

SEGUNDA SECCION
PODER EJECUTIVO
SECRETARIA DE SALUD

ACUERDO mediante el cual se establecen los lineamientos para la transferencia de los recursos federales correspondientes al Sistema de Protección Social en Salud.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.- Secretaría de Salud.

LUIS VIDEGARAY CASO, Secretario de Hacienda y Crédito Público, y MARÍA DE LAS MERCEDES MARTHA JUAN LÓPEZ, Secretaria de Salud, con fundamento en los artículos 31, fracción XXV y 39, fracción XXIV, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 77 bis 15 de la Ley General de Salud; 1 y 4 del Reglamento Interior de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; 1, 6 y 7, fracción XXVI, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

Que para el financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud, en términos del artículo 77 bis 15, de la Ley General de Salud, el Gobierno Federal transferirá a los gobiernos de las entidades federativas, los recursos que por concepto de cuota social y de aportación solidaria les correspondan, con base en las personas afiliadas, que no gocen de los beneficios de las instituciones de seguridad social, validados por la Secretaría de Salud;

Que así mismo, las entidades federativas deben contribuir al Sistema mediante las aportaciones a que se refiere el artículo 77 bis 13, fracción I, de la Ley General de Salud;

Que la Secretaría de Salud, en términos del segundo párrafo del artículo 97 y 109 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, tomando como base el cálculo de las aportaciones solidarias y cuota social a que se refieren los párrafos anteriores, debe transferir o entregar a las entidades federativas la cuota social y la aportación solidaria federal, una vez descontados los porcentajes que corresponden a los fondos de Protección contra Gastos Catastróficos y de la Previsión Presupuestal;

Que la transferencia o entrega de los recursos a que se refiere el párrafo anterior, podrá realizarse en numerario directamente a las entidades federativas, en numerario mediante depósitos en las cuentas que constituyan los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud en la Tesorería de la Federación o en especie, conforme a los lineamientos que para tal efecto emitan la Secretaría de Salud y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y

Que en virtud de lo anterior, en ejercicio de las atribuciones que nos confieren las disposiciones jurídicas aplicables en el ámbito de nuestras respectivas competencias, hemos tenido a bien expedir el siguiente

**ACUERDO MEDIANTE EL CUAL SE ESTABLECEN LOS LINEAMIENTOS PARA
LA TRANSFERENCIA DE LOS RECURSOS FEDERALES CORRESPONDIENTES
AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD**

Sección I

Objeto, Ámbito de Aplicación y Definiciones

Primero. El presente Acuerdo tiene por objeto establecer los lineamientos para la transferencia de recursos federales para el Sistema de Protección Social en Salud, que por concepto de cuota social y aportación solidaria federal le corresponden a las Entidades Federativas, con base en las personas afiliadas que no gocen de los beneficios de las instituciones de seguridad social.

Segundo. El presente Acuerdo será obligatorio para la Secretaría de Salud, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y las Entidades Federativas en el ámbito de sus respectivas competencias.

Tercero. Para efectos de este Acuerdo, se entenderá en plural o singular, por:

- I. Comisión: La Comisión Nacional de Protección Social en Salud;
- II. Entidades Federativas: Los estados de la Federación y el Distrito Federal;
- III. Ley: La Ley General de Salud;
- IV. PEF: El Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal que corresponda;

- V. Recursos Federales: Los recursos que el Gobierno Federal transfiere o entrega a las Entidades Federativas por concepto de cuota social y aportación solidaria federal a que se refieren los artículos 77 bis 12 y 77 bis 13, fracción II, de la Ley;
- VI. Reglamento: El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud;
- VII. REPSS: El Régimen Estatal de Protección Social en Salud;
- VIII. Secretaría de Hacienda: La Secretaría de Hacienda y Crédito Público;
- IX. Sistema de Protección: El Sistema de Protección Social en Salud, y
- X. TESOFE: La Tesorería de la Federación.

Sección II

De las Transferencias en Numerario

Cuarto. Para efectos de lo previsto en el artículo 77 bis 15, fracción I de la Ley, cada una de las Entidades Federativas, por conducto de su tesorería o su equivalente, abrirá una cuenta bancaria productiva para la recepción y ministración de los Recursos Federales transferidos, que deberá mantenerse vigente por lo menos durante el plazo para el ejercicio y comprobación del Recurso Federal.

De igual forma, cada uno de los REPSS abrirá una cuenta productiva para la recepción y manejo de los Recursos Federales ministrados por la tesorería de la Entidad Federativa o su equivalente, que deberá mantenerse vigente por lo menos, durante el plazo para el ejercicio y comprobación del Recurso Federal.

Los recursos a que se refiere este lineamiento sólo podrán destinarse para los conceptos de gasto establecidos en el PEF y en el Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección.

Para efectos de control del ejercicio y destino de los Recursos Federales transferidos a los REPSS, los contratos de apertura de las cuentas a que se refiere este lineamiento deberán prever, entre otros aspectos, que los órganos fiscalizadores competentes podrán consultar los estados de cuenta que emita la institución bancaria correspondiente.

