



Una propuesta para la creación de unidades de cuidados paliativos en México

María de Lourdes Salomón Salazar,* Otón Gayosso Cruz,** Carlos Lenin Pliego Reyes,*** Eduardo Zambrano Ruiz,**** Patricia Pérez Escobedo,¹ Jorge Aldrete Velasco²

RESUMEN

En la actualidad enfrentamos necesidades específicas de atención a pacientes con enfermedades avanzadas, crónico degenerativas o en estado terminal. Su prevalencia ha aumentado en los últimos dos decenios, principalmente en la población geriátrica. El concepto de cuidados paliativos para pacientes en estado terminal lucha por introducirse en los sistemas de salud pública y privada. Independientemente de sus características clínicas y necesidades de atención, uno de los aspectos más destacables es su ubicuidad en todos los ámbitos del sistema de salud de cualquier país; si no se proporcionan medidas específicas de respuesta habrá un elevado uso de recursos sanitarios, en su mayor parte hospitalarios, que desencadenarán costos económicos, familiares e institucionales muy altos, sin lograr una mejor calidad de vida en los pacientes. Este panorama obliga a los sistemas de salud a crear programas de cobertura y servicios enfocados en la correcta práctica de cuidados paliativos para los pacientes terminales.

Palabras clave: cuidados paliativos, pacientes terminales, programa nacional, calidad de vida.

ABSTRACT

In present days we face specific care requirements to patients with advanced, chronic-degenerative or terminal diseases. Its prevalence has increased in last two decades, mainly in geriatric population. Palliative care to patients in terminal phase concept fights for insert in public and private health care systems. Independently of its clinical characteristics and care needs, its ubiquity in every area of every nation's health care system is one of its major aspects; if there aren't specific measures to respond, health care resources use (mostly in hospital) will increase, and economic, family and institutional costs will be so high without giving patients a better quality of life. These force health care systems to implement coverage and service programs to correctly give palliative care assistance to terminal patients.

Key words: palliative health care, terminal patients, national program, quality of life.

La primera iniciativa de cuidados paliativos de la época moderna fue la de los hospicios británicos, en 1967, iniciada por la Dra. Cecily Saunders en el *St. Christopher's Hospice*, y que se extendió rápidamente en la Gran Bretaña. Los hospicios nacieron de la iniciativa y el financiamiento social, como respuesta a las dificultades del *National Health Service* para atender a los enfermos terminales.^{1,2}

En hospicios se forjaron los principios de la atención integral con base en la concepción global de las necesidades de los enfermos, la familia y el trabajo interdisciplinario, además de su vinculación con la sociedad. Como organización, eran centros de dimensiones relativamente reducidas

(media de 15 camas), dedicados específicamente a la atención de enfermos terminales (> 90% por cáncer) y en fases muy avanzadas de la enfermedad (supervivencias de dos a tres semanas).^{1,2}

A finales del decenio de 1980, la unidad de cáncer de la OMS propuso que los cuidados paliativos constituyeran un elemento inherente a toda política sanitaria nacional y no sólo para los programas de cáncer. Así nació la concepción de los cuidados paliativos, como cuestión clave de salud pública, y la necesidad de que su planificación y puesta en marcha tuvieran criterios de programas nacionales. Paralelamente, en los países industrializados se desarrollaban programas y servicios de cuidados paliativos adaptados a

* Médico residente, Medicina del enfermo en estado crítico.

** Coordinador, Unidad de cuidados intensivos adultos.

*** Especialista, Medicina interna.

Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE.

**** Médico residente, Cardiología. Hospital Regional, 1 de Octubre, ISSSTE.

¹ Médico residente, Medicina interna. Hospital Regional, Gral. Ignacio Zaragoza, ISSSTE.

² Especialista, Medicina interna. Secretario de actividades científicas del Colegio de Medicina Interna de México.

