son:

- Ascitis refractaria al tratamiento.
- Peritonitis bacteriana espontánea.
- Síndrome hepatorenal (sobrevida de días o semanas).
- Encefalopatía hepática refractaria al tratamiento.
- Sangrado de várices esofágicas recurrente.
- Malnutrición progresiva, alcoholismo activo, HBs antígenos positivos, carcinoma hepatocelular.
- Clasificación de Child-Pugh Estadio C.

***Los siguientes objetivos (2 al 5) se resuelven en la formación de la MML en los siguientes apartados:***

2. Construir los mecanismos de prestación de CP hospitalarios y su vinculación con la atención de salud a domicilio.
3. Diseñar la ficha de indicadores de la matriz del Marco Lógico.
4. Realizar el estimado de recursos de infraestructura, humanos y materiales para la operación de la unidad.
5. Alinear la justificación de la creación de la matriz del Marco Lógico con su vinculación en la planeación nacional y sectorial, para su adecuada presupuestación y rendición de cuentas.

## **Matriz de Marco Lógico**

### **Análisis de involucrados.**

Se realizó un análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) durante el Censo Nacional de Servicios de CP de los servicios de salud de la Secretaría de Salud de mayo a junio del 2016 en el que participaron 119 servicios con sus respectivos equipos multidisciplinarios en México. De esta reunión se generaron talleres en los que se discutían las causas de la falta de CP en la población. (Ver tabla #5 y #6)

También se realizaron once entrevistas semiestructuradas, dos de ellas a pacientes en CP y las dos restantes a familiares de pacientes en CP. La información analizada permitió reconocer los problemas percibidos por los entrevistados. (Ver tabla #7)

### **Análisis del problema y de objetivos.**

Para el análisis del problema se utilizó la metodología de árbol de problemas en el que a partir del análisis FODA y las entrevistas semiestructuradas se recopiló la información similar entre sí, posteriormente se realizó un análisis secundario de las fuerzas que promueven u obstaculizan el cumplimiento de la misión del otorgamiento de CP en la población (Ver tabla #6) identificando las causas de primer orden, para las causas del segundo orden se generaron hipótesis derivadas de las causas de primer orden, mismas que en común acuerdo con los participantes de este trabajo se establecieron relevantes para los fines del desarrollo del proyecto.

Los efectos del árbol siguieron el mismo método en el que se obtuvieron las causas del mismo.

Como siguiente paso se transformó el árbol de causas en un árbol de objetivos, mismo del que se obtuvo el fin, propósito y componentes de la MML.

**TABLA #5 Análisis FODA de la Encuesta Nacional De Recursos y Funcionamiento de Servicios de CP, México 2016.**

| <b>Fortalezas</b>  | <b>%</b>   | <b>Oportunidades</b>  | <b>%</b>   |
|--|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>El personal motivado, interesado, comprometido y dispuesto a trabajar en equipo</li> <li>Se ha designado personal a servicios de CP (medico-enfermera)</li> <li>Se cuenta con personal capacitado</li> <li>Modelos y protocolos de atención paliativa sistematizada</li> <li>Existe interés por parte de las autoridades estatales y locales, que apoyan la implementación de estos servicios</li> <li>Área física e insumos</li> <li>Apoyo de servicios interconsultantes</li> <li>Redes de servicios entre los tres niveles de atención</li> <li>Se realizan estadísticas y registros de los pacientes atendidos</li> <li>Disponibilidad de opioides para el manejo del dolor</li> <li>Atención multidimensional y multidisciplinaria</li> <li>Marco jurídico adecuado</li> <li>Recursos asignados</li> </ul> | 19<br>18<br>10<br>9<br>8<br>8<br>8<br>6<br>4<br>4<br>2<br>2<br>2 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Establecer y unificar programas de capacitación</li> <li>Mejorar la calidad de la atención y estandarizar procesos</li> <li>Establecer redes de atención para referencia y contrarreferencia</li> <li>Incrementar la plantilla de personal capacitado</li> <li>Áreas físicas con infraestructura y equipamiento adecuado</li> <li>Abasto y acceso adecuado a medicamentos esenciales</li> <li>Realizar visitas domiciliarias</li> <li>Gestionar equipo multidisciplinario</li> <li>Ampliar cobertura y horarios de atención</li> <li>Apoyos de autoridades federales y estatales</li> <li>Enfoque de atención integral, no solo atención al dolor</li> <li>Docencia e investigación</li> <li>Sensibilizar a la población en general y fomentar trabajo comunitario</li> <li>Implementar servicios con sustento en el marco normativo</li> <li>Disminuir costos de atención en salud</li> </ul> | 18<br>16<br>11<br>8<br>8<br>7<br>6<br>5<br>5<br>4<br>4<br>3<br>2<br>2<br>1 |
| <b>Debilidades</b>   | <b>%</b>   | <b>Amenazas</b>   | <b>%</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>El personal asignado no esta capacitado</li> <li>Área física e infraestructura inadecuada</li> <li>Recursos humanos insuficientes para formar equipos</li> <li>Poca disponibilidad de medicamentos opioides</li> <li>Recursos materiales insuficientes para atención domiciliaria</li> <li>No existen manuales de organización y protocolos de atención</li> <li>No existe sistema eficiente de referencia contrarreferencia</li> <li>El personal asignado no es exclusivo</li> <li>Horarios y turnos restringidos</li> </ul>   | 18<br>17<br>15<br>11<br>10<br>9<br>8<br>7<br>5                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>El personal insuficiente para cubrir la demanda</li> <li>Desconocimiento y falta de interés de las autoridades</li> <li>Fallas en referencia y contrarreferencia oportuna</li> <li>Personal no capacitado</li> <li>Falta de presupuesto etiquetado</li> <li>Desconocimiento y falta de sensibilización de profesionales</li> <li>Insumos insuficientes</li> <li>No se cuenta con área física o es inadecuada</li> <li>Poca credibilidad en el programa por la población</li> <li>No existe continuidad de atención</li> <li>Riesgo de Burnout</li> <li>Carencia de redes de atención en todos los niveles</li> <li>Resistencia del personal de salud para formar equipo</li> <li>No se brinda atención domiciliaria por falta de recursos</li> </ul>   | 21<br>14<br>10<br>10<br>9<br>9<br>8<br>7<br>4<br>3<br>2<br>1<br>1<br>1     |

Fuente: Encuesta Nacional de Recursos y Funcionamiento de Servicios de Cuidados Paliativos. Departamento de CP, Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Secretaría de Salud.



**TABLA #6 Análisis de fuerzas que promueven u obstaculizan el adecuado funcionamiento de los servicios de CP.**

|                 |  |   |   |
|-----------------|--|---|---|
| <b>Internas</b> |  | <b>Fuerzas (+)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El personal está interesado, motivado, comprometido y dispuesto a trabajar en equipo.</li> <li>- Áreas físicas e insumos adecuados.</li> <li>- Disponibilidad de opioides para el manejo del dolor.</li> </ul>  | <b>Debilidades (-)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de capacitación en el personal.</li> <li>- Recursos humanos insuficientes para formar equipos.</li> <li>- Horarios y turnos restringidos.</li> <li>- Falta de protocolos centrados en la persona y con calidad de la atención.</li> </ul> |
| <b>Externas</b> | <b>Oportunidades</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existe interés por parte de las autoridades estatales y locales para la implementación de estos servicios.</li> <li>- Marco jurídico adecuado.</li> </ul>  | <b>Alternativas Fuerzas / Oportunidades</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer y unificar programas de capacitación.</li> <li>- Establecimiento de redes de atención.</li> <li>- Incrementar los integrantes del equipo multidisciplinario con capacitación.</li> </ul>                                    | <b>Alternativas Debilidades / Oportunidades</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ampliar cobertura de horarios de atención.</li> <li>- Estandarización de procesos bajo el marco jurídico actual.</li> <li>- Apoyo de las autoridades para incrementar la plantilla de personal.</li> </ul>             |
|                 | <b>Amenazas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de presupuesto destinado para este fin.</li> <li>- Falta de sensibilización de la población.</li> <li>- Poca credibilidad del programa por el personal de salud.</li> <li>- Falta de continuidad en la atención.</li> <li>- Desconocimiento de los criterios de referencia a CP por los servicios interconsultantes.</li> </ul> | <b>Alternativas Fuerzas / Amenazas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilización de la población por el personal en capacitación.</li> <li>- Capacitación del personal a múltiples niveles de atención.</li> <li>- Promover el servicio con las instituciones de salud a la población y personal.</li> </ul> | <b>Alternativas Debilidades / Amenazas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer protocolos sistematizados.</li> <li>- Revisar los procesos para la promoción del servicio entre el personal de salud y la población.</li> </ul>  |

Fuente: Elaboración propia, con modificaciones de la información de los resultados de la Encuesta Nacional de Recursos y Funcionamiento de Servicios de Cuidados Paliativos. Departamento de CP, Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Secretaría de Salud.

**TABLA #7 Principales problemas percibidos por personal de salud, familiares y pacientes sobre la atención de los servicios de CP en hospitales.**

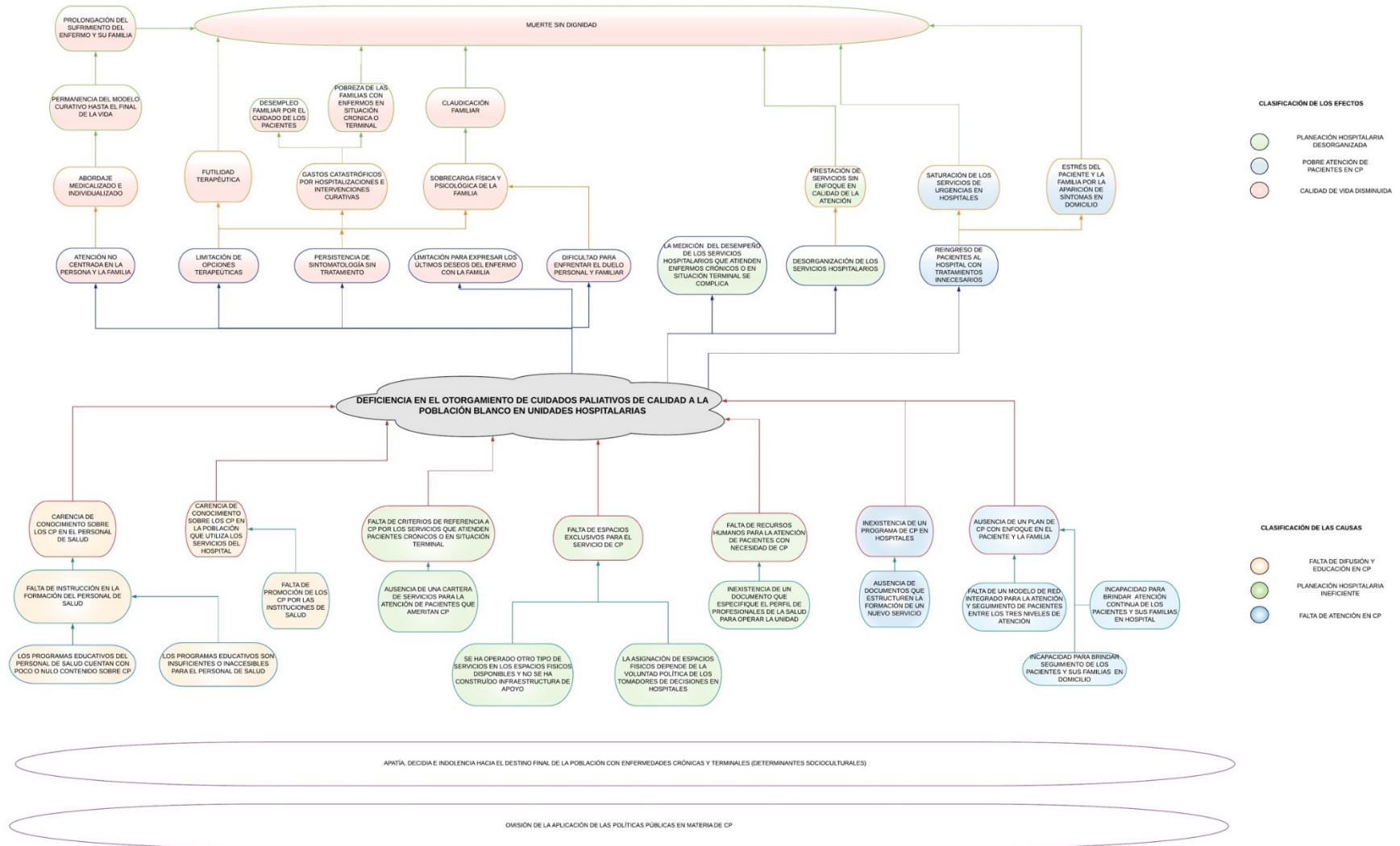
| Entrevistado  | Problemas percibidos  |
|---|---|
| Trabajadora social en CP  | 1.- Es complicado conocer la red familiar del paciente. 2.- El seguimiento en domicilio es nulo.  |
| Médico adscrito, acupunturista.   | 1.- Desconocimiento de los CP por gran parte del personal de salud. 2.- Gran parte de interconsultas se reciben cuando el paciente se encuentra en etapa de agonía.   |
| Jefe de servicio, Médico algólogo paliativista.   | 1.- Desconocimiento de los CP por gran parte del personal de salud. 2.- Gran parte de interconsultas se reciben cuando el paciente se encuentra en etapa de agonía.   |
| Psicóloga   | 1.- Desconocimiento de los CP por gran parte del personal de salud.   |
| Jefe de servicio, Médico algólogo paliativista. Coordinadora de curso de alta especialidad. | 1.- Existe desconocimiento de los CP por gran parte del personal del hospital. 2.- No existe forma de registrar electrónicamente las intervenciones del equipo de CP.   |
| Jefe del Dpto. de CP de la DGCES SSA  | 1.- Desconocimiento de los CP por gran parte del personal de salud. 2.- Poco interés por parte de las instituciones para genera unidades de CP. 3.- La descentralización de los servicios de salud dificulta la planeación homogénea de unidades. 4.- La prioridad se basa en la voluntad política. |
| Jefe de división, ISSSTE, Cirujano oncólogo.  | 1.- Pocos servicios conocen que existe un servicio de CP. 2.- No existe una adecuada planeación del servicio de CP. 3.- Se atienden pocos pacientes, en su mayoría oncológicos.   |
| Familiar  | 1.- Desconocimiento de los CP por gran parte del personal de salud al cuidado de su familiar.   |
| Familiar  | 1.- Los médicos que atienden a su familiar no saben sobre los CP. 2.- Los tiempos de atención en urgencias son largos. 3.- La calidad de informes que se dan en el hospital es mala   |

|          |  |
|----------|--|
| Paciente | 1.- No todo el personal conoce los CP. 2.- La sensibilidad del personal de salud que atiende en clínicas y hospitales debe ser similar a la del personal de CP. 3.- Los tiempos de referencia a CP son largos. |
| Paciente | 1.- Desconocimiento de los CP por gran parte del personal de salud. 2.- Poco interés por parte de las instituciones para dar promoción a los CP.   |

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas semiestructuradas realizadas a familiares y usuarios de servicios de CP

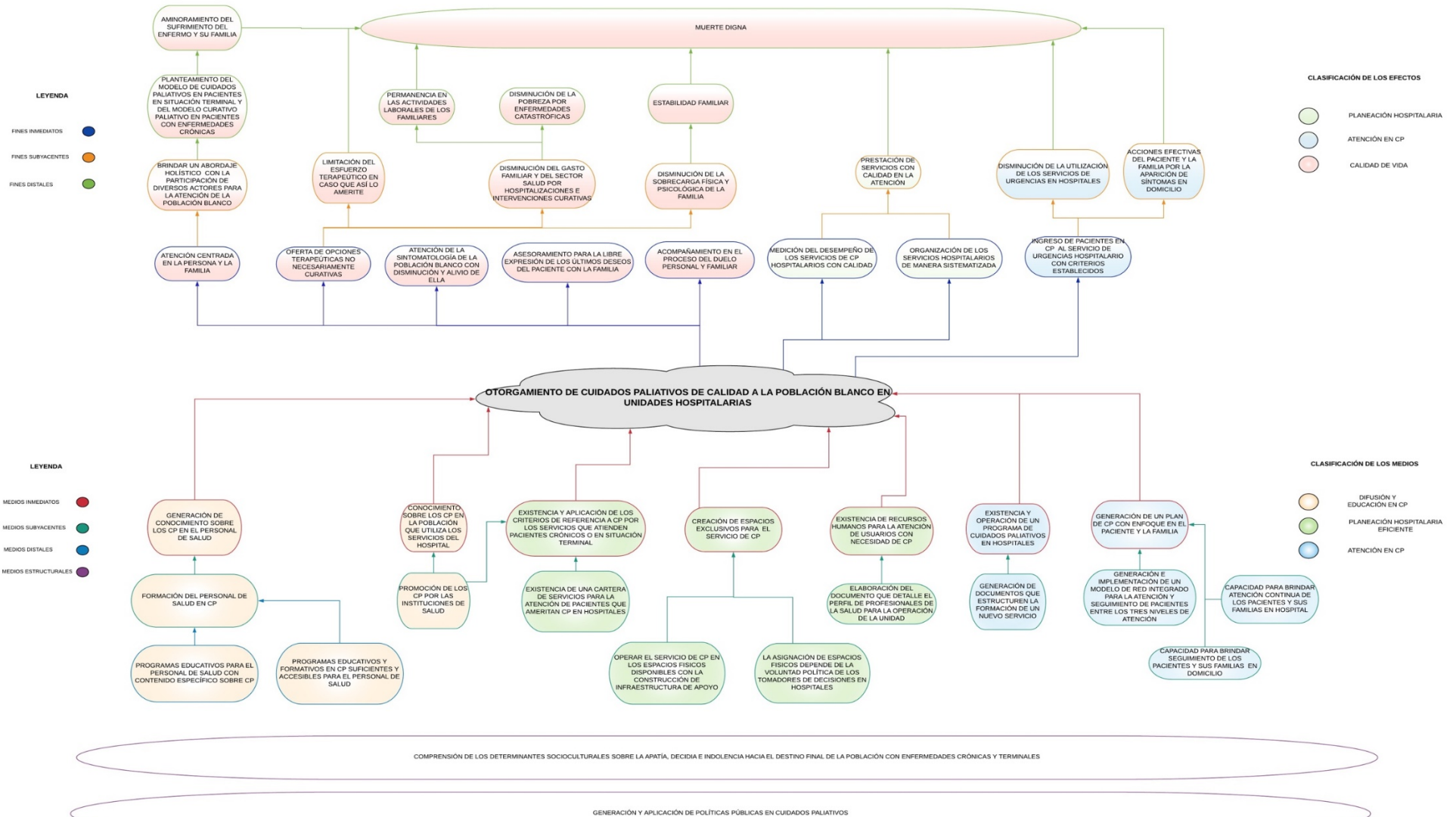
# DIAGRAMA #1 Análisis del problema (Árbol de problemas)

## ÁRBOL DE PROBLEMAS



# DIAGRAMA #2 Análisis de objetivos (Árbol de objetivos)

## ÁRBOL DE OBJETIVOS



**TABLA #8 Resumen general de la Matriz de Marco Lógico**

| Nivel       | Resumen narrativo  | Indicadores  |
|-------------|--|--|
| Fin         | Contribuir a que la población atendida en las unidades de CP tenga una muerte digna. | 1.- Atención del <b>60% de la Población blanco cuantificada</b> al término del primer año de la implementación del proyecto recibió CP.  |
| Propósito   | Otorgamiento de CP de calidad a la población blanco con en unidades hospitalarias.   | 2.- La <b>evaluación del servicio de CP</b> obtuvo un puntaje de 60% tras un año de la implementación del proyecto.<br>3.- La <b>muerte con calidad de la población atendida</b> tuvo un índice superior al 70% tras un año de la implementación del proyecto.   |
| Componentes | C1. Planeación del programa de CP en hospital realizada.                             | 4.- <b>Tiempo que tarda la operación de la unidad de CP</b> desde la puesta en marcha del proyecto.<br>5.- El personal de las diferentes áreas del equipo en CP está integrado al 100% tras un año de la puesta en marcha del proyecto.<br>6.- <b>Estimación de la población potencial</b> para su atención en CP.   |
|             | C2. Atención otorgada en CP.   | 7.- La <b>evaluación del dolor</b> de la población atendida tras la implementación del plan en CP se mantiene menor a 3 puntos hasta su egreso o defunción.<br>8.- El porcentaje de <b>aceptación de CP</b> en la población blanco por servicio tratante es de 80% al término de un año de la implementación del proyecto.<br>9.- Las <b>referencias a CP</b> por los servicios tratantes corresponden al 80% de las muertes de la población blanco reportadas al término de un año de la implementación del proyecto.<br>10.- El 80% de la población atendida recibió el <b>protocolo completo de atención</b> al término de un año de la implementación del proyecto.<br>11.- El porcentaje de la <b>mortalidad ocurrida en domicilio</b> de la población atendida en CP es superior al 50% al término de un año de la implementación del proyecto.<br>12.- Las <b>referencias de los pacientes por servicio</b> tratante fue de un 80% de la población blanco calculada al término de un año de la implementación del proyecto.<br>13.- El puntaje promedio de los cuestionarios de <b>calidad de morir y muerte en población atendida</b> en CP por servicio tratante es superior al 60% al término del primer año de la implementación del proyecto.<br>14.- La relación del <b>tiempo de IC</b> con el tiempo de atención de la población blanco es menor a 24 horas en promedio tras un año de la implementación del proyecto.<br>15.- El <b>tiempo que transcurre desde el envío de la IC</b> de un paciente con necesidad de CP por el servicio tratante a la atención de la interconsulta enviada por el equipo de CP es menor a 24 horas en promedio tras un año de la implementación del proyecto. |
|             | C3. Difusión y educación en CP otorgada.   | 16.- <b>Evaluación de las competencias</b> del personal de salud con capacitación en CP.   |

**TABLA #9 Matriz de Marco Lógico**

| Nivel     | Resumen narrativo  | Indicadores  | Medios de verificación   | Supuestos  |
|-----------|--|--|--|--|
| Fin       | Contribuir a que la población atendida en las unidades de CP tenga una muerte digna. | 1.- El 60% de la Población blanco cuantificada al término del primer año de la implementación del proyecto recibió CP.   | Registros de mortalidad hospitalaria<br><br>Registros de pacientes (PALIA-Reg)   | - Se ha creado la unidad de CP en hospital.<br><br>Se cuentan con las estadísticas de morbimortalidad de la población blanco desagregadas por padecimiento de importancia.   |
| Propósito | Otorgamiento de CP de calidad a la población blanco con en unidades hospitalarias.   | 2.- La evaluación del servicio de CP obtuvo un puntaje de 60% tras un año de la implementación del proyecto.<br><br>3.- La muerte con calidad de la población atendida tuvo un índice superior al 70% tras un año de la implementación del proyecto. | Cédula de evaluación de los servicios de CP hospitalarios (PALIA-Ev)<br><br>Registros del cuestionario QODD-ESP12 en (PALIA-Reg) | - Existe una unidad de CP en operación en el hospital.<br><br>- Se cuenta con personal capacitado con habilidades y conocimientos para brindar atención en CP.<br><br>- Se cuenta con un equipo interdisciplinario que realice la aplicación de cuestionarios. |

|             |  |   |   |   |
|-------------|--|---|---|---|
|             |  |   |   | - 80% de las familias a las que se les aplica el cuestionario lo responden.   |
| Componentes | C1. Planeación del programa de CP en hospital realizada. | <p>4.- Tiempo que tarda la operación de la unidad de CP desde la puesta en marcha del proyecto.</p> <p>5.- El personal de las diferentes áreas del equipo en CP está integrado al 100% tras un año de la puesta en marcha del proyecto.</p> <p>6.- Estimación de la población potencial para su atención en CP.</p> | <p>Documento de aprobación del proyecto.</p> <p>Registro de la fecha de inclusión del personal en las de actividades del servicio en operación.</p> <p>Fecha de inclusión del personal en las de actividades del servicio en operación.</p> <p>Registros de morbilidad hospitalaria</p> | <p>- Los CP forman parte de la prioridad en la planeación de servicios hospitalarios.</p> <p>Se cuenta con información de morbilidad de por lo menos 5 años anteriores.</p> |
|             | C2. Atención otorgada en CP.                             | <p>7.- La evaluación del dolor de la población atendida tras la implementación del plan en CP se mantiene menor a 3 puntos hasta su egreso o defunción.</p> <p>8.- El porcentaje de aceptación de CP en la</p>  | <p>Registros de pacientes (PALIA-Reg)</p> <p>Registro de interconsultas (PALIA-In)</p>  | <p>- El personal de salud de los diversos servicios hospitalarios refieren pacientes al servicio de CP.</p> <p>- Se cuenta con un equipo interdisciplinario con</p>         |



|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
|  |  | <p>población blanco por servicio tratante es de 80% al término de un año de la implementación del proyecto.</p> <p>9.- Las referencias a CP por los servicios tratantes corresponden al 80% de las muertes de la población blanco reportadas al término de un año de la implementación del proyecto.</p> <p>10.- El 80% de la población atendida recibió el protocolo completo de atención al término de un año de la implementación del proyecto.</p> <p>11.- El porcentaje de la mortalidad ocurrida en domicilio de la población atendida en CP es superior al 50% al término de un año de la implementación del proyecto.</p> <p>12.- Las referencias de los pacientes por servicio</p> | <p>Registros de morbimortalidad hospitalaria</p> <p>Registros del cuestionario de Calidad de morir y muerte en (PALIA-Reg)</p> | <p>las competencias necesarias para la operación de la unidad de CP.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se cumple con los criterios de inclusión de pacientes a CP.</li> <li>- Se ha capacitado al personal de salud en CP.</li> </ul> |
|--|--|---|--|--|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  | <p>tratante fue de un 80% de la población blanco calculada al término de un año de la implementación del proyecto.</p> <p>13.- El puntaje promedio de los cuestionarios de calidad de morir y muerte en población atendida en CP por servicio tratante es superior al 60% al término del primer año de la implementación del proyecto.</p> <p>14.- La relación del tiempo de IC con el tiempo de atención de la población blanco es menor a 24 horas en promedio tras un año de la implementación del proyecto.</p> <p>15.- El tiempo que transcurre desde el envío de la IC de un paciente con necesidad de CP por el servicio tratante a la atención de la interconsulta enviada por el equipo de CP es menor a 24 horas en promedio</p> |  |  |
|--|--|--|--|--|

|             |   |   |  |   |
|-------------|---|---|--|---|
|             |   | tras un año de la implementación del proyecto.                                    |  |   |
|             | C3. Difusión y educación en CP otorgada.  | 16.- Evaluación de las competencias del personal de salud con capacitación en CP. | Instrumento de evaluación de competencias.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se promueven los cursos de capacitación en CP al personal de salud.</li> <li>- El personal de salud del hospital acude a los cursos de capacitación y los concluyen satisfactoriamente.</li> </ul>   |
| Actividades | <p>A1.1. Diseño del estudio de factibilidad de infraestructura.</p> <p>A1.2. Elaboración del perfil de puestos.</p> <p>A1.3. Elaboración del cuadro de recursos materiales.</p> <p>A1.4. Diseño de documentos técnicos.</p> <p>A1.5. Personal contratado por función.</p> <p>A1.6. Mortalidad de población potencial registrada en hospital.</p> <p>A1.7. Morbilidad de población potencial registrada en hospital.</p> |   | <p>Documentos técnicos</p> <p>Registro de personal en coordinación de CP</p> <p>Registros de mortalidad hospitalaria</p> <p>Registros de morbilidad hospitalaria</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- El interés de los actores involucrados en la planeación de la unidad de CP se mantiene al inicio del proyecto.</li> <li>- Existen convenios firmados para el desarrollo y operación del proyecto.</li> <li>- Los programas de capacitación se llevan a cabo según los planes de ejecución en término de tiempo, calidad y cantidad.</li> </ul> |