Quinto. Para efectos de lo previsto en el artículo 77 bis 15, fracción II de la Ley, los REPSS constituirán un depósito por cada ejercicio fiscal ante la TESOFE, y celebrarán el convenio respectivo para que la Comisión transfiera a los REPSS los Recursos Federales a que se refiere la disposición citada.

Dichos convenios deberán prever, entre otros aspectos, que la disposición de los recursos sólo se podrá realizar por los REPSS, así como que la Comisión y los órganos fiscalizadores competentes podrán consultar los estados de cuenta que emita la TESOFE.

Para efectos de lo dispuesto en el presente lineamiento, se formalizará el convenio de depósito conforme al convenio marco que emita la TESOFE.

Sexto. La aplicación de los Recursos Federales transferidos en términos del artículo 77 bis 15, fracción II de la Ley, se realizará conforme a lo siguiente:

- I. Los depósitos constituidos por los REPSS en TESOFE no podrán ser inferiores al 50% del total de los recursos del ejercicio fiscal correspondiente;
- II. La compra de medicamentos, material de curación y otros insumos necesarios para la prestación de servicios a los afiliados del Sistema de Protección, con independencia de lo establecido en el lineamiento Décimo, sólo podrá pagarse con los recursos a que se refiere este lineamiento, sin perjuicio de que puedan cubrirse otros gastos del Sistema de Protección, en los términos que se convengan en los Acuerdos de Coordinación;
- III. Para efectos de control del ejercicio de los Recursos Federales a que se refiere este lineamiento, dentro de los primeros diez días hábiles de cada mes, los REPSS deberán enviar a la Comisión un informe pormenorizado del ejercicio de los recursos, así como los comprobantes, con requisitos fiscales, que amparen el gasto.

El contenido de la citada información es responsabilidad de quien la emita, sin que su recepción implique convalidación de la misma por parte de la Comisión, y

- IV.** Las Entidades Federativas, con el objeto de promover el aseguramiento del abasto de medicamentos a los afiliados del Sistema de Protección, procurarán incorporarse a las estrategias de compras consolidadas y contratos marcos promovidos por la Secretaría de Salud u otras entidades de la Administración Pública Federal, y deberán realizar el pago correspondiente con cargo a los recursos a que se refiere este lineamiento.

El mecanismo de pago para compras consolidadas se regulará en los convenios a que se refiere el lineamiento Quinto.

Séptimo. Las Entidades Federativas podrán pagar con recursos estatales distintos del Sistema de Protección, medicamentos, material de curación y otros insumos necesarios para la prestación de servicios a los afiliados del Sistema de Protección, sólo cuando no se tenga temporalmente disponibilidad de recursos en el depósito constituido por el REPSS en la TESOFE en términos del artículo 77 bis 15, fracción II de la Ley. En este caso, la Entidad Federativa deberá informar y justificar dicha circunstancia ante la Comisión, para efectos de que el REPSS pueda realizar el reembolso correspondiente con cargo a los recursos del depósito constituido por el REPSS en la TESOFE hasta por el monto máximo del total de recursos disponibles y permitidos durante el ejercicio fiscal que corresponda.

Octavo. Una vez concluido el ejercicio fiscal de que se trate y conociendo el monto definitivo de Recursos Federales correspondientes a cada Entidad Federativa, la Comisión realizará los ajustes correspondientes para efectos de cumplir con el porcentaje a que se refiere la fracción I del lineamiento Sexto del presente Acuerdo.

Concluido el plazo para el ejercicio y comprobación de los Recursos Federales, si hubiere remanentes en los depósitos constituidos en la TESOFE o en las cuentas productivas abiertas por los REPSS en una institución bancaria para las transferencias a que se refiere el artículo 77 bis 15, fracción I de la Ley, o se tengan recursos pendientes de comprobar, dichos recursos serán reintegrados por el REPSS a la TESOFE mediante el aviso de reintegro correspondiente, calculando rendimientos y cargas financieras, además de presentar la declaración respectiva en el Sistema de Pago Electrónico de Contribuciones Federales.

Noveno. La TESOFE únicamente será responsable de ejecutar las órdenes de pago que realicen los REPSS.

Sección III

De la Entrega de Recursos en Especie

Décimo. El monto de los recursos que se entregarán en especie se acordarán en el anexo correspondiente de los Acuerdos de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección, suscritos por las Entidades Federativas y la Secretaría de Salud.

Décimo Primero. Una vez determinados los montos de los recursos que se entregarán en especie, la Secretaría de Salud, a través de sus unidades administrativas y órganos desconcentrados competentes, realizará los procedimientos de contratación para la adquisición de los bienes, a efecto de poder realizar la entrega en especie.

Para tal efecto, la Secretaría de Salud realizará las asignaciones programáticas y presupuestarias correspondientes a las unidades administrativas y órganos desconcentrados competentes, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.