Correspondencia: Dra. Ma. de Lourdes Salomón Salazar. San Martín Texmelucan 69, colonia La Paz, CP 72160, Puebla, Puebla, México. Tel. (222) 2 48 37 31. E-mail: lsalomon17@hotmail.com

Recibido: marzo, 2008. Aceptado: abril, 2008.

Este artículo debe citarse como: Salomón SMA, Gayosso CO, Pliego RCL, Zambrano RE y col. Una propuesta para la creación de unidades de cuidados paliativos en México. Med Int Mex 2008;24(3):224-9.

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

distintos sistemas de salud y culturas. Por ejemplo, en España existen actualmente más de 150 equipos específicos de cuidados paliativos en la comunidad, hospitales para pacientes agudos o centros socio-sanitarios.^{3,4}

De cuidados curativos a cuidados paliativos

El concepto 'cuidado paliativo' denomina la atención activa y compasiva que se proporciona a los pacientes en estado terminal y a sus familiares, para controlar los síntomas físicos, sociales, espirituales y psicológicos. También se orienta al alivio del sufrimiento y la optimización de la calidad de vida, al recibir asistencia humanitaria al momento de la muerte y después de ella.⁵ Su efectividad es mayor cuando la proporciona un equipo interdisciplinario y bien coordinado que practica el uso racional de recursos para proveer mejor cuidado al menor costo.⁶

Un paciente en estado terminal es aquel que padece una enfermedad irreversible y en quien las medidas terapéuticas ya no son efectivas para impedir la muerte inminente.⁵ Desde el punto de vista ético, el paciente terminal tiene derecho a ser cuidado por personas sabias, sensibles y cordiales, para que el alivio del dolor y el sufrimiento sean posibles. Lo más importante no es el lugar, sino el concepto tanatológico del *bien morir*, para ello se requiere el cumplimiento de los cinco derechos propuestos por el Consejo Europeo para la persona que agoniza: 1) derecho a la libertad, 2) derecho a la dignidad, 3) derecho a la integridad personal, 4) derecho a estar informado, y 5) derecho a recibir el tratamiento adecuado y no sufrir.^{7,8}

Cualquiera sea la modalidad asistencial (individual o grupal), debe aplicarse la filosofía del cuidado paliativo mediante cinco categorías específicas, que provean elementos de juicio para las discusiones, evaluaciones y reflexiones, y contribuyan al aprendizaje:⁹⁻¹¹

- 1) *Evaluación inicial del paciente.* Establece la comunicación para determinar el estado físico, fisiopatológico, psicológico, social, ambiental y espiritual del paciente.
- 2) *Desarrollo de un plan de trabajo.* Debe proporcionar las opciones médicas, éticas y humanitarias que ofrece la medicina paliativa. Comparte las inquietudes y perspectivas de la familia del paciente, y el equipo médico contribuye con la búsqueda del consenso y formulación de un plan asistencial.
- 3) *Revisión, vigilancia y actualización del plan terapéutico.* Evalúa la información del equipo interdisciplinario,

el paciente y la familia, para juzgar el componente médico del plan terapéutico.

- 4) *Asistencia en la fase terminal y elaboración del duelo.* Permite adquirir conciencia de la propia muerte como proceso natural, además del conocimiento y reconocimiento de los signos y síntomas de muerte próxima, temores, creencias, preparación para el desenlace, cuidado físico del agonizante, alivio del sufrimiento y elaboración del duelo por quien está muriendo, con la ayuda espiritual necesaria.
- 5) *Ejercer un papel activo en el equipo interdisciplinario.* Se relaciona con el apoyo al trabajo de los otros miembros, la participación en el desarrollo y crecimiento del equipo interdisciplinario y la instrucción al personal de salud y comunitario sobre la filosofía, importancia, necesidades y alcances de la medicina paliativa.