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  |  |  |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se identifica la morbimortalidad de la población blanco por el servicio de estadística hospitalaria.</li> <li>- Los registros de los pacientes son llenados adecuadamente en el sistema de registro.</li> <li>- Los servicios involucrados en la atención de la población blanco están informados sobre las reuniones interservicio.</li> </ul> |
|  | <p>2.1. Envío de referencias a CP por servicio.</p> <p>2.2. Evaluación de población blanco para envió a CP.</p> <p>2.3. Promedio de evaluación del dolor por servicio.</p> <p>2.4. Elaboración de plan de atención hospitalaria por elemento del equipo de CP.</p> |  | <p>Registro de interconsultas (PALIA-In)</p> <p>Registros de pacientes (PALIA-Reg)</p> <p>Cuestionario QODD-ESP12</p> |  |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  | <p>2.5. Porcentaje de pacientes enviados a domicilio con plan de seguimiento.</p> <p>2.6. Ingresos al servicio de CP.</p> <p>2.7. Mortalidad registrada de la población atendida en hospital.</p> <p>2.8. Mortalidad registrada de la población atendida en domicilio.</p> <p>2.9. Referencias realizadas por servicio.</p> <p>2.11 Puntaje de los cuestionarios de calidad de morir y muerte de la población atendida en CP.</p> <p>2.12 Fecha y hora del ingreso de pacientes con necesidad de CP.</p> <p>2.13 Fecha y hora de atención de IC por el equipo de CP.</p> |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

|  |   |  |   |   |
|--|---|--|---|---|
|  | <p>A3.1. Diseño de cursos en CP.<br/> 3.2. Cursos impartidos.<br/> 3.3. Personal de salud que asiste a la totalidad del curso en CP.<br/> 3.4. Personal de salud que aprueba el curso en CP.<br/> 3.5. Promoción de CP a la población blanco.<br/> 3.6. Reuniones interservicio realizadas.</p> |  | <p>Programa del curso a impartir</p> <p>Registro de cursos</p> <p>Registro de asistencia</p> <p>Registro de evaluación individual a determinar por cada hospital</p> <p>Registro de reuniones</p> | <p>Los programas de educación y difusión están adecuadamente elaborados.</p> <p>Se fomenta la participación del personal para tomar los cursos en CP.</p> |
|--|---|--|---|---|

## **B. Cálculo de recursos de infraestructura, humanos y materiales**

Además de la MML, se realizó un cálculo aproximado de recursos de infraestructura, humanos y materiales para la adecuada planeación y operación de una unidad de CP hospitalaria que se incluye en el anexo 10.

Para el caso de los recursos de infraestructura se diseñaron varias salas en dos servicios:

- Servicio administrativo
- Consulta externa

En el servicio administrativo se diseñaron una recepción con un costo aproximado de \$23,796 pesos, una sala de usos múltiples con un costo de \$25,361 pesos y una sala de espera con un valor aproximado de \$32,310 pesos. En el área de consulta externa se diseñaron 4 consultorios para la atención integral de pacientes, un consultorio de medicina de \$211,054 pesos, uno de nutrición de \$89,702 pesos, uno de psicología de \$30,075 pesos y uno de rehabilitación y acupuntura con un costo de \$187,021 pesos, siendo un total de \$600,000 pesos aproximadamente.

En el caso de los recursos humanos se generaron los costos aproximados de los salarios de los profesionales que conforman el equipo de CP. Como primer lugar se asignó un médico especialista A con un sueldo bruto mensual total de \$36,558 pesos, un Médico general A con un sueldo de \$30,860, un Psicólogo especializado con un sueldo de \$27,012 pesos, un Terapeuta profesional en Rehabilitación con un sueldo de \$24,438 pesos, un Licenciado en Ciencias de la Nutrición con un salario de \$20,108 pesos, una Enfermera general titulada A que percibe \$18,805 pesos y un Trabajador social en área médica A con un salario de \$16,841 pesos, siendo un total de \$174,622 pesos mensuales, se realizó el cálculo para el total anual dando como resultado \$2,095,464 pesos.

Para el listado de medicamentos se obtuvo el cuadro básico de la Guía de Práctica Clínica de CP siendo un total de 38 medicamentos más 12 medicamentos del cuadro contemplado en el CAUSES para el manejo ambulatorio de CP y dolor crónico.

## **Discusión**

La Metodología de Marco Lógico pretende dirigir y controlar una organización de manera estratégica, ha sido una herramienta muy útil para la dirección de las organizaciones públicas. Sin embargo, su implementación requiere de una estructura adaptada al contexto para el que se quiera incorporar(35)(47). La nueva gestión pública requiere de un cambio en el que se pretende estandarizar y sistematizar los programas gubernamentales, el esquema de evaluación de Marco Lógico es válido para nuestro país, hoy en día varias instituciones lo han adoptado como metodología para la planeación, organización, dirección y control. Este proyecto se apega a lo ya mencionado ya que cuenta con los mecanismos necesarios para ser implementado y evaluado con la posibilidad de recibir retroalimentación tras su puesta en marcha y adaptarse a las condiciones de la institución en el que se pretende implementar.

El diseño de este proyecto pretende, desde un principio, formar un servicio interconsultante con la posibilidad de brindar seguimiento a los pacientes que lo necesitan hasta su egreso a domicilio sin la necesidad de asumir la responsabilidad completa de ellos, esto es consistente con las publicaciones de otros autores en los que mencionan que el rol del servicio interconsultante puede variar, algunos servicios solo emiten recomendaciones mientras que otros asumen el total cuidado del paciente. Un servicio basado en recomendaciones es más fácil de iniciar y mantener. Entre las desventajas de asumir la responsabilidad de los pacientes en su totalidad se encuentran: requerimiento de tiempo completo, personal activo en turnos nocturnos y fines de semana, entre otros(48). En contraste, nos adaptamos a un proyecto nuevo, y este tendrá que mejorarse con la realimentación tras haberlo implementado hasta alcanzar la formación de un servicio independiente y resolutivo.



Se proponen al menos 15 indicadores que pretenden, en una primera fase, medir los alcances del proyecto, establecer metas de referencia y corroborar si estos arrojan la información deseada con la oportunidad de realizar modificaciones. De acuerdo con un estudio realizado en Japón, los indicadores de calidad para programas en CP deben medir los cambios de la unidad a través del tiempo, es importante evaluar los resultados del programa para mejorar las debilidades, y promover el bienestar en la población atendida(49).

Los costos en salud al final de la vida se han estimado entre el 10 al 15% del total de gastos en salud en países desarrollados(50). El costo estimado de contar con un equipo de 7 personas operando la unidad de CP en hospital asciende a 2 millones de pesos para una estimación de costos del año 2017. Sin embargo, habrá que considerar la cantidad esperada de pacientes que se atenderían, la oportunidad de instaurar el tratamiento paliativo, la de egresar a los pacientes a domicilio y generar una red de seguimiento con el primer nivel. Esta proyección está planteada en la propuesta de este proyecto y permite a las instituciones generar una métrica operable a su población potencial. Si los protocolos de tratamiento se instauran de manera efectiva, el ahorro económico en el hospital por la utilización de servicios que puedan ser innecesarios sería benéfico para la institución. De acuerdo con una revisión sistemática realizada en Irlanda que examinó 46 estudios internacionales de costo efectividad de intervenciones de CP refiere que dichas intervenciones son menos costosas comparadas con las convencionales (curativas) y también han demostrado su costo-efectividad(51). Es necesaria la generación de redes integradas de servicios de salud. El primer nivel de atención y la comunidad juegan un papel importante dentro de la atención paliativa, su participación puede disminuir los costos hospitalarios en CP en el último año de vida de los individuos(52).

Los padecimientos que ameritan CP van más allá de las enfermedades terminales como el cáncer, también existen enfermedades no oncológicas que deben recibir asistencia paliativa desde el momento del diagnóstico y aparición de complicaciones. De ser así, la población potencial se incrementaría, así como el número de intervenciones, el acceso a los CP deberá extenderse a toda la población

que lo demande, esto concuerda con los argumentos del Libro *Textbook of palliative medicine and supportive care* refiriendo que el acceso óptimo para la atención en CP es un reto, ya que existe una gran población que padece enfermedades cardíacas, pulmonares, y neurodegenerativas que desafortunadamente mueren en el olvido del sistema de salud(53).

Este proyecto no se enfoca en la evaluación de la calidad de vida, sino de la muerte, la cual es definida como “el grado en el que las preferencias de una persona para morir y en el momento de la muerte son concordantes con las observaciones de otros individuos de cómo la persona murió en realidad”(15); sin embargo, cuantifica todos los procesos que permitan que esto sea posible.

## **Conclusiones**

La muerte más allá de ser un evento que ocurre en un individuo debe ser considerado como un proceso en el que la persona tiene necesidades específicas, este tiene derecho a que estas sean satisfechas en su totalidad para alcanzar una muerte digna. En ellas convergen el bienestar físico, mental, espiritual, social y otras como el sentido y valor de la vida y la muerte. Este trabajo se diseñó para satisfacer dichas necesidades con el mayor control posible en las instituciones de salud respaldado en todo momento por el marco jurídico que nos rige.

## **Limitaciones y fortalezas**

Una de las grandes limitaciones para el diseño de este estudio fue la representatividad que este pudiera tener con las diversas instituciones de salud, cada una cuenta con lineamientos y modelos de administración de los servicios que podrían hacer que este proyecto no se ajuste plenamente a las características de cada institución, ya que gran parte de las actividades están diseñadas para que diversos actores asuman la responsabilidad de realizarlas. Sin embargo, el modelo es perfectamente adaptable y pueden tomarse varios aspectos del mismo para mejorar la planeación de unidades de CP.

La metodología de marco lógico es muy estricta, requiere de la participación de diversos actores para la planeación de proyectos en todas las fases metodológicas. En la primera fase, para el análisis de actores fue en donde se obtuvo mayor representatividad, dado que el análisis FODA se realizó (en un primer paso) a partir de una encuesta nacional a prestadores de servicios de CP, no se tomó en cuenta una muestra similar para otros actores como lo son: familias, pacientes o tomadores de decisiones quienes también son parte importante para la planeación de servicios, pues aportan información valiosa que permite ver el panorama de una manera global. No obstante, se realizaron entrevistas a algunos de estos actores ya mencionados, y a pesar de tener menor representatividad estadística por ser un método de recolección de datos distinto, al analizarse la información esta fue similar con la reportada por la encuesta nacional con el personal de salud. En los demás pasos de la metodología se consultó en todo momento al comité de este proyecto y a personal de salud que labora en algunas unidades de CP para analizar la factibilidad de los objetivos en el árbol de problemas y en el desarrollo de la matriz, esto podría no representar a todas las unidades en funcionamiento pero se debe tomar como un acercamiento a la realidad de la operación de las mismas.

El proyecto no se realizó de manera que respondiera a necesidades específicas, como lo es la implementación de una unidad de CP pediátricos, o en la que solamente se atiendan padecimientos de una rama.

La falta de recursos económicos para realizar este proyecto se consideró como una limitante menor, pues gran parte de este trabajo fue un estudio de gabinete, también se visitaron algunas unidades dentro de la ciudad y fue imposible salir de ella para conocer la experiencia de otras unidades en otros estados.

El desarrolló de este trabajo llegó hasta la fase de diseño, no fue posible conocer si este podía ser llevado a la operación con efectividad.

El diseño de este proyecto se encuentra alineado con las metas nacionales y sectoriales de salud, así como con algunos de los elementos del programa Nacional de CP, y en general con los documentos de carácter oficial de nuestro país.

Este proyecto brinda un abordaje médico administrativo para la operación de un servicio con necesidad creciente. En él se detallan los macroprocesos del cómo se debe operar una unidad de CP a nivel hospitalario, con la facilidad de ser adaptable a cualquier contexto institucional de nuestro país.

## **Recomendaciones**

La planeación de las unidades de CP deberá respetar la alineación con las metas nacionales y sectoriales, así como con el programa nacional para contribuir al fin común, en este trabajo tal fin pretende alcanzar la muerte digna de la población que requiere CP en un ambiente hospitalario. Por lo que se recomienda la sistematización de procesos, promover el diseño de mejores indicadores del desempeño para una adecuada rendición de cuentas y también para generar evidencia que respalde la el diseño y evaluación de las intervenciones en CP sobre el tratamiento convencional a pacientes que los necesitan.

Las reuniones en las que se convoque a los actores involucrados en la planeación de intervenciones en CP deberán contemplar al personal de salud, pacientes, familias, tomadores de decisiones, y otros, para contemplar la visión de todas las partes y lograr mejores resultados en el análisis causa de los problemas a los que se enfrentan. Se pueden realizar talleres, grupos focales, entrevistas, etcétera. Para ello, la secretaria de salud como instancia rectora, deberá realizar y gestionar dichas actividades acorde a lo que se pretende conocer y analizar. El trabajo intersectorial es imprescindible, ya que nos enfrentamos a un sistema de salud descentralizado y fragmentado en el que se requiere trabajar en equipo para lograr objetivos comunes. El trabajo intersectorial colabora con el análisis de las intervenciones, unifica criterios y retroalimenta las actividades entre sí para lograr un mejor trabajo por el bien de la sociedad.

Este trabajo puede servir como un modelo de arranque para el monitoreo y evaluación del desempeño de las unidades de CP hospitalarias. Puede que el modelo no sea exacto para cubrir las necesidades de cada hospital, pero la idea central es tomar los elementos base de la metodología y la medición para la adaptación a unidades en particular. Se recomienda que se realice una primera fase como piloto en alguna unidad de reciente operación, para la selección se deberán tomar en cuenta algunos aspectos como la facilidad de la obtención de datos, la oportunidad de registrar las actividades en el sistema electrónico, la cultura

organizacional, entre otros aspectos. Posterior al término del periodo de medición, se podría analizar la información que se obtuvo y mejorar el diseño del proyecto para mejorar los procesos, eliminar aspectos innecesarios o diseñar nuevos mecanismos de control. Los instrumentos de medición como PALIA-Ev y las metas de los indicadores deberán ser ajustados conforme se den los primeros resultados. No será necesario realizar evaluaciones frecuentes de la infraestructura pero si se deberá generar un control de los procesos a través de su mapeo y monitoreo en una siguiente fase. Si el proyecto resulta ser efectivo, este podría ser llevado a la operación en más unidades, esto podría aportar de manera importante a generar evidencia sobre los logros y ventajas de contar con unidades de CP sobre el modelo médico-hegemónico que prevalece en nuestros días. También podría ser de utilidad para generar el primer observatorio del desempeño de unidades de CP, fomentando la cultura del trabajo en equipo para lograr las metas estipuladas y obtener beneficios e incentivos.

También, se resalta la necesidad de fomentar la educación en CP. El ejercicio de los CP no son competencia únicamente del personal médico en un área en específico, todos los profesionales de la salud tienen un papel importante en la atención de personas con esta necesidad, por lo que con el paso del tiempo se deberán abrir nuevas oportunidades para el personal de salud interesado en la formación en esta materia. El desarrollo de intervenciones e investigaciones que refuercen el concepto de muerte con calidad como un tema de salud pública prioritario pueden culminar en el desarrollo de mejores políticas públicas, la toma de decisiones con mayor eficiencia y abrir paso a la generación de nuevas hipótesis que puedan resolverse promoviendo la inclusión de todos los actores involucrados como lo son el personal de salud, las familias, los pacientes, los tomadores de decisiones, la sociedad, organismos internacionales, etcétera.

La atención paliativa no es exclusiva del segundo o tercer nivel de atención, esta deberá ser llevada en todos los niveles, con énfasis en el primer nivel de atención, el cuál es la puerta de entrada al sistema de salud. Se deberán realizar

intervenciones que ayuden al primer nivel a brindar apoyo de los pacientes y sus familias en domicilio. La utilización del servicio de CP a nivel hospitalario siempre deberá basarse en los criterios ya establecidos, la promoción de los CP en la población y en el personal de salud es vital para el crecimiento de esta rama en todos los niveles.

El modelo de atención centrado en la persona, pretende involucrar a los pacientes y sus familias quienes son una parte muy importante del sistema de salud, al estar presentes durante todo el proceso de atención, no solo en el otorgamiento de servicios sino en la participación de la planeación, implementación y evaluación de dicho proceso. Desde luego, los dominios de la atención centrada en la persona como son: el respeto por las preferencias y valores del paciente, el apoyo emocional, el confort físico, la información, comunicación y educación, la continuidad, la coordinación en la atención, el involucramiento de la familia y amigos y por último el acceso; deberán estar envueltos en cada una de las acciones en el otorgamiento de servicios a pacientes con la necesidad de CP. Para lograrlo, la organización deberá asumir un papel de liderazgo que fomente la educación continua, que incentive al personal que logre los niveles de desempeño deseados y que mejorar la calidad de la atención, sea una actividad permanente. Generar evidencia sobre la atención centrada en la persona, es una necesidad para el bien de los pacientes y de todos los individuos que forman a la institución.

Los CP son una realidad, hoy en día se cuenta con un marco jurídico fuerte, de carácter obligatorio para todas aquellas instituciones que atiendan a enfermos con la necesidad de ellos. Así como una persona nace, crece y se desarrolla plenamente también tiene derecho de tener una muerte plena y digna, es por ello que se recomienda que los CP sean incluidos dentro de las acciones preventivas y de promoción de la salud como parte del curso de vida. Afortunadamente se han sumado equipos y algunos tomadores de decisiones son conscientes de la factibilidad que representa en la contribución de la calidad de vida y de muerte de las personas.

# **ANEXOS**

**ANEXO #1 Matriz para la elaboración de Medios de verificación.**



| Nivel       | Resumen narrativo  | Indicadores  | Medios de verificación   | Método de recolección | Método de análisis  | Frecuencia | Responsable                          |
|-------------|--|--|--|-----------------------|---------------------|------------|--------------------------------------|
| Fin         | Contribuir a que la población atendida en las unidades de CP tenga una muerte digna. | 1.- El 60% de la Población blanco cuantificada al término del primer año de la implementación del proyecto recibió CP.           | Registros de mortalidad hospitalaria                                 | Revisión de registros | Aritmético          | Anual      | Jefe de servicio de CP               |
|             |  |  | Registros de pacientes (PALIA-Reg)                                   | Revisión de registros | Aritmético          | Anual      | Jefe de servicio de CP               |
| Propósito   | Otorgamiento de CP de calidad a la población blanco con en unidades hospitalarias.   | 2.- La evaluación del servicio de CP obtuvo un puntaje de 60% tras un año de la implementación del proyecto.                     | Cédula de evaluación de los servicios de CP hospitalarios (PALIA-Ev) | Revisión de registros | Simple verificación | Anual      | Departamento de Calidad hospitalaria |
|             |  | 3.- La muerte con calidad de la población atendida tuvo un índice superior al 70% tras un año de la implementación del proyecto. | Registros del cuestionario QODD-ESP12 en (PALIA-Reg)                 | Revisión de registros | Aritmético          | Anual      | Departamento de Calidad hospitalaria |
| Componentes | C1. Planeación del programa de   | 4.- Tiempo que tarda la operación de la  | Documento de aprobación del proyecto con                             | Revisión de registros | Simple verificación | Única      | Departamento de                      |

|                           |  |   |                       |                     |       |   |
|---------------------------|--|---|-----------------------|---------------------|-------|---|
| CP en hospital realizada. | unidad de CP desde la puesta en marcha del proyecto.   | fecha tentativa de arranque.  |                       |                     |       | Planeación hospitalaria                 |
|                           |  | Registro de la fecha de inclusión del personal en las de actividades del servicio en operación. | Revisión de registros | Simple verificación | Única | Departamento de Planeación hospitalaria |
|                           | 5.- El personal de las diferentes áreas del equipo en CP está integrado al 100% tras un año de la puesta en marcha del proyecto. | Fecha de inclusión del personal en las de actividades del servicio en operación.                | Revisión de registros | Simple verificación | Anual | Departamento de Calidad hospitalaria    |
|                           | 6.- Estimación de la población potencial para su atención en CP.   | Registros de morbimortalidad hospitalaria   | Revisión de registros | Aritmético          | Anual | Departamento de Planeación hospitalaria |

|                              |  |                                       |                       |            |            |                        |
|------------------------------|--|---------------------------------------|-----------------------|------------|------------|------------------------|
| C2. Atención otorgada en CP. | 7.- La evaluación del dolor de la población atendida tras la implementación del plan en CP se mantiene menor a 3 puntos hasta su egreso o defunción. | Registros de pacientes (PALIA-Reg)    | Revisión de registros | Aritmético | Semestra I | Jefe de servicio de CP |
|                              | 8.- El porcentaje de aceptación de CP en la población blanco por servicio tratante es de 80% al término de un año de la implementación del proyecto. | Registro de interconsultas (PALIA-In) | Revisión de registros | Aritmético | Trimestral | Jefe de servicio de CP |
|                              | 9.- Las referencias a CP por los servicios tratantes   | Registro de interconsultas (PALIA-In) | Revisión de registros | Aritmético | Trimestral | Jefe de servicio de CP |

|  |  |                                      |                       |            |            |                        |
|--|--|--------------------------------------|-----------------------|------------|------------|------------------------|
|  | <p>corresponden al 80% de las muertes de la población blanco reportadas al término de un año de la implementación del proyecto.</p>  | Registros de mortalidad hospitalaria | Revisión de registros | Aritmético | Trimestral | Jefe de servicio de CP |
|  | <p>10.- El 80% de la población atendida recibió el protocolo completo de atención al término de un año de la implementación del proyecto.</p>                              | Registros de pacientes (PALIA-Reg)   | Revisión de registros | Aritmético | Mensual    | Jefe de servicio de CP |
|  | <p>11.- El porcentaje de la mortalidad ocurrida en domicilio de la población atendida en CP es superior al 50% al término de un año de la implementación del proyecto.</p> | Registros de pacientes (PALIA-Reg)   | Revisión de registros | Aritmético | Anual      | Jefe de servicio de CP |

|  |  |   |                              |                   |                   |   |
|--|--|---|------------------------------|-------------------|-------------------|---|
|  | <p>12.- Las referencias de los pacientes por servicio tratante fue de un 80% de la población blanco calculada al término de un año de la implementación del proyecto.</p>                            | <p>Registro de morbimortalidad hospitalaria</p>           | <p>Revisión de registros</p> | <p>Aritmético</p> | <p>Anual</p>      | <p>Departamento de Calidad hospitalaria</p> |
|  | <p>13.- El puntaje promedio de los cuestionarios QODD-ESP12 en la población atendida en CP por servicio tratante es superior al 60% al término del primer año de la implementación del proyecto.</p> | <p>Registros del cuestionario QOOD-ESP en (PALIA-Reg)</p> | <p>Revisión de registros</p> | <p>Aritmético</p> | <p>Trimestral</p> | <p>Jefe de servicio de CP</p>               |
|  | <p>14.- La relación del tiempo de IC con el tiempo de atención de la población</p>   | <p>Registro de interconsultas (PALIA-In)</p>              | <p>Revisión de registros</p> | <p>Aritmético</p> | <p>Trimestral</p> | <p>Departamento de Calidad hospitalaria</p> |