Décimo Segundo. Los Recursos Federales en especie se entregarán a los Servicios Estatales de Salud, quienes están obligados a dar aviso de dicha entrega a la tesorería de su Entidad Federativa o equivalente para los efectos contables y administrativos establecidos en la Sección IV del presente Acuerdo y al REPSS.

Sección IV

De la Comprobación de la Recepción de los Recursos Federales

Décimo Tercero. La comprobación de la recepción de los Recursos Federales transferidos, se realizará ante la Comisión dentro de los 15 días hábiles contados a partir del día hábil siguiente al de la fecha de recepción de los mismos. La constancia de ello deberá ser emitida por:

- I. La tesorería de la Entidad Federativa o su equivalente en el caso de los Recursos Federales en numerario que se transfieran en términos artículo 77 bis 15, fracción I de la Ley.
El REPSS deberá informar a la Comisión la transferencia de los Recursos Federales señalados en esta fracción que le haga la tesorería de la Entidad Federativa o su equivalente, dentro de los tres días hábiles siguientes a la misma, debiendo indicar el monto, la fecha y el importe de los rendimientos generados;
- II. La Secretaría de Finanzas o su equivalente en el caso de los depósitos constituidos en TESOFE de los Recursos Federales que se transfieran en términos del artículo 77 bis 15, fracción II de la Ley, previa notificación del REPSS, y
- III. La Secretaría de Finanzas o su equivalente en el caso de los recursos que se entreguen en especie conforme a la fracción III, del artículo 77 bis 15, previa notificación de los Servicios Estatales de Salud.

El REPSS en todo momento gestionará la obtención de las constancias referidas en el presente lineamiento, así como su remisión a la Comisión.

Décimo Cuarto. La constancia de recepción de los Recursos Federales deberá incluir, además de la instancia que lo emite, lo siguiente:

- I. Concepto e importe: Se debe señalar el concepto indicado en el comunicado recibido de la Comisión e importe correspondiente;
- II. Ser expedido a nombre de: Secretaría de Salud;
- III. Señalar el Registro Federal de Contribuyentes: SSA630502CU1;
- IV. Lugar y fecha de expedición, y
- V. Señalar la fecha de recepción de los recursos.

Sección V

Disposiciones Finales

Décimo Quinto. Vencidos los plazos establecidos en el presente Acuerdo, sin que los REPSS remitan los recibos de comprobación de transferencia y entrega de Recursos Federales o de reintegro en términos del lineamiento Octavo, la Secretaría de Salud, a través de la Comisión lo hará del conocimiento de los órganos fiscalizadores para los efectos establecidos en términos del artículo 77 bis 19 de la Ley.

Décimo Sexto. El ejercicio y la comprobación de los Recursos Federales transferidos a las Entidades Federativas por cualquiera de las modalidades señaladas en el artículo 77 bis 15 de la Ley, se realizará con base en las disposiciones aplicables y las que con base en éstas emita la Comisión.

Décimo Séptimo. Corresponde a la Secretaría de Hacienda y a la Secretaría de Salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, interpretar para efectos administrativos el presente Acuerdo, así como resolver los casos no previstos en el mismo.

TRANSITORIOS

Primero. El presente Acuerdo entrará en vigor el 1 de enero de 2015, salvo por lo previsto en los siguientes transitorios.

Segundo. Los REPSS y la TESOFE, a partir del día hábil siguiente a la fecha de publicación de este Acuerdo, deberán realizar todos los actos necesarios para que los depósitos en la TESOFE a que se refiere el mismo, estén constituidos a partir del inicio del ejercicio fiscal 2015.

Tercero. Para efectos de lo dispuesto en el lineamiento Sexto, fracción I, de este Acuerdo, los depósitos que constituyan los REPSS en TESOFE no podrán ser inferiores al 30% del total de los recursos en el ejercicio fiscal 2015, y se incrementará hasta llegar en el ejercicio fiscal 2018, al 50% del total de los recursos de dicho ejercicio. Para los años 2016 y 2017, los porcentajes correspondientes se establecerán por la Secretaría de Salud y la Secretaría de Hacienda.

Dado en la Ciudad de México, a 2 de diciembre de 2014.- El Secretario de Hacienda y Crédito Público, **Luis Videgaray Caso**.- Rúbrica.- La Secretaria de Salud, **María de las Mercedes Martha Juan López**.- Rúbrica.