Atención a pacientes terminales

Existen distintos modos de responder a las necesidades de atención de los enfermos terminales:¹⁰⁻¹⁴

- 1) *Encarnizamiento terapéutico:* el tratamiento curativo persiste aunque no haya posibilidades razonables de respuesta, sin responder a otro tipo de necesidades.
- 2) *Abandono:* se pronuncia la frase temible de "no hay nada más que podamos hacer". Abandono al enfermo y su familia, en muchas ocasiones con egresos hospitalarios forzados, o disminución de la presencia y disponibilidad.
- 3) *Modelo no integrado:* después de "un intento curativo", hay un "intento paliativo" circunscrito a las últimas semanas, sin contacto entre los diferentes equipos.
- 4) *Modelo integral-integrado:* las medidas paliativas se proveen gradualmente conforme aumentan las necesidades de atención, sin discontinuidad y, en fases avanzadas, pueden utilizarse tratamientos específicos razonables, con el propósito de mejorar la calidad de vida. El modelo integrado requiere buena interrelación entre los distintos equipos, un sistema integral de atención y un patrón de intervención flexible adaptado a las necesidades del enfermo, más que al pronóstico.

Recursos específicos de cuidados paliativos

Los equipos específicos son los dedicados, *ex profeso*, a la atención de enfermos en etapas avanzadas y terminales, con estructura (equipo interdisciplinario formado) y

actividades. La estructura mínima habitual es la de un equipo interdisciplinario; en ésta, los componentes de cuidados paliativos pueden ser, según su estructura y funciones: ^{15,16}

- a) *Básicos*: tienen la estructura mínima (debe haber un médico, una a tres enfermeras y un trabajador social o psicólogo) normalmente actúan como equipo de soporte en los hospitales, la comunidad o el sistema integral.
- b) *Complementos*: añaden dos o tres profesionales (psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta) a los de un equipo básico.
- c) *De referencia*: son equipos completos, consolidados con experiencia, que actúan como referencia para casos complejos, para realizar formación o investigación avanzada. En un equipo de cuidados paliativos se distinguen 10 tipos de actividades: 1) atención de los enfermos, 2) atención de las familias, 3) trabajo en equipo interdisciplinario, 4) formación interna continua, 5) relación y lazos con otros equipos, 6) evaluación sistemática de resultados, documentación y registros, 7) formación externa, 8) investigación, 9) voluntariado, y 10) aspectos éticos y espirituales.

Existen diversos modelos de organización en cuidados paliativos: ^{12,17,18}

- 1) *Equipos de soporte o apoyo*: aparatos básicos completos, sin camas específicas, que intervienen con el patrón clásico de los equipos de soporte.
- 2) *Equipos pequeños aislados*: con escaso soporte institucional o problemas de gestión adecuada.
- 3) *Unidades (camas específicas)*: la dimensión razonable es de 16 a 24 camas; se considera la confortabilidad (enfermos, familias y equipo), accesibilidad (principalmente para las familias) y ambiente con un equipo completo de trabajo.
- 4) *Hospicios (centros específicos de cuidados paliativos)*: iniciaron en el ámbito anglosajón, pero tienen escasa instrumentación en todos los países del mundo. Desarrollan una calidad intrínseca del modelo de atención y su vinculación con la sociedad.
- 5) *Sistemas integrales sectorizados (combinación de unidad más equipos de soporte que intervienen en los hospitales y la comunidad)*: en donde sea posible (aunque los proveedores sean distintos). Son los más

aconsejables por razones de atención coherente continuada y de posibilidad de gestión de casos.