|  |                                 |  |   |                       |                     |            |  |
|--|---------------------------------|--|---|-----------------------|---------------------|------------|--|
|  |                                 | blanco es menor a 24 horas en promedio tras un año de la implementación del proyecto.  |   |                       |                     |            |  |
|  |                                 | 15.- El tiempo que transcurre desde el envío de la IC de un paciente con necesidad de CP por el servicio tratante a la atención de la interconsulta enviada por el equipo de CP es menor a 24 horas en promedio tras un año de la implementación del proyecto. | Registro de interconsultas (PALIA-In)     | Revisión de registros | Aritmético          | Trimestral | Jefe de servicio de CP                 |
|  | C3. Difusión y educación en CP. | 16.- Evaluación de las competencias del personal de salud con capacitación en CP.  | Instrumento de evaluación de competencias | Revisión de registros | Simple verificación | Semestral  | Departamento de enseñanza hospitalaria |

|             |   |                                |  |                       |                     |       |   |
|-------------|---|--------------------------------|--|-----------------------|---------------------|-------|---|
| Actividades | A1.1. Diseño del estudio de factibilidad de infraestructura.    | 1                              | Documentos técnicos                        | Revisión de registros | Simple verificación | Única | Departamento de Planeación hospitalaria |
|             | A1.2. Elaboración del perfil de puestos.                        | 1                              |  | Revisión de registros | Simple verificación | Única | Departamento de Planeación hospitalaria |
|             | A1.3. Elaboración del cuadro de recursos materiales.            | 1                              |  | Revisión de registros | Simple verificación | Única | Departamento de Planeación hospitalaria |
|             | A1.4. Diseño de documentos técnicos.                            | 1                              |  | Revisión de registros | Simple verificación | Única | Departamento de Planeación hospitalaria |
|             | A1.5. Personal contratado por función.                          | 6                              | Registro de personal en coordinación de CP | Revisión de registros | Simple verificación | Anual | Jefe de servicio de CP                  |
|             | A1.6. Mortalidad de población potencial registrada en hospital. | A determinar por cada hospital | Registros de mortalidad hospitalaria       | Revisión de registros | Aritmético          | Anual | Departamento de estadística             |
|             | A1.7. Morbilidad de población potencial registrada en hospital. | A determinar por cada hospital | Registros de morbilidad hospitalaria       | Revisión de registros | Aritmético          | Anual | Departamento de estadística             |

|  |                                |                                       |                       |                     |         |                        |
|--|--------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|---------------------|---------|------------------------|
| 2.1. Envío de referencias a CP por servicio.                                     | A determinar por cada hospital | Registro de interconsultas (PALIA-In) | Revisión de registros | Simple verificación | Semanal | Jefe de servicio de CP |
| 2.2. Evaluación de población blanco para envió a CP.                             | A determinar por cada hospital | Registro de interconsultas (PALIA-In) | Revisión de registros | Aritmético          | Semanal | Jefe de servicio de CP |
| 2.3. Promedio de evaluación del dolor por servicio.                              | A determinar por cada hospital | Registros de pacientes (PALIA-Reg)    | Revisión de registros | Aritmético          | Semanal | Jefe de servicio de CP |
| 2.4. Elaboración de plan de atención hospitalaria por elemento del equipo de CP. | A determinar por cada hospital | Registros de pacientes (PALIA-Reg)    | Revisión de registros | Simple verificación | Semanal | Jefe de servicio de CP |
| 2.5. Porcentaje de pacientes enviados a domicilio con plan de seguimiento.       | A determinar por cada hospital | Registros de pacientes (PALIA-Reg)    | Revisión de registros | Aritmético          | Mensual | Jefe de servicio de CP |
| 2.6. Ingresos al servicio de CP.   | A determinar por cada hospital | Registro de interconsultas (PALIA-In) | Revisión de registros | Simple verificación | Semanal | Jefe de servicio de CP |



|  |                                |                                       |                       |            |            |                        |
|--|--------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|------------|------------|------------------------|
| 2.7. Mortalidad registrada de la población atendida en hospital.             | A determinar por cada hospital | Registros de pacientes (PALIA-Reg)    | Revisión de registros | Aritmético | Mensual    | Jefe de servicio de CP |
| 2.8. Mortalidad registrada de la población atendida en domicilio.            | A determinar por cada hospital | Registros de pacientes (PALIA-Reg)    | Revisión de registros | Aritmético | Semestral  | Jefe de servicio de CP |
| 2.9. Referencias realizadas por servicio.                                    | A determinar por cada hospital | Registro de interconsultas (PALIA-In) | Revisión de registros | Aritmético | Trimestral | Jefe de servicio de CP |
| 2.11 Puntaje de los cuestionarios QODD-ESP12 de la población atendida en CP. | 0-100                          | Cuestionario QODD-ESP12               | Revisión de registros | Aritmético | Trimestral | Jefe de servicio de CP |
| 2.12 Fecha y hora del ingreso de pacientes con necesidad de CP.              | Ninguno                        | Registro de interconsultas (PALIA-In) | Revisión de registros | Aritmético | Trimestral | Jefe de servicio de CP |
| 2.13 Fecha y hora de atención de IC por el equipo de CP.                     | Ninguno                        | Registro de interconsultas (PALIA-In) | Revisión de registros | Aritmético | Trimestral | Jefe de servicio de CP |

|   |                                |                                   |                       |                     |            |                                |
|---|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------|------------|--------------------------------|
| A3.1. Diseño de cursos en CP.                                     | A determinar por cada hospital | Programa del curso a impartir     | Revisión de registros | Simple verificación | Anual      | Jefe de enseñanza del hospital |
| 3.2. Cursos impartidos.   | A determinar por cada hospital | Registro de cursos                | Revisión de registros | Aritmético          | Anual      | Jefe de enseñanza del hospital |
| 3.3. Personal de salud que asiste a la totalidad del curso en CP. | A determinar por cada hospital | Registro de asistencia            | Revisión de registros | Aritmético          | Semestra I | Jefe de enseñanza del hospital |
| 3.4. Personal de salud que aprueba el curso en CP.                | A determinar por cada hospital | Registro de evaluación individual | Revisión de registros | Aritmético          | Semestra I | Jefe de enseñanza del hospital |
| 3.5. Promoción de CP a la población blanco.                       | A determinar por cada hospital | A determinar por cada hospital    | Revisión de registros | Simple verificación | Trimestral | Jefe de servicio de CP         |
| 3.6. Reuniones interservicio realizadas.                          | A determinar por cada hospital | Registro de reuniones             | Revisión de registros | Simple verificación | Trimestral | Jefe de servicio de CP         |

## ANEXO #2 Factores de riesgo para la elaboración de supuestos

| Nivel       | Resumen narrativo  | Factores de riesgo |          |        |           |       |
|-------------|--|--------------------|----------|--------|-----------|-------|
|             |  | Financiero         | Político | Social | Ambiental | Legal |
| Fin         | Se ha creado la unidad de CP en hospital.  | X                  | X        |        |           |       |
|             | Se cuentan con las estadísticas de morbilidad de la población blanco desagregadas por padecimiento de importancia. |                    | X        | X      |           |       |
| Propósito   | Existe una unidad de CP en operación en el hospital.   | X                  | X        |        |           |       |
|             | Se cuenta con personal capacitado con habilidades y conocimientos para brindar atención en CP.                     |                    | X        | X      |           |       |
|             | Se cuenta con un equipo interdisciplinario que realice la aplicación de cuestionarios.                             | X                  | X        |        |           |       |
|             | 80% de las familias a las que se les aplica el cuestionario lo responden.  |                    |          | X      |           |       |
| Componentes | Los CP forman parte de la prioridad en la planeación de servicios hospitalarios.                                   |                    | X        | X      |           |       |
|             | Se cuenta con información de morbilidad de por lo menos 5 años anteriores.   |                    | X        |        |           | X     |
|             | El personal de salud de los diversos servicios hospitalarios refieren pacientes al servicio de CP.                 |                    |          | X      |           |       |
|             | Se cuenta con un equipo interdisciplinario con las competencias necesarias para la operación de la unidad de CP.   | X                  | X        |        |           |       |

|             |  |   |   |   |  |   |
|-------------|--|---|---|---|--|---|
|             | Se cumple con los criterios de inclusión de pacientes a CP.  |   |   | X |  |   |
|             | Se ha capacitado al personal de salud en CP.   |   |   | X |  |   |
|             | Se promueven los cursos de capacitación en CP al personal de salud.  |   | X | X |  |   |
|             | El personal de salud del hospital acude a los cursos de capacitación y los concluyen satisfactoriamente.               |   |   | X |  |   |
|             | El interés de los actores involucrados en la planeación de la unidad de CP se mantiene al inicio del proyecto.         |   | X |   |  |   |
|             | Se garantiza la existencia y disponibilidad de los recursos humanos, materiales y de infraestructura.                  | X | X |   |  |   |
|             | Existen convenios firmados para el desarrollo y operación del proyecto   | X | X |   |  | X |
| Actividades | Los programas de capacitación se llevan a cabo según los planes de ejecución en término de tiempo, calidad y cantidad. | X | X |   |  |   |
|             | Los registros de los pacientes son llenados adecuadamente en el sistema de registro.                                   |   | X | X |  |   |
|             | Los servicios involucrados en la atención de la población blanco están informados sobre las reuniones interservicio.   |   | X | X |  |   |
|             | Los programas de educación y difusión están adecuadamente elaborados.  |   | X | X |  |   |
|             | Se fomenta la participación del personal para tomar los cursos en CP.  |   | X | X |  |   |

**ANEXO #3 Ficha de indicadores de la MML.**

| Ficha de indicador              |  |
|---------------------------------|--|
| Nivel                           | Fin  |
| Número de indicador             | 1  |
| Clave                           | F.1  |
| Nombre del indicador            | Porcentaje de la población potencial que recibió atención en CP.                       |
| Tipo de indicador               | Resultado  |
| Descripción                     | Porcentaje de la población potencial que al término del periodo en estudio recibió CP. |
| Variable numerador              | Población que murió con atención en CP al final del periodo a medir (A)                |
| Variable denominador 1          | Población potencial calculada al inicio del periodo a medir (B)                        |
| Método de cálculo del indicador | $A/B * 100$  |
| Unidad de medida                | Porcentaje   |
| Frecuencia de medición          | Anual  |
| Fuente de datos numerador       | Registro de pacientes (PALIA-Reg)  |
| Fuente de datos denominador     | Registros de mortalidad en estadística del hospital                                    |
| Línea base                      | Sin línea base para el arranque del proyecto   |
| Meta                            | 60%  |
| Medio de verificación           | Registros de mortalidad hospitalaria, Registro de pacientes (PALIA-Reg)                |
| Sentido del indicador           | Ascendente   |
| Tipo de valor de la meta        | Relativo   |
| Responsable del indicador       | Jefe de servicio de CP   |
| Observaciones                   | La población potencial se encuentra definida en el anexo 5 de este trabajo.            |

| Ficha de indicador              |   |
|---------------------------------|---|
| Nivel                           | Propósito   |
| Número de indicador             | 2   |
| Clave                           | P.1   |
| Nombre del indicador            | Evaluación del servicio de CP.  |
| Tipo de indicador               | Resultado   |
| Descripción                     | Evaluación del servicio de CP   |
| Variable numerador              | Puntaje obtenido de la cédula de evaluación PALIA-Ev (A)  |
| Variable denominador 1          | Puntaje total de la cédula de evaluación PALIA-Ev (B)   |
| Método de cálculo del indicador | $A/B * 100$   |
| Unidad de medida                | Porcentaje  |
| Frecuencia de medición          | Anual   |
| Fuente de datos numerador       | Cédula de evaluación de los servicios de CP hospitalarios (PALIA-Ev)  |
| Fuente de datos denominador     | Cédula de evaluación de los servicios de CP hospitalarios (PALIA-Ev)  |
| Línea base                      | Sin línea base para el arranque del proyecto  |
| Meta                            | 60%   |
| Medio de verificación           | Cédula de evaluación de los servicios de CP hospitalarios (PALIA-Ev)  |
| Sentido del indicador           | Ascendente  |
| Tipo de valor de la meta        | Relativo  |
| Responsable del indicador       | Departamento de Calidad hospitalaria  |
| Observaciones                   | Una vez que se realice aplicación de la cédula antes mencionada, se tendrá que establecer un puntaje utilizando el instrumento de evaluación y obtener el promedio. (Ver Anexos 6 y 7). |

| Ficha de indicador              |   |
|---------------------------------|---|
| Nivel                           | Propósito   |
| Número de indicador             | 3   |
| Clave                           | P.1.1   |
| Nombre del indicador            | Porcentaje de población atendida en CP que tuvo una muerte con calidad.   |
| Tipo de indicador               | Resultado   |
| Descripción                     | Porcentaje de población atendida que tuvo un índice de calidad de morir y muerte superior al 70%.   |
| Variable numerador              | Población atendida con un índice de calidad de morir y muerte superior o igual a 70% según el QODD-ESP12 (A)  |
| Variable denominador 1          | Población atendida a la que se le realizó el cuestionario QODD-ESP12 en el periodo de estudio (B)   |
| Método de cálculo del indicador | $A/B * 100$   |
| Unidad de medida                | Porcentaje  |
| Frecuencia de medición          | Anual   |
| Fuente de datos numerador       | Registro del cuestionario de Calidad de Muerte (QODD-ESP12) en PALIA-Reg  |
| Fuente de datos denominador     | Registro del cuestionario de Calidad de Muerte (QODD-ESP12) en PALIA-Reg  |
| Línea base                      | Sin línea base para el arranque del proyecto  |
| Meta                            | 70%   |
| Medio de verificación           | Registro del cuestionario de Calidad de Muerte (QODD-ESP12) en PALIA-Reg  |
| Sentido del indicador           | Ascendente  |
| Tipo de valor de la meta        | Relativo  |
| Responsable del indicador       | Jefe de servicio de CP  |
| Observaciones                   | La guía de aplicación de cuestionario y el cuestionario se encuentran en el Anexo 8, la meta se estableció a partir de la referencia con la que se validó originalmente. (Ver Marco teórico). |

| Ficha de indicador              |   |
|---------------------------------|---|
| Nivel                           | Componente  |
| Número de indicador             | 4   |
| Clave                           | C.1   |
| Nombre del indicador            | Tiempo entre la puesta en marcha del proyecto a la operación de la unidad de CP.  |
| Tipo de indicador               | Estructura  |
| Descripción                     | Tiempo que tarda la operación de la unidad de CP desde la puesta en marcha del proyecto.  |
| Variable numerador 1            | Fecha planeada del inicio de operación del proyecto (A)   |
| Variable numerador 2            | Fecha de operación del proyecto (B)   |
| Método de cálculo del indicador | A - B   |
| Unidad de medida                | Meses   |
| Frecuencia de medición          | Única   |
| Fuente de datos numerador 1     | Documento de aprobación del proyecto con fecha tentativa de arranque.   |
| Fuente de datos numerador 2     | Fecha de inclusión del personal en las de actividades del servicio en operación.  |
| Línea base                      | Sin línea base para el arranque del proyecto  |
| Meta                            | 12 meses  |
| Medio de verificación           | Documento de aprobación del proyecto, Registro de pacientes (PALIA-Reg)   |
| Sentido del indicador           | Ninguno   |
| Tipo de valor de la meta        | Relativo  |
| Responsable del indicador       | Departamento de Planeación hospitalaria   |
| Observaciones                   | Para obtener este indicador se deberá contar con el documento que estime la fecha en la que el proyecto estará en operación y se restará con la fecha de arranque de PALIA-Reg (o el registro del primer paciente en el sistema). |
|                                 |   |



| Ficha de indicador              |   |
|---------------------------------|---|
| Nivel                           | Componente  |
| Número de indicador             | 5   |
| Clave                           | C.1.1   |
| Nombre del indicador            | Personal del equipo de CP integrado en la unidad de CP.   |
| Tipo de indicador               | Estructura  |
| Descripción                     | Personal de las diferentes áreas del equipo en CP integrado tras un año de la puesta en marcha del proyecto.  |
| Variable numerador              | Servicios del equipo en CP con al menos un profesional activo (A)   |
| Variable denominador            | Servicios del equipo en CP elementales para el funcionamiento de la unidad de CP (B)  |
| Método de cálculo del indicador | $A/B * 100$   |
| Unidad de medida                | Porcentaje  |
| Frecuencia de medición          | Semestral   |
| Fuente de datos numerador       | PALIA-Reg   |
| Fuente de datos denominador     | Manual de organización  |
| Línea base                      | Sin línea base para el arranque del proyecto  |
| Meta                            | 100%  |
| Medio de verificación           | Fecha de inclusión del personal en las de actividades del servicio en operación en PALIA-Reg.   |
| Sentido del indicador           | Ascendente  |
| Tipo de valor de la meta        | Relativo  |
| Responsable del indicador       | Departamento de Calidad hospitalaria  |
| Observaciones                   | De acuerdo con los estándares, las áreas del equipo elementales en CP son por lo menos 6. Médica, Enfermería, Trabajo social, Psicología, Nutrición y Rehabilitación. |

| Ficha de indicador              |  |
|---------------------------------|--|
| Nivel                           | Componente   |
| Número de indicador             | 6  |
| Clave                           | C.1.2  |
| Nombre del indicador            | Cuantificación de la población potencial para su atención en CP.   |
| Tipo de indicador               | Estructura   |
| Descripción                     | Estimación de la población potencial para su atención en CP.   |
| Variable numerador              | Mortalidad registrada en los servicios hospitalarios de las áreas de la Medicina interna (cardiología, nefrología, gastroenterología, oncología, neurología, neumología, infectología, hematología, reumatología), Cirugía, Pediatría (exceptuando urgencias pediátricas) y la Unidad de Cuidados Intensivos en el último año (A)                  |
| Método de cálculo del indicador | Suma de la mortalidad por servicio   |
| Unidad de medida                | Número entero  |
| Frecuencia de medición          | Única  |
| Fuente de datos numerador       | Registros de mortalidad hospitalaria en estadística  |
| Línea base                      | A determinar por cada hospital   |
| Meta                            | A determinar por cada hospital   |
| Medio de verificación           | Datos de morbimortalidad hospitalaria  |
| Sentido del indicador           | Ascendente   |
| Tipo de valor de la meta        | Relativo   |
| Responsable del indicador       | Departamento de Planeación hospitalaria  |
| Observaciones                   | Se deberá realizar el cálculo del indicador para conocer la población potencial al arranque del proyecto. Al término del primer año se deberá realizar un nuevo cálculo basado en la mortalidad del último año en comparación con la población atendida y realizar el análisis del incremento esperado anual para la planeación del año siguiente. |

| Ficha de indicador              |   |
|---------------------------------|---|
| Nivel                           | Componente  |
| Número de indicador             | 7   |
| Clave                           | C.2   |
| Nombre del indicador            | Promedio de la cuantificación del dolor según la escala numérica en la población atendida.  |
| Tipo de indicador               | Resultado   |
| Descripción                     | La evaluación del dolor de la población atendida tras la implementación del plan en CP se mantiene menor a 3 puntos hasta su egreso o defunción.  |
| Variable numerador              | Suma promedio de la cuantificación del dolor de la población atendida en CP por servicio tratante en el periodo de estudio (A)  |
| Variable denominador            | Población atendida en CP por servicio tratante en el periodo de estudio (B)   |
| Método de cálculo del indicador | A/B   |
| Unidad de medida                | Número entero   |
| Frecuencia de medición          | Semestral   |
| Fuente de datos numerador       | PALIA-Reg   |
| Fuente de datos denominador     | PALIA-Reg   |
| Línea base                      | Sin línea base para el arranque del proyecto  |
| Meta                            | <3  |
| Medio de verificación           | Registros de pacientes (PALIA-Reg)  |
| Sentido del indicador           | Descendente   |
| Tipo de valor de la meta        | Relativo  |
| Responsable del indicador       | Jefe de servicio en CP  |
| Observaciones                   | La valoración del dolor se realiza de acuerdo a la escala numérica del dolor que comprende del 0 al 10 y el cálculo deberá hacerse con la suma del promedio del dolor por paciente durante su estancia. |

| Ficha de indicador              |   |
|---------------------------------|---|
| Nivel                           | Componente  |
| Número de indicador             | 8   |
| Clave                           | C.2.1   |
| Nombre del indicador            | Aceptación de CP en la población blanco   |
| Tipo de indicador               | Resultado   |
| Descripción                     | Porcentaje de aceptación de CP en la población blanco por servicio tratante de acuerdo con las interconsultas enviadas al servicio de CP. |
| Variable numerador              | Suma de interconsultas a CP por servicio tratante con aceptación de tratamiento en CP (A)   |
| Variable denominador            | Total de interconsultas a CP por servicio (B)   |
| Método de cálculo del indicador | $A/B * 100$   |
| Unidad de medida                | Porcentaje  |
| Frecuencia de medición          | Trimestral  |
| Fuente de datos numerador       | PALIA-In  |
| Fuente de datos denominador     | PALIA-In  |
| Línea base                      | Sin línea base para el arranque del proyecto  |
| Meta                            | 80%   |
| Medio de verificación           | Registros de pacientes (PALIA-In)   |
| Sentido del indicador           | Ascendente  |
| Tipo de valor de la meta        | Relativo  |
| Responsable del indicador       | Jefe de servicio en CP  |
| Observaciones                   | La interconsulta a medir solo se considerará la primera en los pacientes subsecuentes.  |
|                                 |   |

| Ficha de indicador              |  |
|---------------------------------|--|
| Nivel                           | Componente   |
| Número de indicador             | 9  |
| Clave                           | C.2.2  |
| Nombre del indicador            | Atención de la población blanco en CP  |
| Tipo de indicador               | Resultado  |
| Descripción                     | Referencias a CP por los servicios tratantes de acuerdo con las muertes de la población blanco reportadas al término de un año de la implementación del proyecto.  |
| Variable numerador              | Suma de interconsultas a CP por servicio tratante de población blanco difunta (A)  |
| Variable denominador            | Total de muertes registradas de población blanco por servicio tratante (B)   |
| Método de cálculo del indicador | $A/B * 100$  |
| Unidad de medida                | Porcentaje   |
| Frecuencia de medición          | Anual  |
| Fuente de datos numerador       | PALIA-In   |
| Fuente de datos denominador     | Datos de mortalidad en estadística   |
| Línea base                      | Sin línea base para el arranque del proyecto   |
| Meta                            | 80%  |
| Medio de verificación           | Registros de pacientes (PALIA-In) / Datos de mortalidad en estadística del hospital  |
| Sentido del indicador           | Ascendente   |
| Tipo de valor de la meta        | Relativo   |
| Responsable del indicador       | Jefe de servicio en CP   |
| Observaciones                   | Para obtener la suma de las muertes registradas en estadística se deberá dividir por criterios de la población blanco, para ello se utilizarán las causas secundarias de muerte.<br>La interconsulta a medir solo se considerará la primera en los pacientes subsecuentes. |

| Ficha de indicador              |   |
|---------------------------------|---|
| Nivel                           | Componente  |
| Número de indicador             | 10  |
| Clave                           | C.2.3   |
| Nombre del indicador            | Población atendida en CP con protocolos de atención completos en CP.  |
| Tipo de indicador               | Resultado   |
| Descripción                     | Porcentaje de la población atendida en CP que recibió el protocolo completo de atención en CP.  |
| Variable numerador              | Suma de población atendida en CP con protocolos completos en el periodo de estudio (A)  |
| Variable denominador            | Pacientes atendidos en CP en el periodo de estudio (B)  |
| Método de cálculo del indicador | $A/B * 100$   |
| Unidad de medida                | Porcentaje  |
| Frecuencia de medición          | Trimestral  |
| Fuente de datos numerador       | PALIA-In  |
| Fuente de datos denominador     | PALIA-In  |
| Línea base                      | Sin línea base para el arranque del proyecto  |
| Meta                            | 80%   |
| Medio de verificación           | Registros de pacientes (PALIA-In)   |
| Sentido del indicador           | Ascendente  |
| Tipo de valor de la meta        | Relativo  |
| Responsable del indicador       | Jefe de servicio en CP  |
| Observaciones                   | Los protocolos completos se componen de las intervenciones necesarias por cada área del equipo en CP de acuerdo con los padecimientos del paciente según PALIA-Reg. |

| Ficha de indicador              |   |
|---------------------------------|---|
| Nivel                           | Componente  |
| Número de indicador             | 11  |
| Clave                           | C.2.4   |
| Nombre del indicador            | Mortalidad ocurrida en domicilio.   |
| Tipo de indicador               | Resultado   |
| Descripción                     | Porcentaje de la mortalidad ocurrida en domicilio de la población atendida en CP.   |
| Variable numerador              | Muertes de la población atendida que ocurrieron en domicilio (A)  |
| Variable denominador            | Total de las muertes ocurridas en la población atendida (B)   |
| Método de cálculo del indicador | $A/B * 100$   |
| Unidad de medida                | Porcentaje  |
| Frecuencia de medición          | Trimestral  |
| Fuente de datos numerador       | PALIA-Reg   |
| Fuente de datos denominador     | PALIA-Reg   |
| Línea base                      | Sin línea base para el arranque del proyecto  |
| Meta                            | Las muertes en domicilio son mayores a 50%  |
| Medio de verificación           | Registros de pacientes (PALIA-Reg)  |
| Sentido del indicador           | Ascendente  |
| Tipo de valor de la meta        | Relativo  |
| Responsable del indicador       | Jefe de servicio en CP  |
| Observaciones                   | Se deberán realizar los cálculos de las muertes ocurridas en domicilio obteniendo un porcentaje, si este es mayor al 50% entonces la meta es alcanzada. |

