

Recomendaciones para la coparticipación del paciente y sus familiares en el cuidado de su seguridad en el hospital

Recommendations for patient and relatives responsibility sharing in hospital stay safety

Dr. Germán Fajardo-Dolci¹, Dr. Javier Rodríguez-Suárez², Dra. Mahuina Campos-Castolo³, Dr. Arturo Carrillo-Jaimes⁴, P.S.S.E. Verónica Maricruz De la Fuente-Maldonado⁵, P.S.S.E. Maria Luisa Ruíz-Orozco⁵, P.S.S.E. Vanesa Omaña-Martínez⁵, Dr. Héctor G. Aguirre-Gas⁶

Resumen

Para lograr que el paciente y su familia se interesen y participen en el cuidado de su seguridad durante su estancia en el hospital, es necesario informarles sobre cuáles es su responsabilidad en ello y cuáles son los aspectos que deben observar y comentar con los prestadores de los servicios.

Se identificaron: los principales problemas de seguridad en los hospitales a través de las quejas presentadas en CONAMED; las recomendaciones que hace la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes de la Organización Mundial de la Salud; los riesgos y las causas raíz que generan los eventos adversos prevenibles; actores involucrados en la seguridad de los pacientes; las interacciones que ocurren entre ellos, y la forma en que el paciente y sus familiares pueden participar para mejorarlos.

Derivadas de los principales problemas de seguridad identificados, se presentan Recomendaciones para el personal, pacientes y familiares y directivos, dirigidas a promover su participación comprometida en la mejora continua de la calidad de la atención y la seguridad del paciente. *Rev. CONAMED. 2010; 15 (1):43-56.*

Palabras clave: coparticipación, seguridad del paciente, recomendaciones, calidad de la atención médica, eventos adversos.

Abstract

To ensure that patient and relatives remain interested and involved with their personal safety during their stay in hospital, it is required to inform them about their responsibility and what are the issues to observe and discuss with health care services providers.

The main safety issues within hospitals were identified through the analysis of complaints submitted at CONAMED, the recommendations made by the World Alliance for Patient Safety of the World Health Organization, the risks and root causes that generate preventable adverse events, actors involved in patient safety, interactions that occur between them, and how the patient and family can participate to improve them.

From the main safety issues identified, recommendations were made directed to staff, patients, relatives and managers in order to promote their committed participation towards the continuous improvement of the quality of health care and patient safety.

Key words: responsibility sharing, patient safety, best practices, quality of care, adverse events.

¹Comisionado Nacional de Arbitraje Médico; ²Director General de Difusión e Investigación, CONAMED; ³Subdirectora de Investigación, CONAMED; ⁴Director Médico de Conciliación, CONAMED; ⁵Pasante de Servicio Social de la carrera de Enfermería y Obstetricia, UNAM; ⁶Director de Investigación, CONAMED.

Artículo recibido: 07-Enero-2010; Artículo aceptado: 15-Enero-2010.

Correspondencia: Dr. Héctor G. Aguirre Gas. CONAMED. Mitla 250 esquina Eje 5 Sur Eugenia, Piso 8, Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C.P. 03020, México D.F. Correo electrónico: haguirregas@conamed.gob.mx.

I. Introducción

Los esfuerzos para otorgar a los usuarios de los servicios de salud, una atención médica cada vez con mayor calidad, han conducido a poner en práctica diferentes estrategias, que van desde la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud,^{1,2} la edición y distribución del Manual de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica por el Sistema Nacional de Evaluación en 1992³ y la publicación de la tercera edición del libro "Calidad de la Atención Médica"⁴ en 2002, hasta la Cruzada Nacional por la Calidad,⁵ la Certificación de Establecimientos de Atención Médica⁶ y la creación de los Comités de Ética de las Unidades de Atención Médica.⁵

Recientemente se ha hecho un énfasis muy importante en la seguridad del paciente, para la prevención de los eventos adversos, así como, en las estrategias para evitar el error médico.⁷ Por otra parte, desde muchos años atrás se ha venido trabajando en las instituciones de salud, en la prevención y control de uno de los principales eventos adversos de la práctica hospitalaria, así como en las infecciones adquiridas en el propio hospital.⁸⁻¹²

Los resultados en la prevención y control de infecciones nosocomiales, como ejemplo de los diversos eventos adversos que se presentan en los hospitales, en la mayoría de los casos han sido poco satisfactorios, como consecuencia de múltiples factores, desde la falta de criterios uniformes para definir al evento adverso (por ejemplo, definición de infección nosocomial o adquirida en el hospital), hasta un subregistro de magnitud variable, generalmente muy importante, de los eventos adversos ocurridos en el hospital; falta de prevención, mecanismos deficientes de control, falta de seguimiento y cumplimiento de los acuerdos de los comités hospitalarios.