Evolución de los equipos de cuidados paliativos

La experiencia ha permitido distinguir distintas fases en la evolución de los equipos de cuidados paliativos: fase de proyecto (definición clara del proyecto, liderazgo, selección y formación del núcleo básico del equipo), fase inicial (dedicada al establecimiento del consenso interno del equipo), fase de consolidación (consenso interno sólido y establecimiento del consenso externo) y fase avanzada estable (consenso interno y externo estables, patrón de referencia y de intervención consolidados). ^{6,11,15}

El proceso de consolidación de un equipo requiere tiempo (4 a 6 años), cuyos objetivos y liderazgo deben estar claramente establecidos. ^{6,11,15}

Los signos evaluables de evolución de un equipo, en un ámbito determinado, incluyen la intervención oportuna (mediana de supervivencia), flexibilidad (patrón de intervención diversificado), complejidad de los enfermos (porcentaje de enfermos complicados o de aquellos en los que ya se tomaron las medidas básicas, como la prescripción de analgésicos de acción central), capacidad de formación externa y aprovechamiento de otros recursos (investigación), y satisfacción de “clientes internos” o servicios que le refieren enfermos. ^{12,19,20}

Creación de un programa nacional de cuidados paliativos

La instrumentación de programas gubernamentales responde a la necesidad de todo sistema sanitario en el que existen enfermos en etapas avanzadas y terminales de cualquier tipo, en todos los ámbitos de atención y donde ésta se considere un derecho fundamental y sea prioridad de los programas de salud pública. ²¹ A esa comprobación de principio se añaden, actualmente, los resultados de la instrumentación de programas de la OMS, que han demostrado eficacia, eficiencia y efectividad, con amplia satisfacción de enfermos, familiares y profesionales de la salud, cuya aceptación social es satisfactoria. ⁸

Los principios, objetivos y elementos de cualquier programa de cuidados paliativos deben regirse por principios y metas similares:

- 1) *Cobertura pública*. Se trata de atender, con la mayor calidad posible, al máximo número de pacientes con

necesidades de atención, dentro de las opciones del Sistema Nacional de Salud. El concepto de cobertura incluye todo tipo de enfermos terminales (cáncer, SIDA, geriátricos, crónicos evolutivos, etc.), independientemente de que sean equipos específicos o mixtos quienes les atiendan, y desde una fase temprana en la que existen necesidades de atención.^{22,23}

- 2) *Equidad y accesibilidad*. No debe haber diferencias en la calidad de atención debidas al *estatus* social, la condición y ubicación o tipo de enfermedad que cause la situación, con accesibilidad desde todos los ámbitos del sistema.^{23,24}
- 3) *Calidad*. Los servicios y programas de cuidados paliativos deben desarrollarse con los principios de eficacia, efectividad, rentabilidad médica y satisfacción, con evaluación objetiva y sistemática de sus resultados. El hecho de atender enfermos y familiares en situaciones difíciles, o el de aportar valores distintos, no exime de la obligación de mostrar resultados y ser evaluados con criterios objetivos. Los métodos para evaluar y vigilar la calidad de los servicios son los mismos que se establecen para todo servicio sanitario, con los parámetros específicos inherentes a la actividad. Deben hacerse planes anuales, auditorías internas y externas, clínicas (evaluación de eficacia) y de organización que evalúen la calidad de la atención.²⁴⁻²⁶
- 4) *Satisfacción*. La satisfacción de enfermos, familiares y equipos (específicos y referentes) es un resultado habitual del desarrollo de programas de cuidados paliativos.²⁶
- 5) *Referencia y validez científica*. Los programas de demostración de cuidados paliativos de la OMS tienen como objetivo adicional convertirse en referencia para promover el desarrollo de programas similares en otros ámbitos.^{22,23}

Un programa nacional de cuidados paliativos deberá definir claramente sus objetivos y constar de elementos estandarizados, además de desarrollarse de manera concomitante y sinérgica, como:

- 1) *Evaluación de necesidades y estudios basales de situación*:²⁷⁻²⁹ a) Existen varios tipos de estudios descriptivos de necesidades, mortalidad, prevalencia, evaluación del empleo y consumo de recursos para enfermos terminales, análisis de la percepción que los pacientes y sus familiares tienen de las nece-

sidades, e investigación de los costos de atención. b) En otros casos, se pueden describir factores relacionados con la calidad de la atención, como prescripción, accesibilidad y consumo de analgésicos de acción central, prevalencia de síntomas y grado de control (prevalencia de dolor más el porcentaje de enfermos que lo tienen controlado), aspectos psicosociales de información y atención familiar, uso de documentación apropiada y diseñada para tal fin, elaboración de encuestas de satisfacción de enfermos y sus familias, y elaboración de encuestas de profesionales (necesidades y demandas).