| Ficha de indicador              |  |
|---------------------------------|--|
| Nivel                           | Componente   |
| Número de indicador             | 12   |
| Clave                           | C.2.5  |
| Nombre del indicador            | Referencias enviadas a CP por servicio tratante de acuerdo con la población blanco.  |
| Tipo de indicador               | Resultado  |
| Descripción                     | Incremento de las referencias a CP de pacientes por servicio tratante de acuerdo con la población blanco calculada.  |
| Variable numerador              | Referencias realizadas a CP por servicio tratante (A)  |
| Variable denominador            | Población blanco por servicio (B)  |
| Método de cálculo del indicador | $A/B * 100$  |
| Unidad de medida                | Porcentaje   |
| Frecuencia de medición          | Semestral  |
| Fuente de datos numerador       | PALIA-In   |
| Fuente de datos denominador     | Datos de estadística hospitalaria  |
| Línea base                      | Sin línea base para el arranque del proyecto   |
| Meta                            | 80%  |
| Medio de verificación           | Registros de pacientes (PALIA-In) / Información de mortalidad en estadística   |
| Sentido del indicador           | Ascendente   |
| Tipo de valor de la meta        | Relativo   |
| Responsable del indicador       | Jefe de servicio en CP   |
| Observaciones                   | El cálculo deberá realizarse por servicio para conocer qué servicios son los que sufren un incremento o decremento en la referencia de pacientes en el periodo de estudio. Cada resultado arrojará un indicador independiente. |



| Ficha de indicador              |  |
|---------------------------------|--|
| Nivel                           | Componente   |
| Número de indicador             | 13   |
| Clave                           | P.2.6  |
| Nombre del indicador            | Promedio de la calidad de morir y muerte de la población atendida por servicio tratante.   |
| Tipo de indicador               | Resultado  |
| Descripción                     | Puntaje promedio de los cuestionarios QODD-ESP12 en la población atendida en CP por servicio tratante.   |
| Variable numerador              | Suma del puntaje de cuestionarios QODD-ESP12 aplicados a la población atendida de un servicio tratante en particular en el periodo de estudio (A)  |
| Variable denominador 1          | Total de cuestionarios QODD-ESP12 aplicados a la población atendida de un servicio tratante en particular en el periodo de estudio (B)   |
| Método de cálculo del indicador | $A/B * 100$  |
| Unidad de medida                | Porcentaje   |
| Frecuencia de medición          | Trimestral   |
| Fuente de datos numerador       | Registro del cuestionario de Calidad de Muerte (QODD-ESP12) en PALIA-Reg   |
| Fuente de datos denominador     | Registro del cuestionario de Calidad de Muerte (QODD-ESP12) en PALIA-Reg   |
| Línea base                      | Sin línea base para el arranque del proyecto   |
| Meta                            | 60%  |
| Medio de verificación           | Registro del cuestionario de Calidad de Muerte (QODD-ESP12) en PALIA-Reg   |
| Sentido del indicador           | Ascendente   |
| Tipo de valor de la meta        | Relativo   |
| Responsable del indicador       | Jefe de servicio de CP   |
| Observaciones                   | Se deberá realizar la medición por cada servicio en los que se envían referencias a CP y cada uno resultará en un indicador distinto. Se establecerán promedios trimestrales por cada servicio, mismos que servirán al término del año para calcular el indicador a nivel de propósito (número 3). |

| Ficha de indicador              |  |
|---------------------------------|--|
| Nivel                           | Componente   |
| Número de indicador             | 14   |
| Clave                           | C.2.7  |
| Nombre del indicador            | Oportunidad de las referencias realizadas a CP por los servicios tratantes   |
| Tipo de indicador               | Proceso  |
| Descripción                     | Relación del tiempo de IC con el tiempo ideal de atención de la población blanco.  |
| Variable numerador 1            | Fecha y hora del ingreso de pacientes con necesidad de CP al hospital (A)  |
| Variable denominador            | Fecha y hora de atención de IC por el equipo de CP (B)   |
| Método de cálculo del indicador | A-B  |
| Unidad de medida                | Horas  |
| Frecuencia de medición          | Trimestral   |
| Fuente de datos numerador 1     | PALIA-In   |
| Fuente de datos numerador 2     | PALIA-Reg  |
| Línea base                      | A definir  |
| Meta                            | Menos de 24 horas.   |
| Medio de verificación           | Expediente clínico / PALIA-Reg   |
| Sentido del indicador           | Descendente  |
| Tipo de valor de la meta        | Relativo   |
| Responsable del indicador       | Departamento de Calidad hospitalaria   |
| Observaciones                   | Se deberá realizar la resta con base en el registro que se encuentra en la nota de ingreso a urgencias del paciente, esta deberá ser registrada en PALIA-Reg. El dato de las 24 horas como tiempo óptimo para la atención de ICs se obtuvo a partir del siguiente documento: <i>Monte-Secades R, Montero-Ruiz E, Gil-Díaz A, Castiella-Herrero J. Principios generales de la interconsulta médica en enfermos hospitalizados. Rev Clin Esp</i> |

| Ficha de indicador              |  |
|---------------------------------|--|
| Nivel                           | Componente   |
| Número de indicador             | 15   |
| Clave                           | C.2.8  |
| Nombre del indicador            | Tiempo transcurrido desde el envío de IC por el servicio tratante a la atención de pacientes por el equipo de CP.  |
| Tipo de indicador               | Proceso  |
| Descripción                     | Tiempo que transcurre desde el envío de la IC de un paciente con necesidad de CP por el servicio tratante a la atención de la interconsulta enviada por el equipo de CP. |
| Variable numerador 1            | Fecha y hora del ingreso de pacientes con necesidad de CP al sistema de interconsultas (A)   |
| Variable numerador 2            | Fecha y hora de atención de IC por el equipo de CP (B)   |
| Método de cálculo del indicador | A-B  |
| Unidad de medida                | Horas  |
| Frecuencia de medición          | Trimestral   |
| Fuente de datos numerador 1     | PALIA-In   |
| Fuente de datos numerador 2     | PALIA-In   |
| Línea base                      | A definir  |
| Meta                            | Menos de 24 horas  |
| Medio de verificación           | Expediente clínico / PALIA-Reg   |
| Sentido del indicador           | Descendente  |
| Tipo de valor de la meta        | Relativo   |
| Responsable del indicador       | Jefe de servicio en CP   |
| Observaciones                   | El sistema PALIA-Reg ofrece la posibilidad de obtener el tiempo exacto tras la inserción de los datos necesarios que requieren las variables del indicador.              |

**ANEXO #4 Ficha técnica de los indicadores de la MML.**

| MIR       |  | Indicadores  | Método de cálculo  | Sentido esperado | Frecuencia de medición | Unidad de medida | Verde | Amarillo | Rojo |
|-----------|--|--|--|------------------|------------------------|------------------|-------|----------|------|
| Nivel     | Resumen narrativo  | Definición   |  |                  |                        |                  |       |          |      |
| Fin       | Contribuir a que la población potencial tenga una muerte digna.                                | Porcentaje de la población potencial que recibió atención en CP  | Población atendida en CP al final del periodo a medir / Población potencial calculada al final del periodo a medir *100  | Incremento       | Anual                  | Porcentaje       | >60%  | 50-59%   | <50% |
| Propósito | Otorgamiento de CP a la población blanco con prontitud y eficiencia en unidades hospitalarias. | Evaluación del servicio de CP                                    | Puntaje obtenido de la cédula de evaluación PALIA-Ev / Puntaje total de la cédula de evaluación PALIA-Ev   | Incremento       | Anual                  | Porcentaje       | >60%  | 50-59%   | <50% |
|           |  | Porcentaje de población atendida en CP que tuvo una muerte digna | Población atendida con un índice de calidad de morir y muerte superior al 70% / Población atendida a la que se le realizó el cuestionario QODD-ESP12 en el periodo de estudio *100 | Incremento       | Anual                  | Porcentaje       | >70%  | 69-50%   | <50% |

|             |  |   |  |            |           |            |                                |                                |                                |
|-------------|--|---|--|------------|-----------|------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Componentes | C1. Planeación del programa de CP en hospital realizada. | Tiempo entre la puesta en marcha del proyecto a la operación de la unidad de CP | Fecha de puesta en marcha del proyecto - Fecha de operación del proyecto   | No aplica  | Única     | Meses      | <12                            | 13 a 15                        | >15                            |
|             |  | Personal del equipo de CP integrado en la unidad de CP                          | Áreas del equipo en CP con al menos un profesional activo / Áreas del equipo en CP elementales para el funcionamiento de la unidad de CP *100  | Incremento | Semestral | Porcentaje | 100%                           | 66.6% a 99%                    | <65%                           |
|             |  | Cuantificación de la población potencial para su atención en CP                 | Mortalidad registrada en los servicios hospitalarios de las áreas de la Medicina interna (cardiología, nefrología, gastroenterología, oncología, neurología, neumología, infectología, hematología, reumatología), Cirugía, Pediatría (exceptuando urgencias pediátricas) y la Unidad de | Incremento | Anual     | Numérico   | A determinar por cada hospital | A determinar por cada hospital | A determinar por cada hospital |

|                              |  |  |  |             |            |            |      |           |      |
|------------------------------|--|--|--|-------------|------------|------------|------|-----------|------|
|                              |  |  | Cuidados Intensivos en el último año   |             |            |            |      |           |      |
| C2. Atención otorgada en CP. |  | Promedio de cuantificación del dolor según la escala numérica en la población atendida | Suma de la cuantificación del dolor promedio de la población atendida en CP por servicio tratante / Población atendida en CP para el periodo del cálculo por servicio tratante | Disminución | Semestral  | Numérica   | <3   | 4 a 5     | >6   |
|                              |  | Aceptación de CP en la población blanco  | Suma de interconsultas a CP por servicio tratante con aceptación de tratamiento en CP / Total de interconsultas a CP por servicio *100   | Incremento  | Trimestral | Porcentaje | >80% | >60 - 79% | <60% |
|                              |  | Atención de la población blanco en CP  | Suma de interconsultas a CP por servicio tratante / Total de muertes registradas de población blanco por servicio tratante *100  | Incremento  | Anual      | Porcentaje | >80% | >60 - 79% | <60% |

|  |  |   |   |            |            |            |      |           |      |
|--|--|---|---|------------|------------|------------|------|-----------|------|
|  |  | Población atendida con protocolos de atención completos en CP                           | Suma de población atendida en CP el periodo de estudio con protocolos completos / Pacientes atendidos en CP en el periodo de estudio *100   | Incremento | Anual      | Porcentaje | >80% | >60 - 79% | <60% |
|  |  | Mortalidad ocurrida en domicilio  | Muertes de la población atendida que ocurrieron en domicilio / Total de las muertes ocurridas en la población atendida  | Incremento | Trimestral | Porcentaje | >50% | 35-49%    | <35% |
|  |  | Referencias por servicio tratante de acuerdo con la población blanco                    | Referencias realizadas a CP por servicio tratante / Población blanco por servicio *100  | Incremento | Semestral  | Porcentaje | >80% | >60 - 79% | <60% |
|  |  | Promedio de la calidad de morir y muerte de la población atendida por servicio tratante | Suma del puntaje de cuestionarios QODD-ESP12 aplicados a la población atendida de un servicio tratante en particular en el periodo de estudio / Total de cuestionarios QODD-ESP12 | Incremento | Trimestral | Porcentaje | >60% | 50-59%    | <50% |

|  |  |  |  |             |            |        |           |               |           |
|--|--|--|--|-------------|------------|--------|-----------|---------------|-----------|
|  |  |  | aplicados a la población atendida de un servicio tratante en particular en el periodo de estudio *100                      |             |            |        |           |               |           |
|  |  | Oportunidad de las referencias realizadas a CP por los servicios tratantes                                       | Fecha y hora del ingreso de pacientes con necesidad de CP al hospital / Fecha y hora de atención de IC por el equipo de CP | Disminución | Trimestral | Tiempo | <24 horas | 25 a 48 horas | >48 horas |
|  |  | Tiempo transcurrido desde el envío de IC por el servicio tratante a la atención de pacientes por el equipo de CP | Fecha y hora del ingreso de pacientes con necesidad de CP - Fecha y hora de atención de IC por el equipo de CP             | Disminución | Trimestral | Tiempo | <24 horas | 25 a 36 horas | >36 horas |



## **ANEXO #5 Definición de población potencial y blanco.**

### **Población potencial**

Se define como todas aquellas muertes registradas en los servicios hospitalarios de las áreas de la Medicina interna (cardiología, nefrología, gastroenterología, oncología, neurología, neumología, infectología, hematología, reumatología), Cirugía, Pediatría (exceptuando urgencias pediátricas) y la Unidad de Cuidados Intensivos.

Para el cálculo de la población potencial se deberá hacer un promedio de las muertes registradas de por lo menos cinco años antes de la implementación del proyecto.

### **Población blanco**

Se define bajo los siguientes criterios de enfermedad terminal:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses (46)

Lo anterior puede corresponder a toda enfermedad oncológica que cumpla con los criterios ya mencionados. Sin embargo, a continuación se describen los criterios de terminalidad para enfermedades no oncológicas:

También, la condición física del paciente hace prever una sobrevida limitada:

- Por un diagnóstico específico o una combinación de enfermedades o circunstancias.

El paciente presenta las características siguientes:

- Progresión de la enfermedad documentada clínicamente.
- Progresión de la enfermedad primaria.
- Múltiples visitas al servicio de urgencias.
- Mayores cuidados de enfermería en casa.
- Deterioro del status funcional (Karnofsky  $\leq 50\%$  y dependencia en al menos 3/6 de las actividades de la vida diaria - Índice de Katz).
- Deterioro reciente del estado nutricional (pérdida de peso de al menos 10% en los últimos 6 meses, y albúmina sérica  $< 2.5$  mg/dL).

### **Enfermedad cardiaca**

- Síntomas de falla cardiaca congestiva recurrente en reposo (Clase IV de la NYHA, y fracción de eyección de 20% o menos).
- Falla cardiaca congestiva con síntomas persistentes aun con tratamiento óptimo.

En pacientes refractarios al tratamiento, cada uno de los siguientes factores ha demostrado disminuir la sobrevida futura:

- Arritmias supra-ventriculares o ventriculares sintomáticas, historia de paro cardiaco y reanimación o síncope inexplicable, embolismo cerebral cardiogénico, enfermedad concomitante por VIH.

### **Enfermedad pulmonar**

La severidad de la enfermedad pulmonar está documentada por disnea incapacitante en reposo con pobre respuesta al tratamiento broncodilatador.

- Volumen espiratorio forzado en un segundo (FEV1) < 30% del esperado.
- Enfermedad pulmonar progresiva. Múltiples visitas a Urgencias, disminución de la FEV1 con deterioro a razón de 40 ml/año.
- Presencia de Cor pulmonale o falla cardiaca derecha.
- Hipoxemia en reposo con O2 suplementario ( $pO_2 \leq 55$  mmHg, y  $SatO_2 \leq 88\%$ ), e Hipercapnia ( $pCO_2 \geq 50$  mmHg).
- Pérdida de peso progresiva involuntaria (10% del peso corporal en los últimos 6 meses).
- Taquicardia en reposo mayor de 100 lpm.

## **Demencia**

Situaciones comórbidas y calidad del cuidado asistencial.

Clasificación 7 de la Functional Assessment Staging Scale (FAST).

Debe presentar las siguientes características:

- Incapacidad para deambular y vestirse sin asistencia, incapacidad para bañarse adecuadamente, incontinencia fecal y urinaria, incapacidad para comunicarse de manera inteligible.

Presencia de complicaciones médicas:

- Condiciones comórbidas asociadas con la demencia (Neumonía por aspiración, úlceras de decúbito, pielonefritis o infección del tracto urinario inferior, etc.)
- Dificultad para deglutir los alimentos o rehusarse a comer, y en los que reciben alimentación por sonda nasogástrica, deterioro del estado nutricional.

## **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)**

- Cuenta de CD4+: Por debajo de 25 células/mcl, en periodos libres de enfermedad aguda.
- Carga viral: Pacientes con cargas virales VIH RNA > 100,000 copias/ml.

Aun con cargas virales menores, si han dejado la medicación antirretroviral o profiláctica, el status funcional está declinando o experimentan algunas de las siguientes complicaciones:

- Enfermedades oportunistas: Linfoma de Sistema Nervioso Central, leucoencefalopatía progresiva multifocal, criptosporidiosis, pérdida de peso (> 30%), bacteriemia, Sarcoma de Kaposi visceral, falla renal, demencia asociada a SIDA, toxoplasmosis.

### **Enfermedad Renal**

- Depuración de creatinina < 10 cc/min (< 15 cc/min para diabéticos).
- Creatinina sérica > 8.0 mg/dL (> 6.0 mg/dl para diabéticos).

Signos y síndromes clínicos asociados con falla renal:

- Uremia. Manifestaciones clínicas de falla renal (Confusión u obnubilación, náusea y vómito intratable, prurito generalizado, debilidad, etc.).
- Oliguria. Gasto urinario menor de 400 cc/24 hrs.
- Hiperkalemia intratable.
- Potasio sérico persistente > 7.0
- Pericarditis urémica.
- Síndrome hepatorenal.
- Sobrecarga de líquidos intratable.
- 

### **Evento Vascular Cerebral (EVC) y Coma**

Pacientes comatosos, con al menos 4 de las características siguientes:

- Respuesta anormal del tallo cerebral.
- Ausencia de respuesta verbal.
- Ausencia de respuesta ante estímulos dolorosos.
- Creatinina sérica > 1.5 mg/dL.
- Edad mayor de 70 años.

- Disfagia severa.
- Hallazgos imagenológicos sombríos.

Pacientes con hemorragia cerebral aguda presentan elevada mortalidad según su edad, invasión ventricular y la presencia de hematoma trilobular.

Fase crónica:

- Edad mayor de 70 años.
- Pobre estado funcional (PPS 50% o menor).
- Demencia post EVC, evidenciado por un FAST de 7.
- Pérdida de peso mayor a 10% en los últimos 3 meses y/o albúmina sérica <2.5g/dL

Complicaciones médicas secundarias a debilidad o deterioro clínico progresivo:

- Neumonía por aspiración.
- Pielonefritis.
- Sepsis y fiebre recurrente a pesar de antibioticoterapia.
- Ulceras de decúbito.

### **Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)**

- Rápida progresión de ELA y deterioro crítico de la capacidad ventilatoria.
- Deterioro del status funcional y dificultad para hablar y alimentarse.
- Capacidad vital <30% de la prevista, disnea de reposo, O2 suplementario, el paciente puede requerir intubación o traqueostomía.
- Deterioro nutricional severo.
- Dificultades para deglutir, pueden requerir gastrostomía. Se detecta pérdida continua de peso, incluso deshidratación o hipovolemia.

Complicaciones médicas:

- Neumonía por aspiración recurrente, úlceras de decúbito, sepsis, etc.).

## Enfermedad Hepática

Indicadores de falla hepática severa:

- Tiempo de protrombina prolongado más de 5 seg. sobre el control.
- Albúmina sérica <2.5 g/dL.

Indicadores clínicos de fase terminal en enfermedad hepática son:

- Ascitis refractaria al tratamiento.
- Peritonitis bacteriana espontánea.
- Síndrome hepatorenal (sobrevida de días o semanas).
- Encefalopatía hepática refractaria al tratamiento.
- Sangrado de várices esofágicas recurrente.
- Malnutrición progresiva, alcoholismo activo, HBs antígenos positivos, carcinoma hepatocelular.
- Clasificación de Child-Pugh Estadio C.(10)

## ANEXO #6 Cédula de evaluación del servicio de CP (PALIA-Ev)

### CÉDULA DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS HOSPITALARIOS (PALIA-Ev)

Nombre: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

|   |                             |   |           |  |
|---|-----------------------------|---|-----------|--|
| Sección 1. Infraestructura  |                             |   |           |  |
| 1.- ¿Cuenta con un área destinada a la atención de pacientes?                               |                             | a) Si b) No   |           |  |
| 1.1 De contar con el área destinada, ¿Cuenta con un plano de la misma?                      |                             | 1)Si 2)No<br>En caso de que la respuesta sea afirmativa ANEXAR PLANOS DEL ÁREA.                   |           |  |
| 2.- ¿Cuenta con un consultorio de consulta externa?   |                             | a) Si b) No   |           |  |
| Sección 2. Recursos humanos   |                             |   |           |  |
| 3.- ¿El servicio cuenta con el siguiente personal?  | a) Médico                   | 1)Si 2)No   | ¿Cuántos? | ¿Certificación en cuidados paliativos? |
|   | b) Enfermera                | 1)Si 2)No   | _____     | 1)Si 2)No                              |
|   | c) Nutriólogo               | 1)Si 2)No   | _____     | 1)Si 2)No                              |
|   | d) Trabajador social        | 1)Si 2)No   | _____     | 1)Si 2)No                              |
|   | e) Psicólogo                | 1)Si 2)No   | _____     | 1)Si 2)No                              |
|   | f) Psiquiatra               | 1)Si 2)No   | _____     | 1)Si 2)No                              |
|   | g) Terapeuta físico         | 1)Si 2)No   | _____     | 1)Si 2)No                              |
|   | h) Terapeuta ocupacional    | 1)Si 2)No   | _____     | 1)Si 2)No                              |
|   | i) Personal de farmacia     | 1)Si 2)No   | _____     | 1)Si 2)No                              |
|   | j) Terapeuta complementario | 1)Si 2)No   | _____     | 1)Si 2)No                              |
|   | k) Otro                     | Especifique: _____  | _____     | 1)Si 2)No                              |
| 4.- ¿Cuenta con un jefe de servicio?  |                             | 1) Si 2) No   |           |  |
| Sección 3. Recursos materiales  |                             |   |           |  |
| 5.- ¿Cuenta con algún inventario del área de cuidados paliativos?                           |                             | 1)Si 2)No<br>En caso de que la respuesta sea afirmativa ANEXAR INVENTARIO                         |           |  |
| 6.- ¿Cuenta con algún listado de medicamentos que se utiliza para la atención de pacientes? |                             | 1)Si 2)No<br>En caso de que la respuesta sea afirmativa ANEXAR LISTADO DE MEDICAMENTOS            |           |  |
| Sección 4. Organización del servicio  |                             |   |           |  |
| 7.- ¿Cuenta con un manual organizacional del servicio?                                      |                             | 1) Si 2) No   |           |  |
| 8.- ¿Cómo se designan las funciones del personal?   |                             | 1)De acuerdo al manual de procedimientos 2) Por órdenes del jefe de servicio 3) Por acuerdo común |           |  |
| 9.- ¿Reciben cursos de educación continua en cuidados paliativos?                           |                             | 11: 1) Si 2) No   |           |  |
| 9.1.- Si la respuesta es SI, ¿Cada cuándo?  |                             | 11.1: 1) Entre 1 y 3 meses 2) Entre 3 a 6 meses 3) De 6 meses a 1 año                             |           |  |

|  |  |              |       |    |             |       |    |            |       |    |
|--|--|--------------|-------|----|-------------|-------|----|------------|-------|----|
| 10.- ¿Cuál es la división o coordinación a la que pertenece el servicio? (Ej: Oncología, Med. Interna, etc.)                           | _____  |              |       |    |             |       |    |            |       |    |
| 11.- ¿Cuenta con un mapa de procesos del servicio?   | 1) Si      2) No   |              |       |    |             |       |    |            |       |    |
| 12.- ¿Cuenta con grupos sociales de apoyo?   | <table border="1"> <tr> <td>Tanatológico</td> <td>1) Si</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>Psicológico</td> <td>2) Si</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>Voluntario</td> <td>3) Si</td> <td>No</td> </tr> </table> | Tanatológico | 1) Si | No | Psicológico | 2) Si | No | Voluntario | 3) Si | No |
| Tanatológico   | 1) Si  | No           |       |    |             |       |    |            |       |    |
| Psicológico  | 2) Si  | No           |       |    |             |       |    |            |       |    |
| Voluntario   | 3) Si  | No           |       |    |             |       |    |            |       |    |
| 13.- ¿Ofrece cursos de capacitación a la familia y pacientes para el manejo integral en casa?  | 1) Si      2) No   |              |       |    |             |       |    |            |       |    |
| 14.- ¿Se realiza promoción del servicio a las diferentes divisiones hospitalarias para la atención de pacientes en situación terminal? | 1) Si      2) No   |              |       |    |             |       |    |            |       |    |
| 15.- ¿Cómo realizan la promoción del servicio con los otros servicios del hospital?  | 1) Escritos a los jefes de división o coordinación<br>2) Campañas de promoción del servicio<br>3) Otra: ESPECIFIQUE _____  |              |       |    |             |       |    |            |       |    |
| 16.- ¿Cuentan con algún servicio de atención telefónica para los pacientes del servicio?   | 1) Si      2) No   |              |       |    |             |       |    |            |       |    |
| 16.1 En caso de que la respuesta anterior sea SI, ¿La línea telefónica es?   | 1) Intrahospitalaria<br>2) Médico tratante<br>3) Otro personal ESPECIFIQUE _____<br>4) Privada (Empresa)   |              |       |    |             |       |    |            |       |    |
| 17.- En la atención ambulatoria: Se evalúan los esquemas de tratamiento a los pacientes y sus familias?                                | 1) Si      No  |              |       |    |             |       |    |            |       |    |
| 18.- El servicio cuenta con un manual de procedimientos?   | 1)Si      2)No<br>En caso de que la respuesta sea afirmativa ANEXAR MANUAL   |              |       |    |             |       |    |            |       |    |
| 19.- ¿El servicio cuenta con:  |  |              |       |    |             |       |    |            |       |    |
| - Misión   | 1)Si      2)No En caso de que la respuesta sea afirmativa ANEXAR Misión  |              |       |    |             |       |    |            |       |    |
| - Visión   | 1)Si      2)No En caso de que la respuesta sea afirmativa ANEXAR Visión  |              |       |    |             |       |    |            |       |    |
| 20.- ¿Cuál es el horario habitual del servicio?  | Horario de atención:<br>Días de atención:  |              |       |    |             |       |    |            |       |    |