NORMA Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

EDUARDO GONZÁLEZ PIER, Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o., fracción XI, 38, fracción II, 40 fracciones III y XI, 41, 43 y 47, fracción IV, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 3o., fracciones I, II, VII y XXVII Bis, 13 apartado A, fracciones I y IX, 19, 20, fracción VII, 24, fracción I, 27, fracción III, 32, 33, fracción IV, 34, 45, 59, 79 y 166 Bis a 166 Bis 21, de la Ley General de Salud; 28 y 34, del Reglamento de la Ley Federal Sobre Metrología y Normalización; 1o., 4o., 5o., 7o., 8o., 9o., 10, fracción I, 21, 26, 28 y 138 Bis a 138 Bis 27, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, y 8o., fracción, V y 9o., fracción IV Bis, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

Que con fecha 22 de diciembre de 2008, de conformidad con lo previsto en el artículo 47, fracción I, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el Proyecto de esta Norma, en cumplimiento a la aprobación del mismo por parte del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud; a efecto que de que en los 60 días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios ante el mencionado Comité Consultivo Nacional de Normalización;

Que durante el periodo de consulta pública, que concluyó el 20 de febrero del 2009, fueron recibidos en la sede del citado Comité, los comentarios formulados por los interesados respecto del proyecto de la Norma Oficial Mexicana, razón por la cual, con fecha previa fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación las respuestas a los mismos, en términos del artículo 47, fracción III, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, y

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, he tenido a bien expedir y ordenar la publicación de la:

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-011-SSA3-2014, CRITERIOS PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMOS EN SITUACIÓN TERMINAL A TRAVÉS DE CUIDADOS PALIATIVOS**PREFACIO**

En la elaboración de esta Norma participaron:

SECRETARÍA DE SALUD.

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud.

Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física.

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL.

CONSEJO NACIONAL DE SALUD.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA.

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN.

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA.

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA.

HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ.

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Dirección de Prestaciones Médicas.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

Dirección Médica.

SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL.

Dirección General de Sanidad Militar.

SECRETARÍA DE MARINA.

Dirección General Adjunta de Sanidad Naval.

PETRÓLEOS MEXICANOS.

Subdirección de Servicios de Salud.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

Facultad de Medicina.

SOCIEDAD MEXICANA DE ONCOLOGÍA, A.C.

CONSEJO MEXICANO DE ANESTESIOLOGÍA, A.C.

COLEGIO MEXICANO DE ANESTESIOLOGÍA, A.C.

FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD, A.C.

INSTITUTO MEXICANO DE TANATOLOGÍA, A.C.

OBSERVATORIO REGIONAL PARA LA MUJER DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, A.C.
CONSTRUYE.

ASOCIACIÓN NACIONAL DE HOSPITALES PRIVADOS, A.C.

AMERICAN BRITISH COWDRAY MEDICAL CENTER, I.A.P.

HOSPITAL ÁNGELES LOMAS, S.A. DE C.V.

HOSPITAL DE LA BENEFICIENCIA ESPAÑOLA, I.A.P.

HOSPITAL MÉDICA SUR, S.A. DE C.V.

ÍNDICE

0. Introducción.
1. Objetivo.
2. Campo de aplicación.
3. Referencias.
4. Definiciones.
5. Generalidades.
6. De la prescripción y otorgamiento de cuidados paliativos.
7. De la atención y asistencia domiciliaria.
8. De la atención ambulatoria.
9. De la atención hospitalaria.
10. Urgencias en cuidados paliativos.
11. Concordancia con Normas internacionales y mexicanas.
12. Bibliografía.
13. Vigilancia.
14. Vigencia.

0. Introducción.

En la historia natural de las enfermedades crónico-degenerativas, se presenta un estadio clínico denominado situación terminal, en el cual se requiere que los prestadores de servicios de atención médica, lleven a cabo acciones específicas para paliar el dolor y demás síntomas asociados a la enfermedad que implican el sufrimiento de los pacientes y sus familias, con la finalidad de mejorar su calidad de vida en esta difícil etapa.

Desafortunadamente en el mundo, se ha registrado un aumento en el número de casos de enfermedades crónico-degenerativas y México no es la excepción, ya que en las últimas dos décadas las estadísticas de mortalidad, denotan que las muertes que se registran al año, se debieron a dichas enfermedades, por lo tanto, los prestadores de servicios de atención médica, tienen que hacer frente a los problemas y complicaciones de los enfermos en situación terminal; es en este contexto en el que los cuidados paliativos adquieren gran relevancia.

En el ámbito de la atención médica, se sabe que las enfermedades crónico-degenerativas, son aquellas que se caracterizan por ser incurables, progresivas, invalidantes e irremediamente fatales, se encuentran intrínseca e inevitablemente ligadas con el dolor, el sufrimiento y el deterioro progresivo e irreversible de la calidad de vida de quien las padece; sin embargo, no es únicamente el enfermo el que sufre los estragos de dichas enfermedades, familiares y personas que los rodean afectivamente, también sufren una alteración en sus vidas y de alguna manera comparten y les afecta ese sufrimiento y dolor.

Una de las finalidades que persigue el derecho a la protección de la salud es la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana. En correspondencia con lo anterior, resulta pertinente mencionar que el dolor es una de las principales y más frecuentes manifestaciones de las enfermedades, su presencia puede llevar a cualquier persona a un estado tal de sufrimiento y desesperación, que su entorno social y afectivo es confinado a un último plano, provocando con ello el deterioro de la calidad de su vida personal y, por lo tanto, de su condición como ser humano.