- 2) *Definición de los objetivos a corto (0 a 2 años), mediano (2 a 5 años) y largo (5 años) plazos*. No deben confundirse con las medidas y los objetivos que tienen efectos en distintos plazos fundamentados en la evaluación de necesidades y estudios basales de situación previamente elaborados.^{12,15,23} Por ejemplo, la primera medida (a corto plazo) puede poner en marcha un equipo básico, seleccionar y formar adecuadamente a dos o tres profesionistas, además de elaborar un plan que evalúe sus resultados anuales para este nuevo recurso. Esta fase del proyecto puede durar hasta dos años, pero tiene efectos inmediatos. A este equipo básico pueden agregarse (a mediano plazo), de manera paulatina, elementos complementarios sin dejar de analizar sus resultados, con metas temporales previamente establecidas, de forma que (a largo plazo) se establezca un equipo de referencia en las instituciones que tengan contacto con pacientes en estado terminal.
- 3) *Accesibilidad y prescripción de analgésicos de acción central*. En los países donde no hay una legislación que lo facilite es muy importante el cabildeo en los gobiernos, sin olvidar que pueden considerarse algunas medidas, como la creación y el soporte de centros de distribución con procedimientos legales de abastecimiento y distribución.³⁰
- 4) *Legislación*. El paquete de medidas legislativas incluye la descripción de los recursos, mecanismos de fin, estándares, financiación y una legislación que facilite el acceso a la administración de analgésicos de acción central.²² Lo anterior, con base en un proceso de acreditación (mecanismo jurídico normativo), que certifique la adecuación de un servicio a los estándares de resultados, para comparar distintos equipos.^{24,25} Para una adecuada legislación, lo anterior quedó asentado como

iniciativa en el 2007, por el decreto de la Ley General de Salud del Gobierno de la Ciudad de México.³¹

5) *Financiamiento*. El financiamiento público de los recursos para cuidados paliativos puede incluir mecanismos basados en la actividad (costo por día-cama, día en actividad ambulatoria y domiciliaria) y estructura (costos basados en la composición del equipo). La tendencia actual sugiere incluir factores de promoción de calidad, establecer el financiamiento respecto de la complejidad de los enfermos atendidos y considerar los aspectos relacionados con la reconversión de la estructura física de los centros de atención.^{22,23}

6) *Evaluación de resultados*. Los resultados de un programa local, regional, nacional o de cuidados paliativos pueden expresarse en términos de la vigilancia de indicadores, como: cobertura, cantidad de recursos específicos y consumo de fármacos. Además, existen datos adicionales de interés, como el uso de recursos por enfermos terminales, cobertura de la formación, investigación y publicaciones.^{22-25,30}

7) *Indicadores de calidad*. La calidad de atención al final de la vida se define como la prestación de servicios médicos y paramédicos con calidad y calidez al enfermo y su familia. Debe incluir competencia técnica, toma de decisiones individualizada, buena comunicación y sensibilidad cultural y emocional.^{19,20} Las metas para lograr una atención de calidad son:²⁶

- a) Toma de decisiones enfocada a los familiares y el paciente.
- b) Comunicación entre el equipo médico, el paciente y su familia.
- c) Proporcionar el cuidado continuo al paciente.
- d) Apoyo emocional y práctico para los enfermos y sus familiares.
- e) Tratamiento de los síntomas y confort del paciente.
- f) Apoyo espiritual: acceso a servicios religiosos.
- g) Apoyo emocional y logístico para los miembros del equipo médico:

- 1) Apoyo psicológico e institucional al grupo encargado de la etapa final de la vida, para prevenir el síndrome de *burnout* o desgaste.
- 2) Mantener rotaciones en el equipo.
- 3) Estrecha comunicación para actualizar los protocolos de tratamiento.