|  |  |
|--|--|
| Sección 5. Atención clínica  |  |
| 21.- ¿Ofrece un plan terapéutico a los pacientes?  | 1)Si      2)No   |
| 21.1 ¿Se le explica al paciente, familiar, tutor o representante legal sobre los beneficios y efectos esperados del plan terapéutico de los pacientes? | 1)Si      2)No   |
| 21.2.- Para la generación de un plan terapéutico. ¿Requieren de la firma del consentimiento informado por parte del paciente o el familiar?            | Si      2) No  |
| 21.3 ¿Qué acciones del plan terapéutico registran en el expediente clínico?  | Revisión de 5 expedientes<br><br>1.- Médico<br>2.- Psicológico<br>3.- Trabajo social<br>4.- Enfermería<br>5.- Nutrición<br>6.- Otros |



|   |  |
|---|--|
| 22.- ¿El médico recomienda al paciente, tutor, familiar o representante legal la participación de otros profesionales de la salud en la atención de los pacientes?  | 1)Si 2)No  |
| 23.- ¿Se otorgan indicaciones por escrito del manejo del paciente a los familiares cuando este egresa a su domicilio?   | 1)Si 2)No  |
| 24.- ¿Cuenta con criterios de hospitalización para los pacientes en situación terminal?   | 1)Si 2)No  |
| 24.1 Si la respuesta anterior fue SI, ¿Cuáles de los siguientes criterios toma en consideración?<br><br>a) Que exista una complicación reversible<br>b) Síntomas progresivos o dolor físico o psicológico severo.<br>c) Para la prevención de crisis de claudicación familiar.<br>d) Régimen terapéutico complejo.<br>e) Realización de estudios de diagnóstico o tratamiento especializados.<br>f) ¿Cuenta con criterios específicos por padecimiento? | 1)Si 2)No<br>1)Si 2)No<br>1)Si 2)No<br>1)Si 2)No<br>1)Si 2)No<br>1)Si 2)No                                     |
| Sección 6. Sistema de información   |  |
| 25.- ¿En dónde reporta la productividad de atenciones otorgadas?  | 1) PALIA-Reg / PALIA-In 2) Otro. Escribir el nombre del sistema de información _____ 3)No reporto              |
| Sección 7. Interconsultas   |  |
| 26.- ¿El servicio brinda atención de interconsultas?  | 1)Si 2)No (TERMINA)  |
| 27.- ¿Se discute el caso del paciente interconsultado con los médicos tratantes del servicio interconsultante?  | 1)Si 2)No  |
| 28.- ¿Se promociona la posibilidad de prescindir del tratamiento curativo para iniciar el tratamiento paliativo en los pacientes interconsultados?  | Revisión de 5 expedientes<br>a.- 1)Si 2)No<br>b.- 1)Si 2)No<br>c.- 1)Si 2)No<br>d.- 1)Si 2)No<br>e.- 1)Si 2)No |
| 29.- ¿Cuenta con una lista de criterios específicos para la recepción de referencias de pacientes por servicio?   | 1)Si 2)No En caso de que la respuesta sea afirmativa ANEXAR CRITERIOS  |
| Sección 8. Calidad de la atención   |  |
| 30.- ¿Se toman en cuenta los estándares en cuanto a...?<br><br>h) Atención adecuada de los diversos síntomas.<br>i) Educación, participación y comunicación de los pacientes y las familias respeto a la atención de las necesidades.<br>j) El entorno del paciente y su familia.<br>k) Servicios de apoyo para la familia o cuidador del paciente para su descanso.  | 1)Si 2)No<br>1)Si 2)No<br>1)Si 2)No<br>1)Si 2)No<br>1)Si 2)No  |

|  |  |           |           |              |           |               |           |                      |           |              |           |               |           |                     |           |                          |           |                         |                    |                             |  |      |  |
|--|--|-----------|-----------|--------------|-----------|---------------|-----------|----------------------|-----------|--------------|-----------|---------------|-----------|---------------------|-----------|--------------------------|-----------|-------------------------|--------------------|-----------------------------|--|------|--|
| l) Identificación de factores de riesgo en la familia o cuidadores para prevenir reacciones patológicas al duelo.                | 1)Si 2)No  |           |           |              |           |               |           |                      |           |              |           |               |           |                     |           |                          |           |                         |                    |                             |  |      |  |
| m) Abordar temas como la donación de órganos y autopsias.  | 1)Si 2)No  |           |           |              |           |               |           |                      |           |              |           |               |           |                     |           |                          |           |                         |                    |                             |  |      |  |
| n) Respeto de las costumbres, valores y creencias del paciente y la familia.   |  |           |           |              |           |               |           |                      |           |              |           |               |           |                     |           |                          |           |                         |                    |                             |  |      |  |
| <b>Sección 9. Acceso a fármacos opioides</b>   |  |           |           |              |           |               |           |                      |           |              |           |               |           |                     |           |                          |           |                         |                    |                             |  |      |  |
| 31- ¿Se cuentan con fármacos opioides disponibles cuando se solicita para atender las necesidades del servicio?                  | 1)Si 2)No (TERMINA)  |           |           |              |           |               |           |                      |           |              |           |               |           |                     |           |                          |           |                         |                    |                             |  |      |  |
| 31.1- ¿El paciente ha tenido la necesidad de comprar el medicamento que no se encuentra en existencia el día de su solicitud?    | 1)Si 2)No  |           |           |              |           |               |           |                      |           |              |           |               |           |                     |           |                          |           |                         |                    |                             |  |      |  |
| <b>Sección 10. Formación de recursos humanos</b>   |  |           |           |              |           |               |           |                      |           |              |           |               |           |                     |           |                          |           |                         |                    |                             |  |      |  |
| 32- ¿Se cuenta con personal en formación en Cuidados paliativos?   | 1)Si 2)No (TERMINA)  |           |           |              |           |               |           |                      |           |              |           |               |           |                     |           |                          |           |                         |                    |                             |  |      |  |
| 33- ¿Qué personal se encuentra en formación?   | <table border="0"> <tr> <td>l) Médico</td> <td>1)Si 2)No</td> </tr> <tr> <td>m) Enfermera</td> <td>1)Si 2)No</td> </tr> <tr> <td>n) Nutriólogo</td> <td>1)Si 2)No</td> </tr> <tr> <td>o) Trabajador social</td> <td>1)Si 2)No</td> </tr> <tr> <td>p) Psicólogo</td> <td>1)Si 2)No</td> </tr> <tr> <td>q) Psiquiatra</td> <td>1)Si 2)No</td> </tr> <tr> <td>r) Terapeuta físico</td> <td>1)Si 2)No</td> </tr> <tr> <td>s) Terapeuta ocupacional</td> <td>1)Si 2)No</td> </tr> <tr> <td>t) Personal de farmacia</td> <td>Especifique: _____</td> </tr> <tr> <td>u) Terapeuta complementario</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otro</td> <td></td> </tr> </table> | l) Médico | 1)Si 2)No | m) Enfermera | 1)Si 2)No | n) Nutriólogo | 1)Si 2)No | o) Trabajador social | 1)Si 2)No | p) Psicólogo | 1)Si 2)No | q) Psiquiatra | 1)Si 2)No | r) Terapeuta físico | 1)Si 2)No | s) Terapeuta ocupacional | 1)Si 2)No | t) Personal de farmacia | Especifique: _____ | u) Terapeuta complementario |  | Otro |  |
| l) Médico  | 1)Si 2)No  |           |           |              |           |               |           |                      |           |              |           |               |           |                     |           |                          |           |                         |                    |                             |  |      |  |
| m) Enfermera   | 1)Si 2)No  |           |           |              |           |               |           |                      |           |              |           |               |           |                     |           |                          |           |                         |                    |                             |  |      |  |
| n) Nutriólogo  | 1)Si 2)No  |           |           |              |           |               |           |                      |           |              |           |               |           |                     |           |                          |           |                         |                    |                             |  |      |  |
| o) Trabajador social   | 1)Si 2)No  |           |           |              |           |               |           |                      |           |              |           |               |           |                     |           |                          |           |                         |                    |                             |  |      |  |
| p) Psicólogo   | 1)Si 2)No  |           |           |              |           |               |           |                      |           |              |           |               |           |                     |           |                          |           |                         |                    |                             |  |      |  |
| q) Psiquiatra  | 1)Si 2)No  |           |           |              |           |               |           |                      |           |              |           |               |           |                     |           |                          |           |                         |                    |                             |  |      |  |
| r) Terapeuta físico  | 1)Si 2)No  |           |           |              |           |               |           |                      |           |              |           |               |           |                     |           |                          |           |                         |                    |                             |  |      |  |
| s) Terapeuta ocupacional   | 1)Si 2)No  |           |           |              |           |               |           |                      |           |              |           |               |           |                     |           |                          |           |                         |                    |                             |  |      |  |
| t) Personal de farmacia  | Especifique: _____   |           |           |              |           |               |           |                      |           |              |           |               |           |                     |           |                          |           |                         |                    |                             |  |      |  |
| u) Terapeuta complementario  |  |           |           |              |           |               |           |                      |           |              |           |               |           |                     |           |                          |           |                         |                    |                             |  |      |  |
| Otro   |  |           |           |              |           |               |           |                      |           |              |           |               |           |                     |           |                          |           |                         |                    |                             |  |      |  |
| 34- ¿Qué modalidad de programas en Cuidados paliativos se ofrecen dentro del hospital?<br>(Residencia, diplomado, cursos, otro). | _____ (Anexar programa)  |           |           |              |           |               |           |                      |           |              |           |               |           |                     |           |                          |           |                         |                    |                             |  |      |  |

**Puntuación obtenida: \_\_\_\_\_/53**

**Promedio: \_\_\_\_\_**

## ANEXO #7 Guía de puntaje de la cédula de evaluación de los servicios de CP hospitalarios (PALIA-Ev).

### Guía de puntaje de la Cédula de la cédula de evaluación de los servicios de Cuidados paliativos hospitalarios (PALIA-Ev)

**Instrucciones:** *Calificar cada respuesta de acuerdo al puntaje que se muestra por cada ítem, sumar el puntaje, multiplicar por 100 y dividir entre el total de puntos (53) para obtener el promedio.*

#### Sección 1. Infraestructura

| Ítem | Puntaje                       |
|------|-------------------------------|
| 1    | Si = 1 punto<br>No = 0 puntos |
| 2    | Si = 1 punto<br>No = 0 puntos |

#### Sección 2. Recursos humanos

| Ítem | Puntaje   |
|------|---|
| 3    | Debe cumplir con al menos un profesional en los incisos “a”, “b”, “c”, “d”, “e” o “f” y “g” con certificación en CP.<br><br>Valor = 1 punto.<br><br>Si falta al menos uno de los profesionales antes mencionados:<br><br>Valor = 0 puntos.<br><br>Si cuenta con otro personal certificado se agrega un punto adicional. |
| 4    | Si = 1 punto<br>No = 0 puntos   |

#### Sección 3. Recursos materiales

| Ítem | Puntaje                       |
|------|-------------------------------|
| 5    | Si = 1 punto<br>No = 0 puntos |
| 6    | Si = 1 punto<br>No = 0 puntos |

#### Sección 4. Organización del servicio

| Ítem | Puntaje  |
|------|--|
| 7    | Si = 1 punto<br>No = 0 puntos                    |
| 8    | De acuerdo al manual de procedimientos = 1 punto |

|    |   |
|----|---|
|    | Resto de las respuestas = 0 puntos  |
| 9  | Si = 1 punto<br>No = 0 puntos   |
| 11 | Si = 1 punto<br>No = 0 puntos   |
| 12 | Si cuenta con al menos un grupo de apoyo = 1 punto<br>Si no cuenta con algún grupo de apoyo = 0 puntos              |
| 13 | Si = 1 punto<br>No = 0 puntos   |
| 14 | Si = 1 punto<br>No = 0 puntos   |
| 16 | Si = 1 punto<br>No = 0 puntos   |
| 17 | Si = 1 punto<br>No = 0 puntos   |
| 18 | Si = 1 punto<br>No = 0 puntos   |
| 19 | Cuenta con Misión y Visión= 1 punto<br>No cuenta con ambos= 0 puntos  |
| 20 | Ofrece el servicio al menos 5 días a la semana= 1 punto<br>Ofrece el servicio menos de 5 días a la semana= 0 puntos |

### Sección 5. Atención clínica

| Ítem | Puntaje  |
|------|--|
| 21   | Si = 1 punto<br>No = 0 puntos  |
| 21.1 | Si = 1 punto<br>No = 0 puntos  |
| 21.2 | Si = 1 punto<br>No = 0 puntos  |
| 21.3 | Si cuenta con registro = 1 punto por expediente<br>Si no cuenta con registro = 0 puntos por expediente |
| 22   | Si = 1 punto<br>No = 0 puntos  |
| 23   | Si = 1 punto<br>No = 0 puntos  |
| 24   | Si = 1 punto<br>No = 0 puntos  |
| 24.1 | Si cumple con todos los criterios= 1 punto   |

|  |   |
|--|---|
|  | Si no cumple con todos los criterios = 0 puntos |
|--|---|

### Sección 6. Sistema de información

| Ítem | Puntaje  |
|------|--|
| 25   | Opción 1 = 3 puntos<br>Opción 2 = 1 punto<br>No = 0 puntos |

### Sección 7. Interconsultas

| Ítem | Puntaje   |
|------|---|
| 26   | Si = 1 punto<br>No = 0 puntos (Termina)                     |
| 27   | Si = 1 punto<br>No = 0 puntos                               |
| 28   | Si = 1 punto por expediente<br>No = 0 puntos por expediente |
| 29   | Si = 1 punto (con lista)<br>No = 0 puntos                   |

### Sección 8. Calidad de la atención

| Ítem | Puntaje  |
|------|--|
| 30   | Si = 1 punto por cada inciso<br>No = 0 puntos por inciso |

### Sección 9. Acceso a fármacos opioides

| Ítem | Puntaje                                 |
|------|---|
| 31   | Si = 1 punto<br>No = 0 puntos (Termina) |
| 31.1 | Si = Restar 3 puntos<br>No = Termina    |

### Sección 10. Formación de recursos

| Ítem | Puntaje  |
|------|--|
| 32   | Si = 1 punto<br>No = 0 puntos (Termina)  |
| 33   | Se anexa al menos un programa educativo = 1 punto por cada programa (Máximo 3 puntos)<br>No = 0 puntos |

**Total = 53 puntos**

## ANEXO #8 Cuestionario de Calidad de morir y muerte (QODD-ESP12)

### Cuestionario de Calidad de morir y muerte (QODD-ESP12)

Nombre del fallecido:

Nombre del entrevistado y parentesco:

Fecha de aplicación:

Vía de respuesta: \_\_\_ Personal \_\_\_ Telefónica \_\_\_ Otro

**Instrucciones: Realizar cada pregunta al entrevistado, en los espacios que existen en cada una de ellas se deberá colocar el nombre de la persona fallecida. Tras leer cada pregunta se deberán ofrecer las siguientes opciones:**

| 0           | 1          | 2             | 3                          | 4                       | 5       |
|-------------|------------|---------------|----------------------------|-------------------------|---------|
| Ninguna vez | Casi nunca | Algunas veces | En gran parte de las veces | La mayoría de las veces | Siempre |

**Una vez que responda a la pregunta antes mencionada, continuar con la siguiente cuestión:**

*“¿Cómo calificaría este aspecto de la forma de morir de \_\_\_\_\_?”*

**La calificación otorgada será de 0 a 10 siendo el “0” la peor experiencia y el “10” la experiencia casi perfecta”.**

1. ¿Con qué frecuencia \_\_\_\_\_ parecía tener su dolor bajo control?
2. ¿Con qué frecuencia \_\_\_\_\_ parecía tener control sobre lo que pasaba en su entorno?
3. ¿Con qué frecuencia \_\_\_\_\_ fue capaz de respirar cómodamente?
4. ¿Con qué frecuencia \_\_\_\_\_ parecía sentirse en paz con el morir?
5. ¿Con qué frecuencia \_\_\_\_\_ parecía no tener miedo de morir?
6. ¿Con qué frecuencia \_\_\_\_\_ parecía preocupado(a) de sobrecargar a sus seres queridos?
7. ¿Con qué frecuencia \_\_\_\_\_ pasó tiempo con sus amigos y otros familiares?
8. ¿Fue \_\_\_\_\_ tocado(a) y abrazado(a) por sus seres amados?
9. ¿Tuvo \_\_\_\_\_ cubiertos todos los gastos en salud?
10. ¿Tuvo \_\_\_\_\_ una o más visitas de algún religioso o consejero espiritual?
11. ¿\_\_\_\_\_ usó un ventilador mecánico (o máquina para respirar) o diálisis para prolongar su vida?
12. ¿Tuvo \_\_\_\_\_ los arreglos del funeral en orden antes de fallecer?

## Hoja de evaluación

Nombre del fallecido:

Nombre del entrevistado y parentesco:

Fecha de aplicación:

|      | 0           | 1          | 2             | 3                          | 4                       | 5       |
|------|-------------|------------|---------------|----------------------------|-------------------------|---------|
| Ítem | Ninguna vez | Casi nunca | Algunas veces | En gran parte de las veces | La mayoría de las veces | Siempre |
| 1    |             |            |               |                            |                         |         |
| 2    |             |            |               |                            |                         |         |
| 3    |             |            |               |                            |                         |         |
| 4    |             |            |               |                            |                         |         |
| 5    |             |            |               |                            |                         |         |
| 6    |             |            |               |                            |                         |         |
| 7    |             |            |               |                            |                         |         |
| 8    |             |            |               |                            |                         |         |
| 9    |             |            |               |                            |                         |         |
| 10   |             |            |               |                            |                         |         |
| 11   |             |            |               |                            |                         |         |
| 12   |             |            |               |                            |                         |         |

| Ítem | Tipo de experiencia |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|------|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
|      | 0                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1    | 0                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 2    | 0                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 3    | 0                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 4    | 0                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 5    | 0                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 6    | 0                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 7    | 0                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 8    | 0                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 9    | 0                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 10   | 0                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11   | 0                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 12   | 0                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Para obtener el puntaje final se deberá sumar la puntuación obtenida de cada inciso y dividir entre los ítems respondidos y multiplicar por 100 para obtener el porcentaje.

Ítems respondidos: \_\_\_\_\_ Suma del puntaje de ítems respondidos: \_\_\_\_\_ Puntaje final: \_\_\_\_\_/100

## ANEXO #9 Hoja de registro del sistema PALIA-Reg y PALIA-In.

### Formato PALIA-Reg

| # | Exp.  | Nombre del paciente | Sexo | F. De Nac. | Edad | Diagnóstico(s) |     |            | Servicio tratante | Fecha de ingreso | Fecha de Interconsulta | Tipo de paciente | Cumple criterios para CP? | Acepta tratamiento? | Médico | Enfermería | Psicología | T.S. | Nutrición | Rehab. | Espiritual | Complementario | Completo | Completo complementario | Días estancia | Diferencia Ingreso/IC | Egreso | Motivo de egreso | Fecha de egreso | Fecha de defunción | Sitio de defunción | Teléfono | Familiar responsable |
|---|-------|---------------------|------|------------|------|----------------|-----|------------|-------------------|------------------|------------------------|------------------|---------------------------|---------------------|--------|------------|------------|------|-----------|--------|------------|----------------|----------|-------------------------|---------------|-----------------------|--------|------------------|-----------------|--------------------|--------------------|----------|----------------------|
| 1 | 12345 | JUAN XXXX           | M    | 01/06/56   | 61   | C. Isquemica   | EVC | Ca Pncreas | Fragilidad        | Urgencias        | 12/01/18               | 15/01/18         | Terminal                  | Si                  | Si     | 1          | 1          | 1    | 1         | 1      | 1          | 1              | 1        | 100%                    | 100%          | 25                    | No     |                  |                 |                    |                    |          |                      |
| 2 | 0     |                     | 0    | 00/01/00   | 0    | 0              | 0   | 0          | 0                 | 0                | 00/01/00               | 00/01/00         | 0                         | 0                   | 0      | 0          | 0          | 0    | 0         | 0      | 0          | 0              | 0        | 0%                      | 43137         | 0                     |        |                  |                 |                    |                    |          |                      |
| 3 | 0     |                     | 0    | 00/01/00   | 0    | 0              | 0   | 0          | 0                 | 0                | 00/01/00               | 00/01/00         | 0                         | 0                   | 0      | 0          | 0          | 0    | 0         | 0      | 0          | 0              | 0        | 0%                      | 43137         | 0                     |        |                  |                 |                    |                    |          |                      |
| 4 | 0     |                     | 0    | 00/01/00   | 0    | 0              | 0   | 0          | 0                 | 0                | 00/01/00               | 00/01/00         | 0                         | 0                   | 0      | 0          | 0          | 0    | 0         | 0      | 0          | 0              | 0        | 0%                      | 43137         | 0                     |        |                  |                 |                    |                    |          |                      |

| Lugar de residencia | Calificación QODD-ESP | Eva IC | Eva Egreso | Karnofsky Ingreso | Karnofsky Egreso | ECOG ingreso | ECOG egreso | Cuidador primario |
|---------------------|-----------------------|--------|------------|-------------------|------------------|--------------|-------------|-------------------|
|                     |                       |        |            |                   |                  |              |             |                   |

### Formato PALIA-In

Registro de Interconsultas a Cuidados Paliativos  
Palia-IN 2018

| # | Expediente | Nombre del paciente | Sexo | F. De Nac. | Edad | Diagnóstico  | Servicio tratante | Fecha de ingreso | Fecha de Interconsulta | Hora de interconsulta | Fecha de atención de interconsulta | Hora de atención de interconsulta | Tipo de paciente | Cumple criterios para CP? | Acepta tratamiento? | Tratamiento |             |             | Abordaje* |             |             |      |           |        |            |                |   |   |   |   |   |  |
|---|------------|---------------------|------|------------|------|--------------|-------------------|------------------|------------------------|-----------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------|---------------------------|---------------------|-------------|-------------|-------------|-----------|-------------|-------------|------|-----------|--------|------------|----------------|---|---|---|---|---|--|
|   |            |                     |      |            |      |              |                   |                  |                        |                       |                                    |                                   |                  |                           |                     | Morfina     | Gabapentina | Paracetamol | Médico    | Enfermería  | Psicología  | T.S. | Nutrición | Rehab. | Espiritual | Complementario |   |   |   |   |   |  |
| 1 | 12345      | JUAN XXXX           | M    | 01/06/56   | 61   | C. Isquemica | EVC               | Ca Pncreas       | Fragilidad             | Urgencias             | 12/01/18                           | 15/01/18                          | 12:12            | 15/01/18                  | 14:56               | Terminal    | Si          | Si          | Morfina   | Gabapentina | Paracetamol | 1    | 1         | 1      | 1          | 1              | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |  |
| 2 |            |                     |      |            |      |              |                   |                  |                        |                       |                                    |                                   |                  |                           |                     |             |             |             |           |             |             |      |           |        |            |                |   |   |   |   |   |  |
| 3 |            |                     |      |            |      |              |                   |                  |                        |                       |                                    |                                   |                  |                           |                     |             |             |             |           |             |             |      |           |        |            |                |   |   |   |   |   |  |
| 4 |            |                     |      |            |      |              |                   |                  |                        |                       |                                    |                                   |                  |                           |                     |             |             |             |           |             |             |      |           |        |            |                |   |   |   |   |   |  |

| Completo | Completo complementario |
|----------|-------------------------|
| 100%     | 100%                    |