En los últimos 20 años, a nivel mundial, los cuidados paliativos han experimentado una creciente y acelerada demanda. Diversos países con mayor grado de desarrollo que el nuestro, han alcanzado un alto grado de especialización en esta materia; los conocimientos y conceptos científicos, bioéticos y organizacionales han influido notablemente en el desarrollo de políticas de salud, dirigidas principalmente a brindar los beneficios de la atención médica a través de cuidados paliativos para los enfermos en situación terminal.

Resulta pertinente mencionar que en gran parte de nuestro Sistema Nacional de Salud, aún prevalece la visión de que la obligación del médico es hacer todo lo que esté a su alcance para curar a su paciente; sin embargo, es posible que con ello se llegue al extremo de ejecutar actos de obstinación terapéutica hacia los enfermos que cursan una enfermedad en situación terminal, ya que pueden ser practicadas o instrumentadas acciones de atención médica, que resulten dolorosas y que no necesariamente ayudan a curar al paciente, ni a mejorar su calidad de vida y mucho menos a prolongarla ya que, por el contrario, pueden contribuir a hacer más larga su agonía y sufrimiento.

La elaboración de esta Norma, responde a la necesidad de emitir las disposiciones técnicas que deberán observarse para prevenir la ocurrencia de posibles actos de obstinación terapéutica hacia los pacientes en situación terminal, las cuales consideran criterios para su atención, con la finalidad de hacer efectivo que los cuidados paliativos le sean proporcionados como un derecho, conforme a lo que establecen el Título Octavo Bis, de la Ley General de Salud y el Capítulo VIII Bis, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

El contenido de esta Norma considera cuatro ámbitos fundamentales de la atención médica a través de los cuidados paliativos: el hospitalario, el ambulatorio, el domiciliario y la atención de urgencia.

Es muy importante mencionar que esta Norma, considera un peso específico de gran relevancia al profesional de la salud, en virtud de que se pretende evitar al máximo, que los pacientes y sus familiares caigan en manos de personas no capacitadas que tratan de aprovechar las situaciones de crisis en la salud de los pacientes en situación terminal, únicamente en su beneficio personal, que deterioran aún más el sufrimiento del individuo y su familia.

1. Objetivo.

Esta Norma tiene por objeto, establecer los criterios y procedimientos mínimos indispensables, que permitan prestar, a través de equipos inter y multidisciplinarios de salud, servicios de cuidados paliativos a los pacientes que padecen una enfermedad en situación terminal, a fin de contribuir a proporcionarles bienestar y una calidad de vida digna hasta el momento de su muerte, promoviendo conductas de respeto y fortalecimiento de la autonomía del paciente y su familia, previniendo posibles acciones y conductas que tengan como consecuencia el abandono o la prolongación de la agonía, así como evitar la aplicación de medidas que potencialmente sean susceptibles de constituirse en obstinación terapéutica.

2. Campo de aplicación.

Esta Norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, para todos aquellos establecimientos y prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud que, de manera específica, cuenten con un área o servicio para la prestación de servicios de cuidados paliativos a pacientes que padecen una enfermedad en situación terminal.

3. Referencias.

Para la correcta interpretación y aplicación de esta Norma, es necesario consultar las siguientes Normas Oficiales Mexicanas o las que las sustituyan:

3.1. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

3.2. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de los pacientes ambulatorios.

3.3. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

3.4. Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

4. Definiciones.

Para los efectos de esta Norma, se entenderá por:

4.1. Calidad de vida, a las condiciones físicas, psicológicas y sociales concretas, que permiten al paciente en situación terminal actuar de acuerdo a sus objetivos, expectativas y creencias, en el contexto de sus relaciones familiares y sociales.

4.2. Claudicación familiar, a los 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.

4.3. Cuidados Paliativos, al cuidado activo y total de aquéllas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales;

4.4. Enfermo en situación terminal, a la persona que tiene una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses;

4.5. Obstinación terapéutica, a la adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía.

4.6. Plan de cuidados paliativos, al conjunto de acciones indicadas, programadas y organizadas por el médico tratante, complementadas y supervisadas por el equipo multidisciplinario, las cuales deben proporcionarse al enfermo en situación terminal, en función de su padecimiento específico, otorgando de manera completa y permanente la posibilidad del control de los síntomas asociados al mismo.

5. Generalidades.

5.1. Los cuidados paliativos se deberán proporcionar con absoluto respeto, trato digno y profesional a los enfermos en situación terminal, evitando en todo momento incurrir en acciones extraordinarias o desproporcionadas.

5.2. Los profesionales y técnicos de las diversas disciplinas de la salud, que presten servicios médicos, en su modalidad de cuidados paliativos, deberán tener los conocimientos académicos necesarios y la capacitación técnica, acordes con el ámbito de su competencia.