La falta de cumplimiento de las normas para la prevención de eventos adversos se da en diferentes niveles, ya sea por factores del personal, de la infraestructura hospitalaria y de los mismos pacientes y sus familiares. En el ejemplo mencionado, las infecciones intrahospitalarias ocurren por incumplimiento de las normas: desde la omisión de la práctica del lavado de manos, por falta de participación del propio personal, la carencia de jabón, toallas y alcohol gel, hasta la inexistencia de lavabos para hacerlo. Evidentemente el compromiso para lograr los propósitos del Comité de Infecciones, es insuficiente o inexistente, en los diferentes niveles de operación de la mayoría de los hospitales, por lo que para lograr los objetivos relativos a la prevención de los errores y eventos adversos, se requiere una "vigilancia estrecha" del personal, misma que deberíamos reforzar, si además pretendemos identificar y prevenir su ocurrencia.

Nos encontramos en una coyuntura compleja, producida por una crisis tanto económica como cultural. En el pasado, los médicos eran intermediarios en las decisiones de los pacientes sobre su tratamiento a seguir, sin tener en cuenta la opinión de los mismos. En la actualidad, se hace énfasis en la importancia que tienen, dentro de

la relación médico-paciente, la aclaración de dudas y el fomento a los valores de los pacientes, para la toma de decisiones conjuntas con respecto a sus tratamientos. Al médico toca proporcionar la mayor información sobre las ventajas, desventajas, efectos adversos de fármacos y estadísticas de casos, con el fin de brindar al paciente todo lo disponible para su toma de decisión. Sin embargo, la labor del médico no termina al proporcionar información adecuada al momento de indicar el tratamiento, sino que se extiende a la monitorización y vigilancia del avance y progreso del tratamiento, con la consecuente actualización de información y solución a conflictos de valores que surjan en el paciente durante el tratamiento. Un elemento de gran importancia para lograr estos objetivos, es la interacción de otros profesionales de la salud, especialmente de enfermería, apoyando con la educación o capacitación del paciente en los cuidados específicos o rutinarios, que deben llevar un seguimiento en algunos tratamientos (alimentación, actividad física e higiene, entre otras). De esta manera, la participación del paciente en la toma de decisiones de su tratamiento, incrementa su autoconfianza y lo hace consciente y corresponsable del mismo.¹³

"Cuidado" es una palabra de origen latino, que proviene del vocablo cogitātus, que significa "pensamiento". Se relaciona además con "poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo", en este caso, "mirar por la propia salud, darse buena vida".

Dorotea Orem, definió al Autocuidado como "una actividad que involucra los cuidados más elementales para la promoción de la salud y para la prevención de enfermedades". Establece además, que el Autocuidado tiene tres requisitos* y permite a la persona, como ser biológico, simbólico y social, desarrollarse mediante experiencias y educación a la salud, orientados hacia la satisfacción de sus propias necesidades, la preservación de la salud y la reducción de los factores de riesgo.^{15, 16} Desgraciadamente, en nuestra cultura está presente de manera muy limitada en la vida cotidiana, en donde se destaca el papel que tienen las mujeres, quienes se encargan del cuidado de la familia.

Otros autores, como Milla Urrutia, prestigiada docente de la Universidad Católica de Chile y doctora en

* Orem define tres requisitos para el Autocuidado:

- a) Autocuidado universal: Son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- b) Autocuidado del Desarrollo: Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- c) Autocuidado de desviación de la salud: Surgen o están vinculados a los estados de salud.

enfermería, han conceptualizado al Autocuidado como una competencia. Esta habilidad se considera viable a partir de los 6 años, pero es frecuente que no se desarrolle adecuadamente, ya que las tareas relacionadas con el autocuidado no suelen ser motivantes por sí mismas, sino que se advierte su deficiencia ante enfermedades graves, donde dichas enfermedades suelen ser el motivante para su re-aprendizaje y desarrollo. El desarrollo de esta competencia debe ser orientado por el personal de salud. El Núcleo de Liderazgo en Salud, de la Secretaría de Salud, publicó la guía "Auto-cuidado de la Salud" y presenta tres aspectos donde el auto-cuidado interviene, mediante la adaptación de los estilos de vida:

- Aspecto 1. Nuevos hábitos, que son los que se dan en cómo estructuramos nuestra vida cotidiana, algunos pueden afectar de algún modo nuestra salud, por ejemplo el hábito de fumar. Esta es una oportunidad para fomentar nuevos hábitos en favor de la salud.
- Aspecto 2. Conductas de mantenimiento conscientes e intencionadas que buscan mantener la salud, como: hacer ejercicio o acudir a programas de detección temprana. La enfermera puede fortalecer y dar seguimiento a estas conductas cuando las haya identificado en los usuarios. El apoyo de todo el equipo de salud, en particular del personal de enfermería, es fundamental para que el paciente tome conciencia y control de su enfermedad.
- Aspecto 3. Conductas de respuestas a síntomas de enfermedad. Por ejemplo: monitorear el nivel de glucosa en sangre (diabetes) o la presión arterial (hipertensión), acudir a los servicios de salud frente a síntomas alarmantes de la enfermedad. En este caso lo relativo al auto-cuidado se enfocará en la prevención y manejo de las enfermedades crónicas, donde el reto del auto-cuidado es tomar decisiones y seleccionar opciones con relación a temas como, dieta, descanso, actividad física, síntomas, la medicación, monitoreo, decisiones sobre dónde y cómo buscar ayuda entre otras.⁵

La Organización Panamericana de la Salud, ha señalado la necesidad del fortalecimiento del auto-cuidado como estrategia de la atención primaria a la salud. Se considera que en la actualidad "el auto-cuidado es la base de la pirámide de la atención primaria" y que: "Si el auto-cuidado desapareciera, tan sólo por un día ...no cabe duda de que los sistemas de atención en salud, aun los más sofisticados, se verían sobrepasados y colapsarían".¹⁴

Ante la falta de interés y la insuficiente disponibilidad de personal para la vigilancia, se hace necesario desarrollar nuevas estrategias, para identificar al personaje que pueda asumir la defensa del paciente hospitalizado, frente a los riesgos de infecciones hospitalarias y eventos adversos. Haciendo eco a los postulados de la Organi-

zación Panamericana de la Salud, referentes al auto-cuidado de la salud, llegamos a la conclusión de que es el mismo paciente y en su caso, su familia, quienes pueden asumir una posición participativa en el cuidado de su seguridad, en lo que a eventos adversos e infecciones adquiridas en el hospital se refiere.

Ciertamente, esta posición no es original. En los Estados Unidos de Norteamérica, Martie Hatlye, abogado que inicialmente asumió la defensa legal de médicos que habían sido demandados por mala práctica, decidió formar la Alianza para la Seguridad de los Pacientes,¹⁴ lanzada por la Organización Mundial de la Salud, para prevenir los eventos adversos y la mala práctica, dirigida y sustentada por pacientes y sus familiares, que han sufrido eventos adversos; analizan los sistemas de salud desde su visión de usuarios, con el propósito de identificar las fallas o debilidades de la atención y sumarse a las propuestas de prevención de eventos adversos.

En nuestro país, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, desarrolló el Plan para el Auto-cuidado de la Seguridad del Paciente,¹⁵ cuyo propósito es involucrar a los pacientes y sus familiares, al personal de salud y a los directivos, en el proceso de mejora de la seguridad del paciente. Como parte de este Plan, se desarrolló un tríptico que indica las responsabilidades, que deben ser atendidas por los participantes en el proceso de atención médica: personal, pacientes y familiares y directivos, para ser colocado sobre la cabecera de la cama del paciente, para conocimiento del personal, pacientes y familiares.

Como parte del proceso para el desarrollo de las Recomendaciones, fueron cubiertas las siguientes etapas:

- A) Diagnóstico. En esta etapa se definió el fenómeno de los eventos adversos, a través de la identificación de los factores involucrados en su génesis y desarrollo. Para lograr este propósito fueron desarrollados en forma progresiva los pasos involucrados en el estudio:
 1. Identificación de los principales eventos adversos que ocurren en el Sistema Nacional de Salud.
 2. Incorporación de las prioridades propuestas por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. En este proceso, se llevaron a cabo reuniones de trabajo con la Representación para México de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con el propósito de promover su participación.
 3. Identificación de las causas raíz que generan eventos adversos, en el proceso de atención médica, en el Sistema Nacional de Salud.
 4. Seleccionar los eventos adversos, en los que el paciente y sus familiares puedan participar para su prevención.
 5. Información a pacientes, familiares y personal de salud, para que estén en condiciones de participar como agentes de cambio, en la prevención de los eventos adversos.

B) Análisis de redes y de conjuntos de acción. Se caracterizó a los sectores sociales, a los que pertenecen los actores involucrados en los eventos adversos (pacientes y familiares, personal y directivos); incluyendo tres enfoques:

- Identificación de la visión y la actitud, que cada uno de los actores tiene ante el problema de los eventos adversos.
- Identificación de las interacciones, sinergias y antagonismos que se producen entre ellos.
- Construcción de propuestas integradoras que permitan prevenir los eventos adversos a través de Recomendaciones.