**ANEXO #10 Recursos de infraestructura, humanos y materiales para la operación de una unidad de CP hospitalaria.**

| RECURSOS DE INFRAESTRUCTURA |                         |                        |                           |   |          |                 |            |                    |
|-----------------------------|-------------------------|------------------------|---------------------------|---|----------|-----------------|------------|--------------------|
| Tipo de servicio            | Servicio                | Área                   | Tipo de bien              | Descripción                                       | Cantidad | Precio unitario | Total      |                    |
| Atención al paciente        | Servicio administrativo | Recepción              |                           |   |          |                 |            |                    |
|                             |                         |                        | Mobiliario administrativo | Escritorio chico con pedestal                     | 1        | \$1,857.63      | \$1,857.63 |                    |
|                             |                         |                        |                           | Silla giratoria secretarial                       | 1        | \$845.04        | \$845.04   |                    |
|                             |                         |                        |                           | Cesto para papeles                                | 2        | \$362.68        | \$725.36   |                    |
|                             |                         |                        |                           | Archivero de 4 gavetas                            | 1        | \$5,544.99      | \$5,544.99 |                    |
|                             |                         |                        |                           | Silla de ruedas plegable                          | 1        | \$3,365.32      | \$3,365.32 |                    |
|                             |                         |                        | Bienes de apoyo           | Computadora de escritorio                         | 1        | \$8,827.50      | \$8,827.50 |                    |
|                             |                         |                        |                           | Impresora láser B/N                               | 1        | \$2,129.91      | \$2,129.91 |                    |
|                             |                         |                        |                           | Teléfono  | 1        | \$500.00        | \$500.00   |                    |
|                             |                         |                        |                           | <b>Subtotal</b>                                   |          |                 |            | <b>\$23,795.75</b> |
|                             |                         | Sala de usos múltiples |                           |   |          |                 |            |                    |
|                             |                         |                        | Mobiliario administrativo | Mesa de trabajo                                   | 1        | \$2,000.00      | \$2,000.00 |                    |
|                             |                         |                        |                           | Silla para aula                                   | 10       | \$847.00        | \$8,470.00 |                    |
|                             |                         |                        |                           | Cesto para papeles                                | 1        | \$362.68        | \$362.68   |                    |
|                             |                         |                        | Bienes de apoyo           | Videoprojector digital                            | 1        | \$9,417.82      | \$9,417.82 |                    |
|                             |                         |                        |                           | Pantalla fija techo a pared retráctil             | 1        | \$4,185.70      | \$4,185.70 |                    |
|                             |                         |                        |                           | Pizarrón 150 cm magnético de pared con marcadores | 1        | \$924.90        | \$924.90   |                    |
|                             |                         |                        |                           | <b>Subtotal</b>                                   |          |                 |            | <b>\$25,361.10</b> |

|                  |                |   |  |   |             |                    |
|------------------|----------------|---|--|---|-------------|--------------------|
| Consulta externa | Sala de espera |   |  |   |             |                    |
|                  |                | Mobiliario administrativo                             | Pantalla de 40"                                  | 1 | \$10,000.00 | \$10,000.00        |
|                  |                |   | Soporte para pantalla de 40"                     | 1 | \$941.78    | \$941.78           |
|                  |                |   | Banca en tándem para 3 lugares                   | 4 | \$3,434.78  | \$13,739.12        |
|                  |                |   | Pizarrón 120 cm con tablero de corcho            | 1 | \$935.76    | \$935.76           |
|                  |                |   | Bote de campana                                  | 1 | \$872.43    | \$872.43           |
|                  |                | Bienes de apoyo                                       | Extintor para fuego abc con capacidad de 6 kilos | 1 | \$3,008.47  | \$3,008.47         |
|                  |                |   | Despachador de gel antibacterial                 | 1 | \$250.00    | \$250.00           |
|                  |                | Sanitario de personal                                 | Mobiliario administrativo                        |   |             |                    |
|                  |                |   | Cesto para papeles                               | 1 | \$181.34    | \$181.34           |
|                  |                | Bienes de apoyo                                       | Despachador de papel para secado de manos        | 1 | \$350.00    | \$350.00           |
|                  |                |   | Despachador de papel sanitario                   | 1 | \$500.00    | \$500.00           |
|                  |                |   | Despachador de jabón líquido                     | 1 | \$250.00    | \$250.00           |
|                  |                | Sanitarios públicos                                   | Mobiliario administrativo                        |   |             |                    |
|                  |                |   | Cesto para papeles                               | 1 | \$181.34    | \$181.34           |
|                  |                | Bienes de apoyo                                       | Despachador de papel para secado de manos        | 1 | \$350.00    | \$350.00           |
|                  |                |   | Despachador de papel sanitario                   | 1 | \$500.00    | \$500.00           |
|                  |                |   | Despachador de jabón líquido                     | 1 | \$250.00    | \$250.00           |
|                  |                |   | <b>Subtotal</b>                                  |   |             | <b>\$32,310.24</b> |
|                  |                | Consultorio de Medicina con anexo, exploración y baño |  |   |             |                    |
|                  |                |   | Mobiliario administrativo                        |   |             |                    |
|                  |                |   | Escritorio chico con pedestal                    | 1 | \$1,857.63  | \$1,857.63         |
|                  |                |   | Silla giratoria secretarial                      | 1 | \$845.04    | \$845.04           |

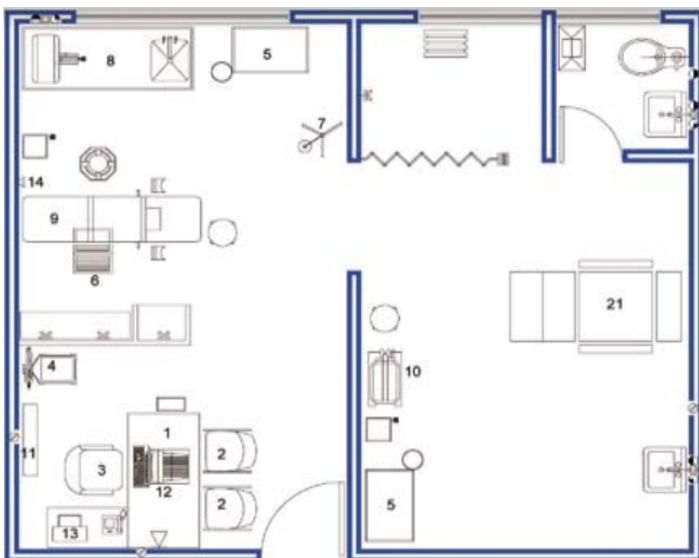
|  |                    |  |   |             |             |
|--|--------------------|--|---|-------------|-------------|
|  |                    | Silla fija apilable                                      | 2 | \$464.79    | \$929.58    |
|  |                    | Cesto para papeles                                       | 2 | \$181.34    | \$362.68    |
|  |                    | Gabinete universal                                       | 1 | \$2,247.75  | \$2,247.75  |
|  |                    | Archivero de 4 gavetas                                   | 1 | \$5,544.99  | \$5,544.99  |
|  |                    | Sillón reclinable  | 1 | \$9,161.88  | \$9,161.88  |
|  | Mobiliario clínico | Báscula con estadímetro                                  | 1 | \$8,840.99  | \$8,840.99  |
|  |                    | Carro para curaciones                                    | 2 | \$3,900.25  | \$7,800.50  |
|  |                    | Escalerilla de 2 peldaños                                | 1 | \$532.91    | \$532.91    |
|  |                    | Lámpara de examinación con fuente de luz de fibra óptica | 1 | \$3,761.56  | \$3,761.56  |
|  |                    | Mesa para exploración universal                          | 1 | \$24,397.00 | \$24,397.00 |
|  |                    | Mesa Pasteur   | 1 | \$1,712.82  | \$1,712.82  |
|  |                    | Negatoscopio doble de pared                              | 1 | \$766.09    | \$766.09    |
|  |                    | Bote para RPBI   | 1 | \$37.77     | \$37.77     |
|  |                    | Carro camilla  | 1 | \$29,644.91 | \$29,644.91 |
|  |                    | Contenedor desechable para punzocortantes                | 1 | \$63.55     | \$63.55     |
|  |                    | Diván  | 1 | \$1,955.10  | \$1,955.10  |
|  | Equipo médico      | Estuche de diagnóstico básico                            | 1 | \$5,591.51  | \$5,591.51  |
|  |                    | Esfigmomanómetro de pared                                | 1 | \$2,916.31  | \$2,916.31  |
|  |                    | Bomba de infusión portátil                               | 1 | \$63,500.00 | \$63,500.00 |
|  |                    | Porta venoclisis rodable                                 | 1 | \$390.00    | \$390.00    |
|  |                    | Estetoscopio de cápsula doble                            | 1 | \$772.07    | \$772.07    |
|  |                    | Set de instrumental para curación                        | 1 | \$18,493.91 | \$18,493.91 |
|  |                    | Martillo percusor grande para reflejos                   | 1 | \$2,355.91  | \$2,355.91  |

|                                  |                           |  |   |             |                     |
|----------------------------------|---------------------------|--|---|-------------|---------------------|
|                                  |                           | Glucómetro   | 1 | \$5,009.36  | \$5,009.36          |
|                                  |                           | Termómetro clínico                                       | 1 | \$104.64    | \$104.64            |
|                                  | Bienes de apoyo           | Computadora de escritorio                                | 1 | \$8,827.50  | \$8,827.50          |
|                                  |                           | Impresora láser B/N                                      | 1 | \$2,129.91  | \$2,129.91          |
|                                  |                           | Teléfono   | 1 | \$500.00    | \$500.00            |
|                                  |                           | <b>Subtotal</b>  |   |             | <b>\$211,053.87</b> |
| <b>Consultorio de Nutrición</b>  |                           |  |   |             |                     |
|                                  | Mobiliario administrativo | Escritorio chico con pedestal                            | 1 | \$1,857.63  | \$1,857.63          |
|                                  |                           | Silla giratoria secretarial                              | 1 | \$845.04    | \$845.04            |
|                                  |                           | Silla fija apilable                                      | 2 | \$464.79    | \$929.58            |
|                                  |                           | Cesto para papeles                                       | 1 | \$181.34    | \$181.34            |
|                                  |                           | Archivero de 4 gavetas                                   | 1 | \$5,544.99  | \$5,544.99          |
|                                  | Mobiliario clínico        | Báscula con estadímetro                                  | 1 | \$8,840.99  | \$8,840.99          |
|                                  |                           | Mesa para exploración universal                          | 1 | \$24,397.45 | \$24,397.45         |
|                                  |                           | Escalerilla de 2 peldaños                                | 1 | \$532.91    | \$532.91            |
|                                  |                           | Lámpara de examinación con fuente de luz de fibra óptica | 1 | \$3,761.56  | \$3,761.56          |
|                                  | Equipo médico             | Plicómetro para valoración nutricional                   | 1 | \$11,583.85 | \$11,583.85         |
|                                  |                           | Cinta métrica ahulada                                    | 1 | \$136.06    | \$136.06            |
|                                  |                           | Sistema de somatometría                                  | 1 | \$19,632.60 | \$19,632.60         |
|                                  | Bienes de apoyo           | Computadora de escritorio                                | 1 | \$8,827.50  | \$8,827.50          |
|                                  |                           | Impresora láser B/N                                      | 1 | \$2,129.91  | \$2,129.91          |
|                                  |                           | Teléfono   | 1 | \$500.00    | \$500.00            |
|                                  |                           | <b>Subtotal</b>  |   |             | <b>\$89,701.41</b>  |
| <b>Consultorio de Psicología</b> |                           |  |   |             |                     |

|   |                           |   |   |             |                    |
|---|---------------------------|---|---|-------------|--------------------|
|   | Mobiliario administrativo | Escritorio chico con pedestal                     | 1 | \$1,857.63  | \$1,857.63         |
|   |                           | Silla giratoria secretarial                       | 1 | \$845.04    | \$845.04           |
|   |                           | Silla fija apilable                               | 2 | \$464.79    | \$929.58           |
|   |                           | Cesto para papeles                                | 1 | \$181.34    | \$181.34           |
|   |                           | Archivero de 4 gavetas                            | 1 | \$5,544.99  | \$5,544.99         |
|   |                           | Pizarrón 150 cm magnético de pared con marcadores | 1 | \$924.90    | \$924.90           |
|   |                           | Sillón p/2 personas                               | 1 | \$6,379.30  | \$6,379.30         |
|   | Mobiliario clínico        | Diván   | 1 | \$1,955.10  | \$1,955.10         |
|   | Bienes de apoyo           | Computadora de escritorio                         | 1 | \$8,827.50  | \$8,827.50         |
|   |                           | Impresora láser B/N                               | 1 | \$2,129.91  | \$2,129.91         |
|   |                           | Teléfono  | 1 | \$500.00    | \$500.00           |
|   |                           | <b>Subtotal</b>                                   |   |             | <b>\$30,075.29</b> |
| <b>Consultorio de Medicina Física y Rehabilitación y Acupuntura</b> |                           |   |   |             |                    |
|   | Mobiliario administrativo | Escritorio chico con pedestal                     | 2 | \$1,857.63  | \$3,715.26         |
|   |                           | Silla giratoria secretarial                       | 2 | \$845.04    | \$1,690.08         |
|   |                           | Silla fija apilable                               | 4 | \$464.79    | \$1,859.16         |
|   |                           | Cesto para papeles                                | 2 | \$181.34    | \$362.68           |
|   |                           | Anaqueles 5 entrepaños                            | 1 | \$2,772.50  | \$2,772.50         |
|   |                           | Anaqueles 7 entrepaños                            | 1 | \$3,644.99  | \$3,644.99         |
|   |                           | Bote de campana                                   | 1 | \$872.38    | \$872.38           |
|   |                           | Banco alto  | 1 | \$278.33    | \$278.33           |
|   | Mobiliario clínico        | Escalerilla de 2 peldaños                         | 1 | \$532.91    | \$532.91           |
|   |                           | Banqueta de altura                                | 1 | \$431.87    | \$431.87           |
|   |                           | Mesa para exploración universal                   | 1 | \$24,397.00 | \$24,397.00        |

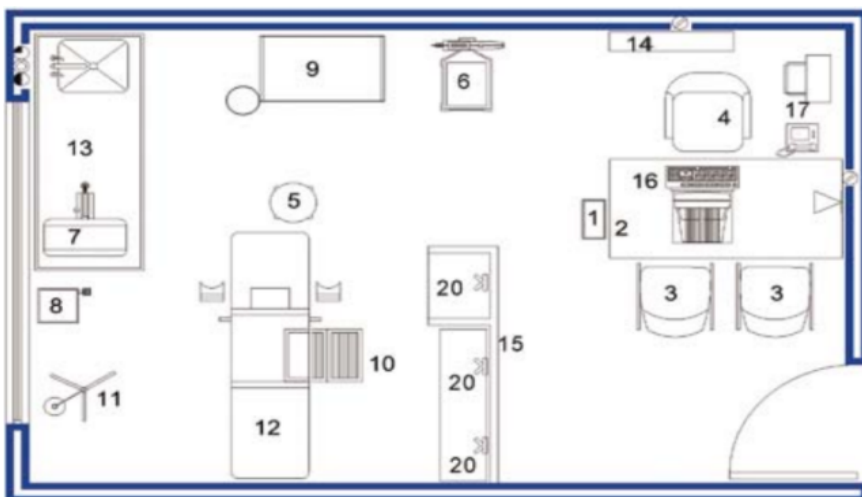
|  |                 |                                |   |                 |                     |
|--|-----------------|--------------------------------|---|-----------------|---------------------|
|  |                 | Mesa Pasteur                   | 1 | \$1,712.82      | \$1,712.82          |
|  |                 | Negatoscopio doble de pared    | 1 | \$766.09        | \$766.09            |
|  |                 | Vitrina de 90 cm contra muro   | 1 | \$1,334.41      | \$1,334.41          |
|  |                 | Esfigmomanómetro aneroide      | 2 | \$1,775.31      | \$3,550.62          |
|  |                 | Unidad de compresas            | 1 | \$16,890.25     | \$16,890.25         |
|  |                 | Colchón de terapia             | 1 | \$3,355.34      | \$3,355.34          |
|  |                 | Mesa de tratamiento fisiátrico | 1 | \$13,674.85     | \$13,674.85         |
|  |                 | Escalera con barandal          | 1 | \$13,787.53     | \$13,787.53         |
|  |                 | Báscula con estadímetro        | 1 | \$8,840.99      | \$8,840.99          |
|  |                 | Carro camilla                  | 2 | \$29,644.91     | \$59,289.82         |
|  |                 | Cortina antibacteriana         | 5 | \$2,360.88      | \$11,804.40         |
|  | Bienes de apoyo | Computadora de escritorio      | 1 | \$8,827.50      | \$8,827.50          |
|  |                 | Impresora láser B/N            | 1 | \$2,129.91      | \$2,129.91          |
|  |                 | Teléfono                       | 1 | \$500.00        | \$500.00            |
|  |                 |                                |   | <b>Subtotal</b> | <b>\$187,021.69</b> |
|  |                 |                                |   | <b>Total</b>    | <b>\$599,319.35</b> |

### Consultorio de Medicina con anexo, exploración y baño



Fuente: Modelos de Unidades Médicas, Secretaría de Salud(41).

### Consultorio de Nutrición



Fuente: Modelos de Unidades Médicas, Secretaría de Salud(41).





**RECURSOS HUMANOS**

| <b>CLAVE</b> | <b>PUESTO</b>                           | <b>SUELDO BRUTO MENSUAL</b> | <b>ASIGNACION BRUTA MENSUAL</b> | <b>AYUDA PARA GASTOS DE ACTUALIZACION BRUTA MENSUAL</b> | <b>TOTAL MENSUAL</b> | <b>TOTAL ANUAL</b>    |
|--------------|---|-----------------------------|---------------------------------|---|----------------------|-----------------------|
| 004          | Médico especialista "A"                 | \$17,263.00                 | \$8,071.00                      | \$11,224.00   | \$36,558.00          | \$438,696.00          |
| 006          | Médico general "A"                      | \$14,910.00                 | \$8,669.00                      | \$7,281.00  | \$30,860.00          | \$370,320.00          |
| 062          | Psicólogo especializado                 | \$14,156.00                 | \$8,897.00                      | \$3,959.00  | \$27,012.00          | \$324,144.00          |
| 109          | Terapista profesional en Rehabilitación | \$12,801.00                 | \$7,765.00                      | \$3,872.00  | \$24,438.00          | \$293,256.00          |
| 115          | Licenciado en Ciencias de la Nutrición  | \$11,787.00                 | \$5,276.00                      | \$3,045.00  | \$20,108.00          | \$241,296.00          |
| 035          | Enfermera general titulada "A"          | \$9,572.00                  | \$5,435.00                      | \$3,798.00  | \$18,805.00          | \$225,660.00          |
| 040          | Trabajador social en área médica "A"    | \$9,177.00                  | \$4,374.00                      | \$3,290.00  | \$16,841.00          | \$202,092.00          |
|              | <b>Total</b>                            | <b>\$89,666.00</b>          | <b>\$48,487.00</b>              | <b>\$36,469.00</b>                                      | <b>\$174,622.00</b>  | <b>\$2,095,464.00</b> |

## RECURSOS MATERIALES (Listado de fármacos necesarios para la atención de pacientes en CP).

| No. | CLAVE                | MEDICAMENTO           | PRESENTACION   | INDICACIÓN EN CP POR IAHP  | GRUPO LGS ART. 226 | LISTA MODELO OMS (MEDICAMENTOS ESENCIALES)                           |
|-----|----------------------|-----------------------|--|--|--------------------|--|
| 1   | 2500<br>2499         | ALPRAZOLAM            | 0.25 mg comprimidos<br>2 mg, comprimidos                         | Ansiolítico  | II                 | No incluido  |
| 2   | 3305                 | AMITRIPTILINA         | 25 mg comprimidos  | Depresión<br>Dolor Neuropático   | III                | 24.2.1 - Trastornos depresivos                                       |
| 3   | 2153<br>2141         | BETAMETASONA          | 8 mg/ml inyectable<br>4 mg/2 ml inyectable                       | Antiinflamatorio glucocorticoide                                       | IV                 | No incluido  |
| 4   | 0271                 | BUPIVACAINA           | 150 mg inyectable  | Anestésico local de larga duración                                     | IV                 | 1.2 Anestésicos locales  |
| 5   | 4026<br>2097<br>2100 | BUPRENORFINA          | 0.3 mg inyectable<br>30 mg Parche<br>0.2mg tableta sublingual    | Analgésico Narcótico   | II                 | No incluido  |
| 6   | 1207<br>1206         | BUTILIOSCINA          | 10 mg comprimido<br>10 mg/ml inyectable<br>1 mg/ml solución oral | Nausea<br>Congestión respiratoria terminal<br>Dolor visceral<br>Vómito | IV                 | No incluido  |
| 7   | 2608                 | CARBAMAZEPINA         | 200 mg comprimido  | Dolor neuropático  | IV                 | 5 - Anticonvulsivos/antiepilépticos<br>24.2.2 - Trastornos bipolares |
| 8   | 2133                 | CLINDAMICINA          | 300 mg comprimidos   | Infecciones bacterianas  | IV                 | 6.2.2 Otros antibacterianos  |
| 9   | 2613                 | CLONAZEPAM            | 2.5 mg/ml solución oral  | Anticonvulsivo<br>Antiepiléptico<br>Ansiolítico                        | II                 | No incluido.   |
| 10  | 4028                 | CLONIXINATO DE LISINA | 100mg/2ml inyectable   | Dolor-leve a moderado  | IV                 | No incluido  |
| 11  | 3432<br>4241         | DEXAMETASONA          | 0.5 mg comprimidos<br>4 mg/ml inyectable                         | Anorexia<br>Nausea<br>Dolor neuropático<br>Vómito                      | IV                 | 3 - Antialérgicos y anafilaxia<br>8.3 - Hormonas y antihormonas      |
| 12  | 0107                 | DEXTROPOXIFENO        | 65 mg cápsulas   | Analgésico agonista opioide<br>Dolor - leve a moderado                 | II                 | No incluido  |
| 13  | 3417<br>5501         | DICLOFENACO           | 100 mg comprimidos<br>75 mg inyectable                           | Dolor - leve a moderado  | IV                 | No incluido  |
| 14  | 0406<br>0405         | DIFENHIDRAMINA        | 10 ml inyectable<br>60 ml oral                                   | Inductor del sueño.<br>Alergias.<br>Nauseas.<br>Mareos y Vómito.       | IV                 | No incluido  |
| 15  | 4027<br>242          | FENTANILO             | 4.2 mg parche<br>0.5 mg/10 ml inyectable                         | Dolor - moderado a severo  | I                  | No incluido  |
| 16  | 4483                 | FLUOXETINA            | 20 mg comprimidos  | Antidepresivo  | IV                 | 24.2.1 Medicamentos utilizados en los trastornos depresivos          |
| 17  | 2308                 | FUROSEMIDA            | 20mg/2 ml  | Diurético  | IV                 | 12.4 Medicamentos utilizados en la insuficiencia cardíaca            |
| 18  | 4359                 | GABAPENTINA           | 300 mg comprimidos   | Dolor neuropático  | IV                 | No incluido  |
| 19  | 4477<br>3253         | HALOPERIDOL           | 15 ml solución oral<br>5 mg/ml inyectable                        | Delirio<br>Nausea<br>Vómito  | IV                 | 24.1- Trastornos psicóticos  |

|    |                      |                        |  |   |     |  |
|----|----------------------|------------------------|--|---|-----|--|
| 20 | 2113                 | HIDROMORFONA           | Tabletas 2 mg  | Analgésico Narcótico<br>Dolor- moderado a severo                                      | I   | No incluido  |
| 21 | 3302                 | IMIPRAMINA             | 25 mg comprimidos  | Antidepresivo   | III | No incluido  |
| 22 | 0226                 | KETAMINA               | ampulas  | Anestésico general  | II  | No incluido  |
| 23 | 3422                 | KETOROLACO             | 30mg/ml inyectable   | Antiinflamatorio No Esteroideo<br>Dolor- moderado a severo<br>Analgésico No narcótico | IV  | No incluido  |
| 24 | 2148<br>0264<br>0262 | LIDOCAINA              | 35 g unguento<br>115 ml aerosol<br>1 g/50 ml inyectable  | 35 g unguento<br>115 ml aerosol<br>1 g/50 ml inyectable                               | IV  | Anestésico Local   |
| 25 | 9230                 | METADONA               | 10 mg comprimidos  | Dolor - moderado a severo   | I   | 24.5 -Programas de dependencia por sustancias  |
| 26 | 1241<br>1242         | METOCLOPRAMIDA         | 10mg/2 ml inyectable<br>10 mg comprimidos  | 10mg/2 ml inyectable<br>10 mg comprimidos   | IV  | Antiemético<br>Analgésico<br>Gastroprocinético   |
| 27 | 4057                 | MIDAZOLAM              | 3mg/15 ml Inyectable   | Sedante<br>Hipnótico<br>Insomnio<br>Ansiolítico<br>Miorrelajante<br>Anticonvulsivo    | II  | No incluido  |
| 28 | 2102<br>9169<br>4029 | MORFINA                | 50 mg/2 ml inyectable<br>200mg/20 ml inyectable<br>30 mg/5 ml oral<br>10 mg comprimidos<br>30 mg comprimidos | Dolor - moderado a severo<br>Disnea   | I   | 1.3 Medicación preoperatoria y sedación para procedimientos breves<br>2.2 - Analgésicos opiáceos |
| 29 | 0291                 | NEOSTIGMINA            | 0.5 mg/ml inyectable   | Miorrelajante<br>Bloqueador neuromuscular<br>Anticolinesterásico                      | IV  | 20. Miorrelajantes (de acción periférica) e inhibidores de la Colinesterasa                      |
| 30 | 0104                 | PARACETAMOL            | 500 mg comprimidos   | Dolor - leve a moderado.  | IV  | 2.1 - Analgésicos no opiáceos y AINEs  |
| 31 | 0269                 | ROPIVACAÍNA            | 2 mg/ ml inyectable  | Anestésico local  | IV  | No incluido  |
| 32 | 1272                 | SENÓSIDOS              | 8.6 mg comprimido  | Estreñimiento   | IV  | 17.4 - Laxantes  |
| 33 | 3629                 | SULFATO DE MAGNESIO    | 10% inyectable   | Anestésico  | IV  | 5 - Anticonvulsivos/antiepilépticos<br>24.2.2 - Trastornos bipolares                             |
| 34 | 5365                 | TOPIRAMATO             | 25 mg comprimidos  | Antiepiléptico<br>Antimigrañoso<br>Analgésico adyuvante                               | IV  | No incluido  |
| 35 | 2106                 | TRAMADOL               | 50 mg comprimidos/capsulas<br>100mg/1ml solución oral<br>50mg/ml inyectable                                  | Dolor - leve a moderado   | IV  | No incluido  |
| 36 | 2096                 | TRAMADOL & PARACETAMOL | 37.5 mg/325 mg comprimidos   | Dolor - moderado a severo   | IV  | No incluido  |
| 37 | 4362                 | TOXINA BOTULINICA      | 100 U inyectable   | Dolor   | IV  | No incluido  |
| 38 | 4488                 | VENLAFAXINA            | 75 mg Capsulas   | Depresión   | IV  | No incluido  |