5.3. El médico tratante, deberá recomendar al enfermo en situación terminal y a su familia, tutor o representante legal, la participación de profesionales o técnicos en otras disciplinas que puedan coadyuvar en la prestación de los cuidados paliativos al paciente.

5.4. En caso de tratamiento especializado, en cualquier rama de la medicina, el médico especialista que actúe como médico tratante, prescribirá el plan de cuidados paliativos que corresponda, en términos de lo previsto por el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

5.5. Los establecimientos para la atención médica que proporcionen cuidados paliativos de carácter ambulatorio u hospitalario, deberán contar con los recursos humanos y materiales suficientes y adecuados para el control del dolor y los síntomas asociados que generen un deterioro en la calidad de vida del enfermo en situación terminal, así como con los requisitos mínimos, establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas, citadas en los puntos 3.2 y 3.3, del capítulo de Referencias, de esta Norma;

5.6. El médico tratante, será el responsable de indicar o prescribir un plan de cuidados paliativos, el cual deberá ser explicado en forma comprensible y suficiente al paciente, familiar, tutor o representante legal.

5.7. Durante la explicación del plan de cuidados paliativos, el médico tratante deberá informar al enfermo en situación terminal, en su caso, familiar, tutor o representante legal, el beneficio deseable con la aplicación de los cuidados paliativos sobre la condición del paciente, así como del manejo de los signos y síntomas.

5.8. Para poder iniciar con el plan de cuidados paliativos indicado o prescrito por el médico tratante, se deberá recabar la carta de consentimiento informado, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, citada en el punto 3.1., del capítulo de Referencias, de esta Norma;

5.8.1. Antes de establecer el plan de cuidados paliativos, el médico tratante deberá obtener el consentimiento informado del paciente y en el caso de menores e incapaces, del familiar, tutor o representante legal, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, así como tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

5.8.1.1. Credo o religión y costumbres particulares del enfermo en situación terminal;

5.8.1.2. Información acerca de las personas que se ocupan u ocuparán de su cuidado;

5.8.1.3. Información socio-económica del enfermo en situación terminal;

5.8.1.4. Características de la vivienda del enfermo en situación terminal;

5.8.1.5. Roles familiares, dinámica y tipo de comunicación al interior de la familia y

5.8.1.6. Otras consideraciones de carácter personal que complementen la información necesaria para el diseño del plan de cuidados paliativos y por lo tanto, garantizar la mejor atención del paciente.

5.8.2. En el documento que contenga el consentimiento informado se deberá destacar y enfatizar el compromiso expreso del personal de salud de que no se causará mayor sufrimiento al paciente, lo cual le será debidamente explicado o en su caso, a su familiar, tutor o representante legal.

5.9. Todas las acciones de cuidados paliativos que realice el personal de salud, deberán estar relacionadas con el plan de cuidados paliativos, deberán ser registradas, incorporadas y, en su caso, documentadas por éste en el expediente clínico del enfermo en situación terminal.

5.10. Los responsables de los establecimientos o áreas en los que se presten servicios de cuidados paliativos, deberán elaborar y desarrollar cuando menos un programa anual de capacitación y actualización del personal profesional y técnico de la salud, así como del voluntariado, que coadyuven en la atención de los enfermos en situación terminal, sobre los criterios para la aplicación de cuidados paliativos, reforzando especialmente los aspectos relacionados con los derechos y el trato digno del enfermo y de sus familiares.

5.11. Los responsables de los establecimientos o áreas en los que se presten servicios de cuidados paliativos, deberán promover entre la población los cuidados paliativos como parte de la atención médica proporcionada a los enfermos en situación terminal, así como la formación de grupos sociales de apoyo psicológico, tanatológico y voluntarios, a fin de obtener la colaboración de las comunidades en la atención de dichos enfermos y en su caso, evitar o manejar la claudicación familiar.

5.12. En los establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud, el responsable sanitario, representante legal o la persona facultada para tal efecto, podrán solicitar la evaluación de la conformidad respecto de esta Norma, ante los organismos acreditados y aprobados para dicho propósito.

6. De la prescripción y prestación de cuidados paliativos.

6.1. Toda persona que padezca una enfermedad evolutiva e incurable en situación terminal, tendrá a su favor la presunción de que requiere de cuidados paliativos.

6.2. El médico tratante deberá promover, que el paciente reciba los cuidados paliativos en su domicilio, con excepción de aquellos casos en que, por las condiciones del enfermo en situación terminal, se requieran atención y cuidados hospitalarios.

6.3. El médico tratante deberá evitar incurrir en acciones y conductas que sean consideradas como obstinación terapéutica.

6.4. El médico tratante, procurará que el enfermo en situación terminal, reciba los cuidados paliativos con un enfoque inter y multidisciplinario, podrán participar otras personas como los cuidadores designados, para apoyar la instrumentación de acciones dirigidas a mejorar la calidad de vida y que coadyuven en la aplicación del plan de cuidados paliativos.