- 4) Facilitar el trabajo del grupo encargado de los cuidados paliativos y de la etapa final de la vida: algólogos y paliativistas, intensivistas, oncólogos, internistas, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, sacerdotes, pastores, ministros, etc.

CONCLUSIONES

Los avances científicos y la ampliación de la cobertura de salud en todo el mundo han contribuido para que nuestra población sea más longeva.²² Paradójicamente, se ha producido un vuelco en el perfil epidemiológico del país, con aumento de la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas y crónico degenerativas. Estos padecimientos, junto con el SIDA, las enfermedades renales y deficiencias pulmonares, se consideran terminales y, generalmente, se acompañan de un pronóstico poco alentador.²³

Según las estadísticas de la Secretaría de Salud de México, la tercera parte de las muertes que se registran al año se debe a enfermedades terminales; sin embargo, las instalaciones de salud pública no ofrecen servicios que garanticen mejor calidad de vida para este tipo de pacientes, les hace menos llevadera su agonía, no se proporciona apoyo físico, emocional o espiritual para ellos y su familia; el desenlace más frecuente es la muerte esperada, que agobia a un enfermo abandonado a su suerte y desprovisto de todo medio para enfrentar el difícil tránsito hacia ella.

Por lo anterior, en congruencia con las necesidades de la población mexicana y la búsqueda de mejores opciones para los pacientes en estado terminal, debe adoptarse un nuevo enfoque integral en nuestro sistema nacional de salud. Éste debe disminuir las penurias físicas, emocionales y espirituales que enfrentan los enfermos.^{32,33} La difusión y expansión de la medicina paliativa, como disciplina y práctica médica, es reciente en México. El objetivo de los cuidados paliativos es conseguir la mejor calidad de vida del paciente y su familia, mediante el control de los síntomas físicos molestos, proporcionar ciertas técnicas de rehabilitación para que el enfermo crónico y en fase terminal pueda vivir lo más plenamente posible y con la mayor calidad de vida que su enfermedad le permita. Dichos cuidados son la parte medular de lo que se ha denominado atención permanente y que atiende a las necesidades psíquicas, emocionales, espirituales y