**MEDICAMENTOS INCLUIDOS DENTRO DEL CATALÓGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD (CAUSES 2016) PARA EL MANEJO AMBULATORIO DE CUIDADOS PALIATIVOS Y DOLOR CRONICO (INTERVENCION 89)**

| <b>Clasificación</b>                | <b>Clave</b>            | <b>Nombre</b>                           | <b>Descripción</b>  | <b>Normatividad</b> |
|-------------------------------------|-------------------------|---|---|---------------------|
|                                     | 40.00                   |   |   |                     |
| CIE-10 R52                          | 0.209<br>8.00           | BUPRENORFINA<br>PARCHE.                 | Cada parche contiene: Buprenorfina 20 mg. Envase con 4 parches.   | NOM-011-SSA3-2014   |
| Dolor no clasificadas en otra parte | 040.0<br>00.20<br>97.00 | BUPRENORFINA<br>PARCHE.                 | Cada parche contiene: Buprenorfina 30 mg. Envase con 4 parches.   | NOM-006-SSA3-2011   |
|                                     | 040.0<br>00.40<br>26.00 | BUPRENORFINA<br>SOLUCIÓN<br>INYECTABLE. | Cada ampolleta o frasco ampula contiene: Clorhidrato de buprenorfina equivalente a 0.3 mg de buprenorfina. Envase con 6 ampolletas o frascos ampula con 1 mL. | NOM-004-SSA3-2012   |
| CIE-10 Z51.5 Atención paliativa     | 040.0<br>00.21<br>00.00 | BUPRENORFINA<br>TABLETA<br>SUBLINGUAL.  | Cada tableta sublingual contiene: Clorhidrato de buprenorfina equivalente a 0.2 mg. de buprenorfina. Envase con 10 tabletas.                                  | GPC-IMSS-440-11-EyR |
|                                     | 040.0<br>00.21<br>00.01 | BUPRENORFINA<br>TABLETA<br>SUBLINGUAL.  | Cada tableta sublingual contiene: Clorhidrato de buprenorfina equivalente a 0.2 mg. de buprenorfina. Envase con 20 tabletas.                                  |                     |
|                                     | 040.0<br>00.20<br>99.00 | MORFINA<br>SOLUCIÓN<br>INYECTABLE.      | Cada ampolleta contiene: Sulfato de morfina pentahidratada 2.5 mg. Envase con 5 ampolletas con 2.5 mL.  |                     |

|       |                 |  |
|-------|-----------------|--|
| 040.0 |                 | Cada tableta contiene: Sulfato de morfina            |
| 00.40 |                 | pentahidratado equivalente a 30 mg de sulfato de     |
| 29.00 | MORFINA TABLETA | morfina. Envase con 20 tabletas.                     |
|       | OXICODONA       |  |
| 040.0 | TABLETA DE      |  |
| 00.40 | LIBERACIÓN      | Cada tableta contiene: Clorhidrato de Oxycodona 10   |
| 33.00 | PROLONGADA      | mg. Envase con 30 tabletas de liberación prolongada. |
|       | OXICODONA       |  |
| 040.0 | TABLETA DE      |  |
| 00.40 | LIBERACIÓN      | Cada tableta contiene: Clorhidrato de Oxycodona 20   |
| 32.00 | PROLONGADA.     | mg. Envase con 30 tabletas de liberación prolongada. |
| 040.0 | TRAMADOL        |  |
| 00.21 | SOLUCIÓN        | Cada ampolla contiene: Clorhidrato de tramadol 100   |
| 06.00 | INYECTABLE.     | mg. Envase con 5 ampollas de 2 mL.                   |
| 040.0 | TRAMADOL-       |  |
| 00.20 | PARACETAMOL     | Cada tableta contiene: Clorhidrato de tramadol 37.5  |
| 96.00 | TABLETA.        | mg. Paracetamol 325.0 mg. Envase con 20 tabletas.    |

**ANEXO #11 Aplicación de los términos de referencia para la evaluación del diseño del proyecto “Propuesta de diseño de servicios de CP en unidades hospitalarias”.**

**Términos de Referencia de la Evaluación de Diseño**

**I. ANÁLISIS DE LA JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN Y DEL DISEÑO DEL PROGRAMA**

Con base en la identificación que la dependencia, entidad y/o la unidad responsable del programa hayan realizado del problema o necesidad que se espera resolver con la ejecución del programa se debe realizar un análisis que permita contestar las siguientes preguntas:

- 1. El problema o necesidad prioritaria que busca resolver el programa está identificado en un documento que cuenta con la siguiente información:**
  - a) El problema o necesidad se formula como un hecho negativo o como una situación que puede ser revertida.**
  - b) Se define la población que tiene el problema o necesidad.**
  - c) Se define el plazo para su revisión y su actualización.**

**Respuesta: SI, Ver página 26.**

| Nivel | Criterios  |
|-------|--|
| 4     | <ul style="list-style-type: none"><li>• El programa tiene identificado el problema o necesidad que busca resolver,</li><li>• El problema cumple con todas las características establecidas en la pregunta, y</li><li>• El programa actualiza periódicamente la información para conocer la evolución del problema.</li></ul> |

- 2. Existe un diagnóstico del problema que atiende el programa que describa de manera específica:**
  - a) Causas, efectos y características del problema.**
  - b) Cuantificación y características de la población que presenta el problema.**
  - c) Ubicación territorial de la población que presenta el problema.**
  - d) El plazo para su revisión y su actualización.**

**Respuesta: SI, ver página 26, 27, y ANEXOS.**

| Nivel | Criterios   |
|-------|---|
| 4     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• El programa cuenta con documentos, información y/o evidencias que le permiten conocer la situación del problema que pretende atender, y</li> <li>• El diagnóstico cumple con todas las características establecidas en la pregunta, y</li> <li>• El programa señala un plazo para la revisión y actualización de su diagnóstico en algún documento.</li> </ul> |

**3. ¿Existe justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención que el programa lleva a cabo?**

**Respuesta: SI, ver página 27.**

| Nivel | Criterios  |
|-------|--|
| 4     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• El programa cuenta con una justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención que el programa lleva a cabo en la población objetivo, y</li> <li>• La justificación teórica o empírica documentada es consistente con el diagnóstico del problema, y</li> <li>• Existe(n) evidencia(s) (nacional o internacional) de los efectos positivos atribuibles a los beneficios o apoyos otorgados a la población objetivo, y</li> <li>• Existe(n) evidencia(s) (nacional o internacional) de que la intervención es más eficaz para atender la problemática que otras alternativas.</li> </ul> |

**II. ANÁLISIS DE LA CONTRIBUCIÓN DEL PROGRAMA A LAS METAS Y ESTRATEGIAS NACIONALES**

- 4. El Propósito del programa está vinculado con los objetivos del programa sectorial, especial, institucional o nacional considerando que:**
- a) **Existen conceptos comunes entre el Propósito y los objetivos del programa sectorial, especial o institucional, por ejemplo: población objetivo.**
  - b) **El logro del Propósito aporta al cumplimiento de alguna(s) de la(s) meta(s) de alguno(s) de los objetivos del programa sectorial, especial o institucional.**

**Respuesta: SI, ver página 8.**

| Nivel | Criterios  |
|-------|--|
| 4     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• El programa cuenta con un documento en el que se establece la relación del Propósito con los objetivo(s) del programa sectorial, especial, institucional o nacional, y</li> <li>• Es posible determinar vinculación con todos los aspectos establecidos en la pregunta, y</li> <li>• El logro del Propósito es suficiente para el cumplimiento de alguna(s) de la(s) meta(s) de alguno(s) de los objetivos del programa sectorial, especial, institucional o nacional.</li> </ul> |

**5. ¿Con cuáles metas y objetivos, así como estrategias transversales del Plan Nacional de Desarrollo vigente está vinculado el objetivo sectorial, especial, institucional o nacional relacionado con el programa?**

| Plan/Programa  | Meta/Objetivo   | Estrategia  | Línea de acción   |
|--|---|---|---|
| Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018  | <p><i>Meta 2.1 “Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población”.</i></p> <p><i>2.3 “Asegurar el acceso a los servicios de salud”.</i></p>   | <p><i>2.3.4, “Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad”.</i></p>   |   |
| Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018  | <p><i>Objetivo 2 “Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad” y en la estrategia 2.2 “Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud”.</i></p>  | <p><i>2.3, “Creación de redes integradas de servicios de salud interinstitucionales”.</i></p>   | <p><i>2.3.3, “Reforzar las redes de servicios y procesos para la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y CP”.</i></p>  |
| Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica 2013-2018 | <p><i>Objetivo 1. “Mejorar la calidad de la atención y seguridad del paciente en los servicios de salud”,</i></p> <p><i>1.1.1. “Establecer la metodología para el diseño sectorial de estándares e indicadores de calidad y seguridad del paciente,</i></p> | <p><i>1.1, “Calidad con énfasis en la seguridad del paciente”.</i></p> <p><i>4.1, “Alinear acciones intersectoriales e institucionales que permitan un acceso efectivo a los establecimientos y</i></p> | <p><i>1.1.12, “Incentivar la creación de equipos multidisciplinarios para la mejora de la calidad y seguridad del paciente”.</i></p> <p><i>4.1.5, “Contribuir a la formulación, implementación y seguimiento de los modelos de atención para optimizar el uso de recursos y alcanzar el</i></p> |



|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
|   | <p><i>alineados a prácticas internacionales”.</i></p> <p><i>1.1.12. “Incentivar la creación de equipos multidisciplinarios para la mejora de la calidad y seguridad”.</i></p> <p><i>Objetivo 4. “Direccionar las acciones de acreditación para consolidar la mejora de la calidad y el acceso efectivo a la salud”.</i></p> <p><i>Objetivo 6. “Fortalecer la política en la formación, capacitación y educación continua del personal de salud de acuerdo con las características demográficas y epidemiológicas de la población”.</i></p> | <p><i>servicios de salud a través de la acreditación “.</i></p> <p><i>6.1, “Establecer la política de formación, capacitación y educación continua de los recursos humanos para la salud que facilite su integración en el Sistema Nacional de Salud”.</i></p> | <p><i>acceso efectivo a servicios de salud con calidad”.</i></p> <p><i>6.1.1, “Establecer mecanismos técnicos normativos que orienten la política de formación, capacitación y educación continua de los recursos humanos en salud”.</i></p> |
| <p>Programa Nacional de Cuidados Paliativos 2013-2018.</p>                  | <p><i>Objetivo: “Contribuir en la implementación de los CP en México, a través de estrategias que incluyen el diseño y ejecución de un Plan Nacional de CP con base en la normatividad vigente, mediante políticas y lineamientos que faciliten su implementación, su desarrollo, la mejora de la calidad de la atención paliativa y su evaluación”.</i></p>   |  |  |
| <p>Diseño de servicios de Cuidados paliativos en unidades hospitalarias</p> | <p>Otorgamiento de CP de calidad a la población blanco con en unidades hospitalarias.</p>  |  |  |

**6. ¿Cómo está vinculado el Propósito del programa con los Objetivos del Desarrollo del Milenio, los Objetivos de Desarrollo Sostenible o la Agenda de Desarrollo Post 2015?**

Indirecta: El logro del Propósito aporta al cumplimiento de al menos uno de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, los Objetivos de Desarrollo Sostenible o a la Agenda de Desarrollo Post 2015.

El proposito del programa es “Otorgar de CP de calidad a la población blanco con en unidades hospitalarias”, siendo coherente con las metas del PND que son las de *“Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población”* y *“Asegurar el acceso a los servicios de salud”*.

El tercer objetivo de los Objetivos de desarrollo sostenible para el 2030 es: *“Lograr una cobertura universal de salud y facilitar medicamentos y vacunas seguras y asequibles para todos. Una parte esencial de este proceso es apoyar la investigación y el desarrollo de vacunas”*.

### III. ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO Y MECANISMOS DE ELEGIBILIDAD

#### Definiciones de población potencial, objetivo y atendida

Se entenderá por **población potencial** a la población total que presenta la necesidad y/o problema que justifica la existencia del programa y que por lo tanto pudiera ser elegible para su atención.

Se entenderá por **población objetivo** a la población que el programa tiene planeado o programado atender para cubrir la población potencial, y que cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en su normatividad.

Se entenderá por **población atendida** a la población beneficiada por el programa en un ejercicio fiscal.

#### Población potencial y objetivo

7. Las poblaciones, potencial y objetivo, están definidas en documentos oficiales y/o en el diagnóstico del problema y cuentan con la siguiente información y características:
- Unidad de medida.
  - Están cuantificadas.
  - Metodología para su cuantificación y fuentes de información.
  - Se define un plazo para su revisión y actualización.

**Respuesta: SI, ver ANEXO 5**

| Nivel | Criterios  |
|-------|--|
| 4     | <ul style="list-style-type: none"><li>El programa tiene definidas las poblaciones (potencial y objetivo), y</li><li>Las definiciones cumplen todas las características establecidas, y</li><li>Existe evidencia de que el programa actualiza (según su metodología) y utiliza las definiciones para su planeación.</li></ul> |

8. ¿El programa cuenta con información sistematizada que permite conocer la demanda total de apoyos y las características de los solicitantes? (socioeconómicas en el caso de personas físicas y específicas en el caso de personas morales)

**Respuesta: SI, ver ANEXO 5 y ficha de indicadores.**

| Nivel | Criterios  |
|-------|--|
| 4     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• El programa cuenta con información sistematizada que permite conocer la demanda total de apoyos y las características de los solicitantes.</li> <li>• Existe evidencia de que la información sistematizada es válida, es decir, se utiliza como fuente de información única de la demanda total de apoyos.</li> </ul> |

### Mecanismos de elegibilidad

9. ¿El programa cuenta con mecanismos para identificar su población objetivo? En caso de contar con estos, especifique cuáles y qué información utiliza para hacerlo.

**Respuesta: SI, ver ficha de indicadores (Indicador #6).**

10. ¿El programa cuenta con una estrategia de cobertura documentada para atender a su población objetivo con las siguientes características:
- a) Incluye la definición de la población objetivo.
  - b) Especifica metas de cobertura anual.
  - c) Abarca un horizonte de mediano y largo plazo.
  - d) Es congruente con el diseño y el diagnóstico del programa.

**Respuesta: SI, ver indicadores 1, 6 así como ficha técnica de los mismos.**

| Nivel | Criterios   |
|-------|---|
| 4     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La estrategia de cobertura cuenta con todas las características establecidas.</li> </ul> |

11. Los procedimientos del programa para la selección de beneficiarios y/o proyectos tienen las siguientes características:
- a) Incluyen criterios de elegibilidad claramente especificados, es decir, no existe ambigüedad en su redacción.
  - b) Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.
  - c) Están sistematizados.

d) Están difundidos públicamente.

**Respuesta: SI, ver ANEXO 5.**

| Nivel | Criterios  |
|-------|--|
| 4     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Los procedimientos para la selección de beneficiarios y/o proyectos tienen todas las características establecidas.</li></ul> |

12. Los procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo cuentan con las siguientes características:

- a) Corresponden a las características de la población objetivo.
- b) Existen formatos definidos.
- c) Están disponibles para la población objetivo.
- d) Están apegados al documento normativo del programa.

**Respuesta: SI, Ver ANEXO 9.**

| Nivel | Criterios   |
|-------|---|
| 4     | <ul style="list-style-type: none"><li>• El programa cuenta con procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo.</li><li>• Los procedimientos cuentan con todas las características descritas.</li></ul> |

#### IV. PADRÓN DE BENEFICIARIOS Y MECANISMOS DE ATENCIÓN

##### Padrón de beneficiarios

13. Existe información que permita conocer quiénes reciben los apoyos del programa (padrón de beneficiarios) que:

- a) Incluya las características de los beneficiarios establecidas en su documento normativo.
- b) Incluya el tipo de apoyo otorgado.
- c) Esté sistematizada e incluya una clave única de identificación por beneficiario que no cambie en el tiempo.
- d) Cuenten con mecanismos documentados para su depuración y actualización.

**Respuesta: SI, Ver ANEXO 9.**

| Nivel | Criterios  |
|-------|--|
| 4     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La información de los beneficiarios cumple con todas las características establecidas.</li> </ul> |

**Mecanismos de atención y entrega del apoyo**

**14. Los procedimientos para otorgar los apoyos a los beneficiarios tienen las siguientes características:**

- a) Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.
- b) Están sistematizados.
- c) Están difundidos públicamente.
- d) Están apegados al documento normativo del programa.

**Respuesta: SI, Ver ANEXO 9.**

| Nivel | Criterios   |
|-------|---|
| 4     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los procedimientos para otorgar los apoyos a los beneficiarios tienen todas las características establecidas.</li> </ul> |

**15. Si el programa recolecta información socioeconómica de sus beneficiarios, explique el procedimiento para llevarlo a cabo, las variables que mide y la periodicidad de las mediciones.**

Se recopilan únicamente los siguientes datos sociodemográficos a través del sistema Palia-REG, la periodicidad depende del número de atenciones que reciban los pacientes en el hospital.

Expediente  
Nombre del paciente  
Sexo  
F.de Nac.  
Edad  
Teléfono  
Familiar responsable  
Lugar de residencia  
Cuidador primario

**EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS**  
**De la lógica vertical de la Matriz de Indicadores para Resultados**

**16. Para cada uno de los Componentes de la MIR del programa existe una o un grupo de Actividades que:**

- a) **Están claramente especificadas, es decir, no existe ambigüedad en su redacción.**
- b) **Están ordenadas de manera cronológica.**
- c) **Son necesarias, es decir, ninguna de las Actividades es prescindible para producir los Componentes.**
- d) **Su realización genera junto con los supuestos en ese nivel de objetivos los Componentes.**

**Respuesta: SI, ver MML.**

| Nivel | Criterios  |
|-------|--|
| 4     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Del 85 al 100% de las Actividades cumplen con todas las características establecidas en la pregunta.</li> </ul> |

**17. Los Componentes señalados en la MIR cumplen con las siguientes características:**

- a) **Son los bienes o servicios que produce el programa.**
- b) **Están redactados como resultados logrados, por ejemplo becas entregadas.**
- c) **Son necesarios, es decir, ninguno de los Componentes es prescindible para producir el Propósito.**
- d) **Su realización genera junto con los supuestos en ese nivel de objetivos el Propósito.**

**Respuesta: SI, ver MML.**

| Nivel | Criterios  |
|-------|--|
| 4     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Del 85 al 100% de los Componentes cumplen con todas las características establecidas en la pregunta.</li> </ul> |

**18.El Propósito de la MIR cuenta con las siguientes características:**

- a) Es consecuencia directa que se espera ocurrirá como resultado de los Componentes y los supuestos a ese nivel de objetivos.
- b) Su logro no está controlado por los responsables del programa.
- c) Es único, es decir, incluye un solo objetivo.
- d) Está redactado como una situación alcanzada, por ejemplo: morbilidad en la localidad reducida.
- e) Incluye la población objetivo.

**Respuesta: SI, ver MML.**

| Nivel | Criterios  |
|-------|--|
| 4     | • El Propósito cumple con todas las características establecidas en la pregunta. |

**19.El Fin de la MIR cuenta con las siguientes características:**

- a) Está claramente especificado, es decir, no existe ambigüedad en su redacción.
- b) Es un objetivo superior al que el programa contribuye, es decir, no se espera que la ejecución del programa sea suficiente para alcanzar el Fin.
- c) Su logro no está controlado por los responsables del programa.
- d) Es único, es decir, incluye un solo objetivo.
- e) Está vinculado con objetivos estratégicos de la dependencia o del programa sectorial.

**Respuesta: SI, ver MML.**

| Nivel | Criterios  |
|-------|--|
| 4     | • El Fin cumple con todas las características establecidas en la pregunta. |



20. ¿En el documento normativo del programa es posible identificar el resumen narrativo de la MIR (Fin, Propósito, Componentes y Actividades)?

**Respuesta: SI, ver MML.**

| Nivel | Criterios  |
|-------|--|
| 4     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Algunas de las Actividades, todos los Componentes, el Propósito y el Fin de la MIR se identifican en las ROP o documento normativo del programa.</li> </ul> |

**De la lógica horizontal de la Matriz de Indicadores para Resultados**

21. En cada uno de los niveles de objetivos de la MIR del programa (Fin, Propósito, Componentes y Actividades) existen indicadores para medir el desempeño del programa con las siguientes características:

- a) Claros.
- b) Relevantes.
- c) Económicos.
- d) Monitoreables.
- e) Adecuados.

**Respuesta: SI, ver ficha de indicadores.**

| Nivel | Criterios  |
|-------|--|
| 4     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Del 85% al 100% de los indicadores del programa tienen las características establecidas.</li> </ul> |

**22. Las Fichas Técnicas de los indicadores del programa cuentan con la siguiente información:**

- a) Nombre.
- b) Definición.
- c) Método de cálculo.
- d) Unidad de Medida.
- e) Frecuencia de Medición.
- f) Línea base.
- g) Metas.
- h) Comportamiento del indicador (ascendente, descendente, regular o nominal).

**Respuesta: SI, ver ficha de indicadores.**

| Nivel | Criterios   |
|-------|---|
| 4     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Del 85% al 100% de las Fichas Técnicas de los indicadores del programa tienen las características establecidas.</li> </ul> |

**23. Las metas de los indicadores de la MIR del programa tienen las siguientes características:**

- a) Cuentan con unidad de medida.
- b) Están orientadas a impulsar el desempeño, es decir, no son laxas.
- c) Son factibles de alcanzar considerando los plazos y los recursos humanos y financieros con los que cuenta el programa.

**Respuesta: SI, ver ficha técnica de indicadores.**

| Nivel | Criterios   |
|-------|---|
| 4     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Del 85% al 100% de las metas de los indicadores del programa tienen las características establecidas.</li> </ul> |

**24. Cuántos de los indicadores incluidos en la MIR tienen especificados medios de verificación con las siguientes características:**

- a) **Oficiales o institucionales.**
- b) **Con un nombre que permita identificarlos.**
- c) **Permiten reproducir el cálculo del indicador.**
- d) **Públicos, accesibles a cualquier persona.**

**Respuesta: Todos los indicadores cumplen con lo arriba mencionado. (Ver ficha de indicadores).**

| <b>Nivel</b> | <b>Criterios</b>   |
|--------------|--|
| 4            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Del 85% al 100% de los medios de verificación cumplen con las características establecidas en la pregunta.</li> </ul> |

**25. Considerando el conjunto *Objetivo-Indicadores-Medios de verificación*, es decir, cada renglón de la MIR del programa es posible identificar lo siguiente:**

- a) **Los medios de verificación son los necesarios para calcular los indicadores, es decir, ninguno es prescindible.**
- b) **Los medios de verificación son suficientes para calcular los indicadores.**
- c) **Los indicadores permiten medir, directa o indirectamente, el objetivo a ese nivel.**

**Respuesta: SI, Ver cuadro de medios de verificación.**

| <b>Nivel</b> | <b>Criterios</b>   |
|--------------|--|
| 4            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los conjuntos <i>Objetivo-Indicadores-Medios de verificación</i> del programa tienen las características establecidas.</li> </ul> |

**26. Sugiera modificaciones en la MIR del programa o incorpore los cambios que resuelvan las deficiencias encontradas en cada uno de sus elementos a partir de sus respuestas a las preguntas de este apartado.**

**Ninguna.**

## V. PRESUPUESTO Y RENDICIÓN DE CUENTAS

### Registro de operaciones programáticas y presupuestales

27. El programa identifica y cuantifica los gastos en los que incurre para generar los bienes y los servicios (Componentes) que ofrece y los desglosa en los siguientes conceptos:
- a) **Gastos en operación:** Se deben incluir los directos (gastos derivados de los subsidios monetarios y/o no monetarios entregados a la población atendida, considere los capítulos 2000 y/o 3000 y gastos en personal para la realización del programa, considere el capítulo 1000) y los indirectos (permiten aumentar la eficiencia, forman parte de los procesos de apoyo. Gastos en supervisión, capacitación y/o evaluación, considere los capítulos 2000, 3000 y/o 4000).
  - b) **Gastos en mantenimiento:** Requeridos para mantener el estándar de calidad de los activos necesarios para entregar los bienes o servicios a la población objetivo (unidades móviles, edificios, etc.). Considere recursos de los capítulos 2000, 3000 y/o 4000.
  - c) **Gastos en capital:** Son los que se deben afrontar para adquirir bienes cuya duración en el programa es superior a un año. Considere recursos de los capítulos 5000 y/o 6000 (Ej: terrenos, construcción, equipamiento, inversiones complementarias).
  - d) **Gasto unitario:** Gastos Totales/población atendida (Gastos totales=Gastos en operación + gastos en mantenimiento). Para programas en sus primeros dos años de operación se deben de considerar adicionalmente en el numerador los Gastos en capital.