6.5. Es responsabilidad del médico tratante, valorar y atender en forma oportuna, el dolor y síntomas asociados que el enfermo en situación terminal refiera, sin importar las distintas localizaciones o grados de intensidad de los mismos, sin incurrir en ningún momento o circunstancia, en acciones o conductas consideradas como obstinación terapéutica, ni en acciones que tengan como finalidad terminar con la vida del enfermo.

6.6. El enfermo en situación terminal, mayor de edad y en pleno uso de sus facultades mentales, tiene derecho a solicitar la suspensión voluntaria del tratamiento curativo y el inicio del tratamiento paliativo, en los términos de lo dispuesto por el artículo 166 bis 5, de la Ley General de Salud, por el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, por esta Norma y demás disposiciones aplicables.

7. De la atención y asistencia domiciliaria.

7.1. El domicilio del enfermo en situación terminal, debe ser considerado como el sitio más adecuado para la prestación de los servicios de cuidados paliativos, con excepción de lo señalado en el punto 9.1, de esta Norma. En todos los casos, se deberá cumplir con lo señalado en el punto 6.3, de esta misma.

7.2. El médico tratante del establecimiento, área o servicio, deberá aplicar protocolos de tratamiento para brindar cuidados paliativos generales y específicos, en su caso, determinar aquellos que puedan ser aplicados por los familiares en su domicilio, para el manejo del dolor y los principales síntomas que aquejan a los enfermos, los cuales deberán contener las indicaciones básicas para detectar situaciones que ameriten que el enfermo en situación terminal, sea trasladado al servicio de urgencias de un establecimiento de atención médica.

7.3. Con la finalidad de evitar desplazamientos innecesarios del enfermo en situación terminal a los establecimientos para la atención médica hospitalaria, éste o en su caso, sus familiares, tutor o representante legal, tendrán derecho a recibir información e instrucciones precisas por escrito, así como capacitación respecto de:

7.3.1. Los cuidados generales y propios de la condición del enfermo en situación terminal, signos y síntomas que conforme a la enfermedad, es probable que se presenten;

7.3.2. Los fármacos y esquemas terapéuticos a ministrar y;

7.3.3. Los números telefónicos para recibir apoyo y asesoría ante una crisis.

7.4. El médico tratante será responsable de explicar detalladamente las causas de los principales síntomas que se prevé puedan presentarse, en términos claros que el enfermo en situación terminal y sus familiares puedan comprender y asociar con medidas terapéuticas estandarizadas.

8. De la atención ambulatoria.

8.1. La atención ambulatoria en materia de cuidados paliativos implicará, que el enfermo en situación terminal y sus familiares, reciban atención, soporte y apoyo necesarios, para solventar las crisis que pudieran llegar a presentarse en el domicilio.

8.2. En las consultas de control y seguimiento, programadas o no, se evaluará la terapéutica prescrita, con la finalidad de realizar oportunamente los ajustes que resulten necesarios para controlar los síntomas inesperados y los efectos secundarios de los fármacos prescritos.

9. De la atención hospitalaria.

9.1. Los criterios que los prestadores de servicios de atención médica deben observar para el internamiento de enfermos en situación terminal que van a recibir cuidados paliativos, son los siguientes:

9.1.1. Que exista una complicación reversible que amerite hospitalización para su tratamiento;

9.1.2. Que se trate de pacientes con enfermedades progresivas con dolor o síntomas físicos o psicológicos severos, que no sean controlables con las medidas establecidas para los cuidados ambulatorios o en el domicilio del enfermo;

9.1.3. Que sea necesaria la prevención o tratamiento de crisis de claudicación familiar, que pudiera poner en riesgo la eficacia de los cuidados paliativos;

9.1.4. Que el régimen terapéutico se haya tornado complejo y la familia no pueda suministrar la medicación o las acciones terapéuticas en forma adecuada y/o,

9.1.5. Que se tengan que practicar estudios de diagnóstico especiales o tratamiento de cuidados paliativos especializados.

9.2. Los establecimientos de atención médica para el internamiento de pacientes, en los que se presten servicios de cuidados paliativos, deberán contar con áreas o servicios para la evaluación y atención médica especializada en procedimientos intervencionistas para el control del dolor y síntomas asociados.

9.3. El personal técnico de un establecimiento de atención médica hospitalaria, deberá apoyar al personal médico en la capacitación y sensibilización del enfermo en situación terminal y familiares, sobre temas de alimentación, higiene, medidas de seguridad en los cuidados directos del enfermo, cambios posturales, manejo de escaras, ministración de fármacos, manejo de crisis, orientación sobre comunicación con el enfermo y, en general, sobre diferentes métodos que hagan posible el cuidado integral del enfermo.

9.4. En el caso de que un enfermo en situación terminal presente una urgencia médica y exista incapacidad para expresar su consentimiento, en ausencia de un familiar, representante legal, tutor o persona de confianza, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables, la decisión de aplicar un tratamiento o un procedimiento quirúrgico, será tomada por el médico tratante, el especialista que corresponda o en su caso, por el Comité de Bioética del establecimiento hospitalario.