sociales, proporcionando apoyo para el enfermo y sus familiares.²³

REFERENCIAS

1. Sanz OJ. Principios y práctica de los cuidados paliativos. *Med Clin* 1989;92:143-5.
2. Stein K, Ola D. Pain and Palliation Research Group. Building up research in palliative care: an historical perspective and a case for the future. *Clin Geriatr Med* 2005;25:81-92.
3. Gómez S. Medicina paliativa en la cultura latina. *Med Clin* 1999;77:102-7.
4. Gómez BX, Viladiu P, Fontanals MD, Borrás J y col. Morir de cáncer en Cataluña: estudio poblacional sobre el último mes de vida de pacientes con cáncer. *Med Paliat* 2001;8:134-7.
5. Twycross R. Palliative care and applied ethics. Washington: National Academy Press (Institute of Medicine), 1998.
6. Weissman DE, Blust L. Education in palliative care. *Clin Geriatr Med* 2005;21:165-75.
7. Truog RD, Cist AFM, Brackett SE, Burn JP, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 2001;29:2134-41.
8. Davies E, Higginson IJ. Better palliative care for older people. World Health Organization, 2004.
9. Ajemian-Mount BM. The RVH manual on palliative hospice care. 2ª ed. New York: New Press, 1980.
10. Bates TH. The Saint Thomas Hospital terminal care support team: a new concept of hospice care. *Lancet* 1981;57:1201-3.
11. Danis M, Federman D, Fins JJ, Fox E, et al. Incorporating palliative care into critical care education: principles, challenges and opportunities. *Crit Care Med* 1999;27:2005-13.
12. Barrelet L. Organization of palliative care in general hospitals. 2ª ed. Barcelona: Palliat Med, 1993.
13. Solomon MZ, O'Donnell L, Jennings B, Guilfooy V, et al. Decisions near the end of life: professional views on life-sustaining treatments. *Am J Public Health* 1993;83:14-23.
14. Zyllicz Z, Janssens MJ. Options in palliative care: dealing with those who want to die. *Bailliere's Clin Anaesthesiol* 1998;2(1):121-31.
15. Dunlop RJ. Terminal care support teams, the hospital-hospice interface. 1ª ed. Oxford: Oxford Medical Publication, 1990.
16. Kirchhoff KT, Beckstrand RL. Critical care nurses' perceptions of obstacles and helpful behaviors in providing end-of-life care to dying patients. *Am J Crit Care* 2000;9:96-105.
17. Field MJ, Cassel CK. Approaching death: improving care at the end of life. Washington: National Academy Press (Institute of Medicine), 1997.
18. Frank DF, Lawrence L. Models, standards, guidelines. *Clin Geriatr Med* 2005;21:17-44.
19. Clarke EB, Curtis JR, Luce JM, Levy M, et al. Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2003;1:2255-62.
20. Steinhäuser KE, Bosworth HB, Clipp EC, McNeilly M, et al. Initial assessment of a new instrument to measure quality of life at the end of life. *J Palliat Med* 2002;5:829-41.
21. Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT, Weissfeld LA, et al. Use of intensive care at the end of life in the United States: an epidemiologic study. *Crit Care Med* 2004;32:638-43.
22. Higginson IJ, Koffman J. Public health and palliative care. *Clin Geriatr Med* 2005;21:45-55.
23. Programa Nacional de Salud 2007-2011. Secretaría de Salud. México. Dirección URL: <http://www.alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf>.
24. Manual de acreditación y garantía de calidad en los Servicios de Salud. Secretaría de Salud, actualización 2007. Dirección URL: <http://www.salud.gob.mx/dirgrss/doctosFuente/manual_acredita.pdf>.
25. Acreditación de establecimientos públicos para la prestación de servicios de salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Subdirección de Calidad de la Atención Médica. México, DF. Dirección URL: <<http://www.salud.gob.mx/dirgrss/cedulas.htm>>.
26. Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Subdirección de Calidad de la Atención Médica. México. Dirección URL: <<http://www.salud.gob.mx/dirgrss/cnqa.html>>.
27. Hickey M. What are the needs of families of critically ill patients? A review of the literature since 1976. *Heart Lung* 1990;19:401-15.
28. Kutner JS, Steiner JF, Corbett KK, Jahnigen DW, Barton PL. Information needs in terminal illness. *Soc Sci Med* 1999;48:1341-52.
29. Quill TE, Brody H. Physician recommendations and the patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice. *Ann of Intern Med* 1996;125:763-9.
30. Desbiens NA, Wu AW, Broste SK, Wenger NS, et al. Pain and satisfaction with pain control in seriously ill hospitalized adults: findings from the SUPPORT research investigations. *Crit Care Med* 1996;24:1953-61.
31. Notas del Palacio Legislativo de San Lázaro, México, DF. a 26 de abril de 2007. Diputado Jorge Quintero Bello (rúbrica). Dirección URL: <<http://amted.com.mx/noticias/quereformayadiciona.htm>>.
32. Emmanuel LL. Palliative care I: providing care. *Clin Geriatr Med* 2004;20:11-13.
33. Goldberg L. Psychologic issues in palliative care: depression, anxiety, agitation, and delirium. *Clin Fam Pract* 2004;6:441-70.