Si el programa no ha identificado ni cuantificado gastos en operación de los bienes y/o servicios que ofrece o si no desglosa al menos uno de los conceptos establecidos, se considera información *inexistente* y, por lo tanto, la respuesta es “No”.

Si cuenta con información para responder la pregunta, es decir, si la respuesta es “Sí” se debe seleccionar un nivel según los siguientes criterios:

| Nivel | Criterios  |
|-------|--|
| 4     | <ul style="list-style-type: none"><li>• El programa identifica y cuantifica los gastos en operación y desglosa todos los conceptos establecidos.</li></ul> |

**Respuesta: SI, Ver ANEXO 10.**

### Rendición de cuentas

28. El programa cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas con las siguientes características:
- a) Las ROP o documento normativo están actualizados y son públicos, esto es, disponibles en la página electrónica.
  - b) Los resultados principales del programa, así como la información para monitorear su desempeño, están actualizados y son públicos, son difundidos en la página.
  - c) Se cuenta con procedimientos para recibir y dar trámite a las solicitudes de acceso a la información acorde a lo establecido en la normatividad aplicable.
  - d) La dependencia o entidad que opera el Programa propicia la participación ciudadana en la toma de decisiones públicas y a su vez genera las condiciones que permitan que ésta permee en los términos que señala la normatividad aplicable.

**Respuesta: No aplica dado que se trata de un diseño que no está apegado a algún programa en marcha o con presupuesto destinado.**

29. Los procedimientos de ejecución de obras y/o acciones tienen las siguientes características:
- a) Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.
  - b) Están sistematizados.
  - c) Están difundidos públicamente.
  - d) Están apegados al documento normativo del programa.

Si el programa no cuenta con procedimientos de ejecución de obras y/o acciones o los procedimientos no cuentan con al menos una de las características establecidas en la pregunta, se considera información *inexistente* y, por lo tanto, la respuesta es “No”.

Si cuenta con información para responder la pregunta, es decir, si la respuesta es “Sí” se debe seleccionar un nivel según los siguientes criterios:

| Nivel | Criterios   |
|-------|---|
| 1     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Los procedimientos de ejecución de obras y/o acciones tienen una de las características establecidas.</li></ul> |

|   |   |
|---|---|
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Los procedimientos de ejecución de obras y/o acciones tienen dos de las características establecidas.</li> </ul> |
|---|---|

**Respuesta: Ver anexos 1 al 10.**

**VI. ANÁLISIS DE POSIBLES COMPLEMENTARIEDADES Y COINCIDENCIAS CON OTROS PROGRAMAS FEDERALES**

**30. ¿Con cuáles programas federales y/o acciones de desarrollo social en otros niveles de gobierno y en qué aspectos el programa evaluado podría tener complementariedad y/o coincidencias?**

**Programa Nacional de CP 2013-2018.**

**CUADRO 2. APARTADOS DE LA EVALUACIÓN**

| APARTADO  | PREGUNTAS | TOTAL     |
|---|-----------|-----------|
| Justificación de la creación y del diseño del programa            | 1 a 3     | 3/3       |
| Contribución a las metas y estrategias nacionales                 | 4 a 6     | 3/3       |
| Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad        | 7 a 12    | 6/6       |
| Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención                  | 13 a 15   | 3/3       |
| Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)                       | 16 a 26   | 11/11     |
| Presupuesto y rendición de cuentas                                | 27 a 29   | 2/3       |
| Complementariedades y coincidencias con otros programas federales | 30        | 1/1       |
| <b>TOTAL</b>  |           | <b>29</b> |

**Justificación del puntaje obtenido**

En la gran mayoría de los aspectos evaluados, la propuesta de este proyecto cubre los elementos necesarios para implementarse. Sin embargo, en términos de rendición de cuentas, el programa no identifica sus mecanismos, dado que es una propuesta a nivel de diseño que se deberá adaptar a las posibilidades de cada institución, por lo que en términos de este punto puede existir heterogeneidad entre instancias ejecutoras.

## ANEXO 12 Carta de consentimiento informado y guión para la aplicación de entrevistas



### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO.

Título del proyecto: **PROPUESTA DE DISEÑO DE SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN UNIDADES HOSPITALARIAS .**

Estimado(a) señor (señora):

#### **Introducción/Objetivo:**

Un médico residente de la Especialidad en Medicina preventiva de la Secretaría de Salud, en coordinación con el Instituto Nacional de Salud Pública está realizando un proyecto de investigación cuyo objetivo diseñar una matriz de marco lógico de unidades de cuidados paliativos para hospitales de segundo y tercer nivel de atención.

#### **Procedimientos:**

Si usted acepta participar en el estudio:

Le haremos algunas preguntas acerca de la calidad de la atención que usted o su familiar han recibido en el servicio de cuidados paliativos.

La duración aproximada de las preguntas es de 20 minutos y estas le serán preguntadas de manera presencial. Esta será grabada en un equipo de almacén de archivos de audio, mismo que será procesado por el equipo investigador.

**Beneficios:** Usted no recibirá un beneficio directo por su participación. Sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando para el desarrollo de mejores unidades de cuidados paliativos en este país.

**Confidencialidad:** Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito.

Usted quedará identificado(a) con su nombre aunque también se le asignará un número. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos y se presentarán de tal manera que ninguna persona pueda ser identificada individualmente.

Su participación es importante para el desarrollo del estudio. Sin embargo, si alguna de las preguntas le hiciera sentir un poco incómodo(a), tiene el derecho de no responderla.

**Riesgos potenciales / Compensación:** No existe riesgo alguno que altere su integridad, este estudio se limitará únicamente a realizarle un breve interrogatorio. 1

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria, usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio ni implicará algún costo para usted.

**Participación voluntaria / retiro:** Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o no, de ninguna manera afectará su integridad.

**Datos de contacto:** Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de la tarjeta de contacto, misma que, en dado caso que usted tenga alguna duda del estudio, puede comunicarse a los números que aparecen en la misma.

¡Muchas gracias por su participación!

FECHA:





## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO.

Título del proyecto: **PROPUESTA DE DISEÑO DE SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN UNIDADES HOSPITALARIAS .**

Estimado(a) trabajador(a) de la salud:

### **Introducción/Objetivo:**

Un médico residente de la Especialidad en Medicina preventiva de la Secretaría de Salud, en coordinación con el Instituto Nacional de Salud Pública está realizando un proyecto de investigación cuyo objetivo diseñar una matriz de marco lógico de unidades de cuidados paliativos para hospitales de segundo y tercer nivel de atención.

### **Procedimientos:**

Si usted acepta participar en el estudio:

Le haremos algunas preguntas acerca de la importancia de la utilización del servicio de cuidados paliativos.

La duración aproximada de las preguntas es de 20 minutos y esta será de manera presencial o por vía telefónica (cuando se requiera de su participación en una segunda intervención, la cual puede ser derivada por el tipo de la metodología utilizada para el estudio en la que se requiere realizar un análisis de actores y la definición del problema central), esta será grabada en un equipo de almacén de archivos de audio, mismo que será procesado por el equipo investigador.

**Beneficios:** Usted no recibirá un beneficio directo por su participación. Sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando para el desarrollo de mejores unidades de cuidados paliativos en este país.

**Confidencialidad:** Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito.

Usted quedará identificado(a) con su nombre aunque también se le asignará un número. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos y se presentarán de tal manera que ninguna persona pueda ser identificada individualmente.

Su participación es importante para el desarrollo del estudio. Sin embargo, si alguna de las preguntas le hiciera sentir un poco incómodo(a), tiene el derecho de no responderla.

**Riesgos potenciales / Compensación:** No existe riesgo alguno que altere su integridad, este estudio se limitará únicamente a realizarle un breve interrogatorio.

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria, usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio ni implicará algún costo para usted.

**Participación voluntaria / retiro:** Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o no, de ninguna manera afectará su integridad.

**Datos de contacto:** Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de la tarjeta de contacto, misma que, en dado caso que usted tenga alguna duda del estudio, puede comunicarse a los números que aparecen en la misma.

¡Muchas gracias por su participación!

FECHA:





## GUIÓN DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Título del proyecto: **PROPUESTA DE DISEÑO DE SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN UNIDADES HOSPITALARIAS.**

Objetivo de la entrevista: Conocer las perspectivas de la planeación y organización de las unidades de cuidados paliativos por los coordinadores de programas federales y estatales, así como identificar sus principales características, dilemas y retos.

Dirigido a: Coordinadores de programas federales y estatales en cuidados paliativos.

Tiempo aproximado de la entrevista: 20 minutos.

Fecha de la entrevista:

Nombre del entrevistado:

Cargo y sitio de trabajo del entrevistado:

### **Preguntas:**

¿Cuál es su función como encargado del programa federal/estatal de cuidados paliativos?

¿Cuánto tiempo tiene trabajando en su cargo actual?

¿Cómo se alinea el programa de cuidados paliativos a la planeación de unidades de cuidados paliativos en hospitales?

¿Existe algún mecanismo que controle la planeación de las unidades de cuidados paliativos?

¿Qué problemas enfrenta para la planeación de unidades de cuidados paliativos desde este nivel?

¿Qué elementos considera que pueden fortalecerse para una mejor planeación de unidades de cuidados paliativos?

## GUIÓN DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Título del proyecto: **PROPUESTA DE DISEÑO DE SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN UNIDADES HOSPITALARIAS.**

Objetivo de la entrevista: Conocer las perspectivas de la planeación y organización de las unidades de cuidados paliativos por los jefes de servicio a nivel operativo en hospitales, así como identificar sus principales características, dilemas y retos.

Dirigido a: Jefes de servicio y coordinadores de área de cuidados paliativos en hospitales.

Tiempo aproximado de la entrevista: 20 minutos.

Fecha de la entrevista:

Nombre del entrevistado:

Cargo y sitio de trabajo del entrevistado:

### **Preguntas:**

¿A qué institución pertenece?

¿Cuánto tiempo tiene trabajando en el cargo actual?

¿Cuál es su función como jefe/coordinador del servicio de cuidados paliativos en este hospital?

¿Cómo planea y organiza las actividades del servicio de cuidados paliativos?

¿Qué mecanismos utiliza para controlar el servicio de cuidados paliativos?

¿A qué problemas se enfrenta para operación del servicio de cuidados paliativos?

¿Qué elementos considera que pueden fortalecerse para una mejor operación de unidades de cuidados paliativos en hospitales?

## **GUIÓN DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

Título del proyecto: **PROPUESTA DE DISEÑO DE SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN UNIDADES HOSPITALARIAS.**

Objetivo de la entrevista: Conocer las perspectivas de la planeación y organización de las unidades de cuidados paliativos por los jefes de servicio a nivel operativo en hospitales, así como identificar sus principales características, dilemas y retos.

Dirigido a: Personal operativo en el servicio de cuidados paliativos.

Tiempo aproximado de la entrevista: 20 minutos.

Fecha de la entrevista:

Nombre del entrevistado:

Cargo y sitio de trabajo del entrevistado:

### **Preguntas:**

¿Cuánto tiempo tiene trabajando en el cargo actual?

¿Cuáles son las funciones que usted desempeña?

¿Con qué miembros del equipo de cuidados paliativos trabaja?

¿De qué manera registran las actividades y acciones del día?

¿A qué problemas se enfrenta para la operación del servicio de cuidados paliativos?

¿Qué elementos considera que pueden fortalecerse para una mejor operación de unidades de cuidados paliativos en hospitales?

## **GUIÓN DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

Título del proyecto: **PROPUESTA DE DISEÑO DE SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN UNIDADES HOSPITALARIAS.**

Objetivo de la entrevista: Conocer las perspectivas de la utilización de los servicios de cuidados paliativos por pacientes en tratamiento en hospitales, así como identificar sus principales características, dilemas y retos.

Dirigido a: Pacientes en cuidados paliativos.

Tiempo aproximado de la entrevista: 20 minutos.

Fecha de la entrevista:

Nombre del entrevistado:

Lugar de atención:

### **Preguntas:**

¿Desde cuándo ha sido atendido en cuidados paliativos y por qué?

¿Cuál es su percepción de los cuidados paliativos?

¿Qué ventajas encuentra en el ser atendido en cuidados paliativos?

¿Cuál es su opinión del equipo de cuidados paliativos?

¿Qué podría mejorar de la atención que le brindan?

## GUIÓN DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Título del proyecto: **PROPUESTA DE DISEÑO DE SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN UNIDADES HOSPITALARIAS.**

Objetivo de la entrevista: Conocer las perspectivas de la utilización de los servicios de cuidados paliativos por los familiares de pacientes en tratamiento en hospitales, así como identificar sus principales características, dilemas y retos.

Dirigido a: Familiares de pacientes atendidos en los servicios de cuidados paliativos en hospitales.

Tiempo aproximado de la entrevista: 20 minutos.

Fecha de la entrevista:

Nombre y parentesco del entrevistado:

Lugar de atención:

### **Preguntas:**

¿Qué piensa acerca de la atención que le brindan a su familiar en cuidados paliativos?

¿Cómo ha sido la atención que le brindan a usted como familiar en el servicio de cuidados paliativos?

¿Qué ventajas encuentra en el que lo atiendan en el servicio de cuidados paliativos?

¿Cuál es su opinión del equipo de cuidados paliativos?

¿Qué podría mejorar de la atención que le brindan como familia?

## **Glosario de términos**

**Calidad de morir y muerte:** El grado en el que las preferencias para morir de una persona en el momento de la muerte son concordantes con las observaciones de cómo la persona murió reportada por terceros.

**CAUSES:** Catálogo Universal de Servicios de Salud

**Claudicación familiar:** desajustes en la adaptación de la familia a la condición del enfermo, originados por la aparición de nuevos síntomas o la reaparición de algunos de ellos, que provocan angustia, depresión y que llevan al abandono del cuidado del enfermo en situación terminal.

**Cuidados paliativos (CP):** Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales

**Matriz de Marco Lógico (MML):** Herramienta para facilitar el proceso de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de proyectos, desarrollado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

**Muerte digna:** Es la muerte que, deseada por una persona, se produce asistida de todos los alivios y CP médicos adecuados, así como con todos los consuelos humanos posibles(54).

**PALIA-Ev:** Cédula de evaluación de los servicios de CP hospitalarios.

**PALIA-In:** Software de registro de interconsultas de pacientes del servicio de CP (anidado a PALIA-Reg).

**PALIA-Reg:** Software de registro de pacientes del servicio de CP desarrollado exclusivamente para el proyecto.

## Bibliografía consultada

1. Dumanovsky T, Augustin R, Rogers M, Lettang K, Meier DE, Morrison RS. The Growth of Palliative Care in U.S. Hospitals: A Status Report. *J Palliat Med* [Internet]. 2016;19(1):8–15. Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/full/10.1089/jpm.2015.0351>
2. Morrison RS, Dietrich J, Ladwig S, Quill T, Sacco J, Tangeman J, et al. The care span: Palliative care consultation teams cut hospital costs for Medicaid beneficiaries. *Health Aff.* 2011;30(3):454–63.
3. Campbell, M. L., & Frank RR. Experience with an end-of-life practice at a university hospital. *Crit Care Med.* 1997;25(1):197–202.
4. Liu OY, Malmstrom T, Burhanna P, Rodin MB. The Evolution of an Inpatient Palliative Care Consultation Service in an Urban Teaching Hospital. *Am J Hosp Palliat Med* [Internet]. 2015;1–6. Available from: <http://ajh.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1049909115610077>
5. Birks T, Krikos D, McGowan C, Stone P. Is there a need for weekend face-to-face inpatient assessments by hospital specialist palliative care services? Evaluation of an out-of-hours service. *Palliat Med.* 2011;25(3):278–83.
6. Iliffe S, Davies N, Manthorpe J, Crome P, Ahmedzai SH, Vernooij-Dassen M, et al. Improving palliative care in selected settings in England using quality indicators: a realist evaluation. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2016;15(1):1–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-016-0144-1>
7. Payne S, Leget C, Peruselli C, Radbruch L. Quality indicators for palliative care: Debates and dilemmas. *Palliat Med* [Internet]. 2012;26(5):679–80. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc9&NEWS=N&AN=2012-17199-001>
8. The 2015 Quality of Death Index [Internet]. 2015. Available from: <https://www.eiuperspectives.economist.com/healthcare/2015-quality-death-index>
9. Consejo de Salubridad General [CSG]. Estandares para certificar hospitales

2015. 2015.
10. Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos.
  11. Ahmedzai SH, Costa A, Blengini C, Bosch A, Sanz-Ortiz J, Ventafridda V, et al. A new international framework for palliative care. *Eur J Cancer*. 2004;40(15):2192–200.
  12. WHO definition Palliative Care [Internet]. [cited 2016 Jan 8]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/en>
  13. SECPAL - Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos. *Med Paliativa*. 2012;0:36.
  14. Secretaría de Salud. ACUERDO por el que el Consejo de Salubridad General declara la Obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos. México; 2014.
  15. Patrick DL, Curtis JR. Evaluating the quality of dying and death. *J Pain Symptom Manage*. 2001;22:717–26.
  16. Downey L, Curtis JR, Lafferty WE, Herting JR, Engelberg RA. The quality of dying and death QODD Questionnaire: empirical domains and theoretical perspectives. *J pain symptom Manag*. 2010;39(1):1–21.
  17. Pérez-Cruz PE, Padilla Pérez O, Bonati P, Thomsen Parisi O, Tupper Satt L, Gonzalez Otaiza M, et al. Validation of the Spanish Version of the Quality of Dying and Death Questionnaire (QODD-ESP) in a Home-Based Cancer Palliative Care Program and Development of the QODD-ESP-12. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2017;53(6):1042–1049.e3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.02.005>
  18. World Health Organisation [Internet]. [cited 2017 Jan 17]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>
  19. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) Datos de mortalidad general (2015) [Internet]. Available from: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/registros/vitales/mortalidad/>



20. Lustbader D, Mudra M, Romano C, Lukoski E, Chang A, S TSB, et al. The Impact of a Home Based Palliative Care Program in an Accountable Care Organization. *J Palliat Med.* 2016;20(1):1–18.
21. Homsji J, Walsh D, Nelson KA, LeGrand SB, Davis M, Khawam E, et al. The impact of a palliative medicine consultation service in medical oncology. *Support Care Cancer.* 2002;10(4):337–42.
22. PL M, RS M, Morris J, SL G, JM C, DE M. Palliative care consultations: how do they impact the care of hospitalized patients? *J Pain Symptom Manag* [Internet]. 2000;20(3):166–173 8p. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=107013134&site=ehost-live>
23. Monte-Secades R, Montero-Ruiz E, Gil-Díaz A, Castiella-Herrero J. Principios generales de la interconsulta médica en enfermos hospitalizados. *Rev Clin Esp* [Internet]. 2016;216(1):34–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2015.05.005>
24. Fradgley EA, Paul CL, Bryant J, Oldmeadow C. Getting right to the point: Identifying Australian outpatients' priorities and preferences for patient-centred quality improvement in chronic disease care. *Int J Qual Heal Care.* 2016;28(4):470–7.
25. International Alliance of Patients' Organizations. What is patient-centred health care? A review of definitions and principles. *J Chem Inf Model.* 2007;1–34.
26. Shaller D. Patient-centered care: What does it take? *Common Wealth Fund* [Internet]. 2007;(1067):34. Available from: [www.commonwealthfund.org](http://www.commonwealthfund.org).
27. Shaller D. Patient-centered care: What does it take? *Common Wealth Fund.* 2007;(1067):34.
28. Flowers J, Hall P, Pencheon D. Public health indicators. *Public Health.* 2005;119(4):239–45.
29. Payne S, Leget C, Peruselli C, Radbruch L. Quality indicators for palliative care: Debates and dilemmas. *Palliat Med.* 2012;26(5):679–80.
30. Iliffe S, Davies N, Manthorpe J, Crome P, Ahmedzai SH, Vernooij-Dassen M,

- et al. Improving palliative care in selected settings in England using quality indicators: a realist evaluation. *BMC Palliat Care*. 2016;15(1):1–9.
31. Robledo G H, Meljem M J, Fajardo D G, Olvera L D. De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. *Rev CONAMED*. 2012;17(4):172–5.
  32. Secretaría de Salud. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia. Segunda ed. México: Biblioteca Mexicana del Conocimiento; 2012. 257 p.
  33. Briceño-Ayala L L, Pinzón-Rondón ÁM ÁM, Zárata-Ardila CJ CJ. Acceso, seguridad e integralidad en registros de gestantes colombianas entre los años 2007 al 2009. *Ciencias la Salud [Internet]*. 2015;13(3):355–67. Available from: <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/4354>
  34. Eduardo Aldunate JC. Formulación de programas con la metodología de marco lógico. [Internet]. *Applied Mechanics and Materials*. Santiago de Chile; 2011. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84906495810&partnerID=40&md5=4e0e14d4e1c9caff4d87d23d8556a77a>
  35. Ortegón E, Pacheco JF, Prieto A. Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas [Internet]. *CEPAL-Serie Manuales*. 2005. 124 p. Available from: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/5607>
  36. Reynoso-Noverón N, Meneses-García A, Erazo-Valle A, Escudero-de los Ríos P, Kuri-Morales PA, Mohar-Betancourt A. Challenges in the development and implementation of the National Comprehensive Cancer Control Program in Mexico. *Salud Publica Mex [Internet]*. 2016;58(2):325–33. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342016000200028&lng=es&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342016000200028&lng=es&nrm=iso&tlng=en)
  37. Dirección General de Educación en Salud [Internet]. Available from: [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/somos/dg-somos\\_02.html](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/somos/dg-somos_02.html)
  38. Reglamento De La Ley General De Salud En Materia De Prestación De Servicios De Atención Médica. *Diario Oficial de la Federación*;
  39. Vanzini L. El Trabajo Social en el ámbito de los cuidados paliativos: una profundización sobre el rol profesional. Vol. 47, *Revista de trabajo y acción*

- social. 2010. 184-199 p.
40. World Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care at the end of life [Internet]. 2014. 111 p. Available from: <http://www.who.int/cancer/publications/palliative-care-atlas/en/>
  41. Secretaría de Salud. Modelos de Unidades Médicas. 2006. 234 p.
  42. Secretaría de Salud. Modelo de Recursos para la Planeación de Unidades Médicas de la Secretaría de Salud, Unidad de Especialidades Médicas, Centro de Atención Primaria en Adicciones (UNEME CAPA). México;
  43. Secretaría de Salud. Modelos de recursos para la planeación de unidades médicas de la secretaría de salud [Internet]. México; 2008. 425 p. Available from: <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/MRPUMSS.pdf>
  44. Secretaría de Salud de Mexico. Guía de Práctica Clínica. Cuidados Paliativos [Internet]. 2010. 104 p. Available from: [www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)
  45. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Secretaría de Salud. Catálogo Universal de Servicios de Salud CAUSES 2016. México; 2016.
  46. Paliativos SDC. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos [Internet]. Secpal. 2002. 1-52 p. Available from: <http://www.secpal.com/guiacp/guiacp.pdf>  
[http://cmvinalo.webs.ull.es/docencia/Posgrado/8-CANCER Y CUIDADOS-PALIATIVOS/guiacp.pdf](http://cmvinalo.webs.ull.es/docencia/Posgrado/8-CANCER_Y_CUIDADOS-PALIATIVOS/guiacp.pdf)
  47. Moreno C, Jorge E, Fernández B. La Metodología del Marco Lógico en la administración pública federal . Nuevas formas de regulación para el control estratégico The logical framework approach in the federal public administration . New regulatory forms for strategic control. Espac públicos. 2014;
  48. Smith TJ, Coyne PJ, Cassel JB. Practical guidelines for developing new palliative care services: Resource management. Ann Oncol. 2012;23(SUPPL.3):70–5.
  49. Nakazawa Y, Kato M, Yoshida S, Miyashita M, Morita T, Kizawa Y. Population-Based Quality Indicators for Palliative Care Programs for Cancer Patients in

- Japan: A Delphi Study. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2015;51(4):652–61. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392415006399>
50. Tanuseputro P, Wodchis WP, Fowler R, Walker P, Bai YQ, Bronskill SE, et al. The health care cost of dying: a population-based retrospective cohort study of the last year of life in Ontario, Canada. *PLoS One*. 2015;10(3):e0121759.
  51. Smith S, Brick A, O'Hara S, Normand C. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review. *Palliat Med*. 2014;28(2):130–50.
  52. Spilsbury K, Rosenwax L. Community-based specialist palliative care is associated with reduced hospital costs for people with non-cancer conditions during the last year of life. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2017;16(1):68.
  53. Bruera E. Textbook of palliative medicine and supportive care. In: Bruera E, Higginson I, editors. Florida, USA: CRC Press; 2016. p. 1322. Available from: <http://library.fraserhealth.ca/permalink/17328/>
  54. Gómez RM. El concepto legal de muerte digna [Internet]. 2008. p. 1–9. Available from: <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/z15.pdf>