10. Urgencias en cuidados paliativos.

10.1. Los establecimientos de atención médica hospitalaria que presten servicios de cuidados paliativos, deberán contar con servicios de urgencias equipados y preparados para la atención del paciente que requiera de este tipo de servicios, así como con las características mínimas que establece la Norma Oficial Mexicana, citada en el punto 3.4, del capítulo de Referencias, de esta Norma.

10.2. Los médicos que presten servicios de urgencias, deberán tener acceso permanente al expediente clínico del paciente que recibe atención en su domicilio, con la finalidad de llevar a cabo el seguimiento del caso y las anotaciones pertinentes en el mismo.

10.3. En el servicio de urgencias, se deberá interrogar al enfermo en situación terminal, familiar o representante legal a fin de que proporcione, si fuera el caso, los datos de los profesionales de la salud que requieran ser interconsultados o cuya intervención en la atención del enfermo en estado de crisis pudiera resultar pertinente, en virtud de que la complejidad del caso, rebasa la capacidad resolutoria de los prestadores de servicios de atención médica que en ese momento se encuentran en el establecimiento.

11. Concordancia con Normas internacionales y mexicanas.

Esta Norma no tiene concordancia con ninguna Norma internacional ni mexicana.

12. Bibliografía.

12.1. Bertolino, Mariela, Wenk, Roberto. Concurrencia Postbásica en Cuidados Paliativos, Hospital E. Tornu. <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/res/prog/ciupalconcu.pdf>. Consultado el 24/04/2014.

12.2. Boletín de estadísticas vitales. 2010. http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/vitales/boletin/2010/Bol_estvit_2010_1.pdf Consultado el 24/04/2014.

12.3. Casas Martínez, Ma. de la Luz. Sedación terminal, eutanasia y bioética. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232005000500013&script=sci_arttext. Consultado el 24/04/2014.

12.4. Centro de Cuidados Paliativos de México. <http://www.cuidadospaliativos.org.mx/> Consultado el 24/04/2014.

12.5. Chavira Cárdenas, Jesús Carlos. "Cuidados paliativos vs eutanasia". Cuidar la vida o terminarla. Propuestas contrarias en el Congreso Federal. Semanario Edición 324 20/04/2003. <http://www.semanario.com.mx/2003/324-20042003/TemaSemana.html>. Consultado el 24/04/2014.

12.6. Cuidados Paliativos para enfermería. "Aspectos Éticos en Cuidados Paliativos". <http://www.auladae.com/cuidados-paliativos.php>. Consultado el 24/04/2014.

12.7. Cuidados Paliativos. Organización Mundial de la Salud <http://www.who.int/cancer/palliative/es/> Consultado el 24/04/2014.

12.8. Cuidados Paliativos: Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). <http://www.auladae.com/cuidados-paliativos.php>. Consultado el 24/04/2014.

12.9. Declaración sobre la atención médica al final de la vida (Organización Médica Colegial Española y Sociedad de Cuidados Paliativos/OMCE y SECPAL). Declaración sobre la atención médica al final de la vida. <http://www.bioeticaweb.com/declaracion-sobre-la-atencion-medicinal-final-de-la-vida-organizaciones-medicinal-colegial-espanola-y-sociedad-de-cuidados-paliativos-omce-y-secpal>. Consultado el 24/04/2014.

12.10. Fornells, Hugo Antonio. Cuidados Paliativos en el Domicilio. <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v6n1/art05.pdf>. Consultado el: 24/04/2014.

12.11. Huesca, Patricia. "El servicio de tanatología, fuera del alcance de enfermos terminales en México" en periódico La Crónica, lunes 31 de enero de 2005. http://www.cronica.com.mx/nota.php?id_nota=164677. Consultado el 24/04/2014.

12.12. Ley General de Salud.

12.13. Primer atlas mundial de las necesidades de cuidados paliativos no atendidas. OMS. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/palliative-care-20140128/es/> Consultado el 24/04/2014.

12.14. ¿Qué son los cuidados paliativos?. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/cuidadosPaliativos.html> Consultado el 24/04/2014.

12.15. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

12.16. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. "Guía de Cuidados Paliativos". <http://www.secpal.com/guiacp/> Consultado el 24/04/2014.

12.17. Sureda González, Manuel. "Aproximación al enfermo terminal y a la muerte". Asociación Catalana CACEB d'Estudis Bioètics. <http://www.aceb.org/term.htm> Consultado el 24/04/2014.

13. Vigilancia.

La vigilancia de la aplicación de esta Norma, corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias.

14. Vigencia.

Esta Norma entrará en vigor a los 60 días naturales, contados a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Sufragio Efectivo. No Reección.

México, D.F., a 23 de octubre de 2014.- El Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, **Eduardo González Pier**.- Rúbrica.