Como resultado de este análisis se observaron las afinidades y diferencias existentes entre cada uno de los participantes involucrados, se identificó su percepción y la explicación causal de esas diferencias, para estar en condiciones de continuar con el plan de acción, que incluyó las propuestas de participación de cada uno de ellos y el desarrollo de Recomendaciones eficaces que armonicen la participación de todos.

C) Discusión. Análisis y validación de las propuestas de los actores respecto a la prevención de los eventos adversos y a las acciones por realizar. En esta fase se aplicaron técnicas cualitativas de recolección de datos, tales como la revisión documental de las estadísticas institucionales, entrevistas a personajes representativos de este fenómeno, como la representante para México del movimiento Pacientes por la Seguridad de los Pacientes.

D) Recomendaciones. Representan un plan de acción concreto. A partir de la información situacional obtenida en las fases previas, se caracterizó el plan para la coparticipación del paciente y sus familiares en el cuidado de su seguridad en el hospital, pretendiendo que refleje las acciones que se encuentran al alcance y responsabilidad de cada uno de los participantes en el fenómeno de los eventos adversos.

Una vez definidas las acciones por realizar, para lograr que el paciente y los familiares que lo acompañan, se interesen y participen en el cuidado de su seguridad, con el propósito de alcanzar una disminución efectiva de los eventos adversos, se les informó acerca de los aspectos que los prestadores de servicios y los directivos del hospital están comprometidos a cuidar.

Como resultado de la planeación previa, una vez que se concluyó la integración del "Plan para el Auto-cuidado de la Seguridad del Paciente Hospitalizado"¹⁴ y bajo la coordinación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico se llevaron a cabo trabajos de investigación en el Hospital Central Militar¹⁷ y en el Hospital Juárez

de México (en curso), a través de los cuales se evaluó el conocimiento de pacientes, familiares, personal y directivos del hospital, acerca de la disponibilidad de recursos para la seguridad de los pacientes y su utilización, incluyendo instalaciones, mobiliario, material de consumo, normatividad, programas para la identificación y control de los eventos adversos, su conocimiento, su aplicación, la evaluación de su cumplimiento y sus resultados.

La mejor estrategia de prevención y tratamiento para las enfermedades crónicas, es la incorporación de conductas saludables, para lo cual, es necesaria la adquisición del conocimiento teórico, sobre cuáles son las conductas saludables y las conductas de riesgo y la comprensión de su importancia, por esta razón, el auto-cuidado debe considerarse una estrategia explícita y permanente en los modelos de atención en salud dirigidos a la población en general, en particular a personas que manifiestan factores de riesgo de enfermedades crónicas (diabetes, obesidad, hipertensión entre otras) y a quienes la padecen.

En la mencionada guía "Auto-cuidado de la Salud", se presentan dos modelos de intervención en salud para fomentar el Auto-cuidado en los pacientes, los cuales permiten identificar el problema o riesgo de salud que la persona presenta, así como su disposición al cambio, de manera que las intervenciones sean efectivas para modificar los factores de riesgo hacia conductas saludables.

Ambos modelos pueden revisarse en el Anexo 1.

Finalmente, reproducimos el Decálogo para motivar comportamientos:

1. Elegir el momento adecuado, el cual deberá considerar condiciones favorables para que la comunicación sea efectiva: tiempo, estado emocional, privacidad.
2. Atender un problema a la vez, el cual se elegirá por prioridades de salud o factibilidad.
3. Preparar de antemano la intervención: qué se va a decir, cómo y los apoyos necesarios como folletos, esquemas, etc.
4. Crear un ambiente distendido y relajado, con contacto visual amigable y actitud abierta a escuchar y conversar.
5. Describir sin juzgar, la conducta del paciente que resulta negativa para su salud.
6. Señalar las consecuencias que tiene la conducta en su salud, sin juzgar ni amenazar.
7. Empatizar con el paciente, haciendo un esfuerzo para entender sus dificultades físicas, familiares, emocionales. Es muy importante que la empatía sea auténtica para lograr un acercamiento emocional, si no se logra, es mejor no fingirla.
8. Asumir la propia responsabilidad, por ejemplo, en cuanto a si la información no ha sido suficiente y clara. Es importante para establecer el compromiso compartido por el paciente y el equipo de salud.
9. Pedir al paciente que sugiera alternativas para so-

lucionar el problema, enfatizando la coparticipación, evitando mencionar la conducta problema (por ejemplo, olvido de la toma del medicamento, transgresiones dietéticas, etc.) y procurando destacar las consecuencias de la misma: "¿Qué se le ocurre que podemos hacer para evitar que se le suba su presión arterial?".

10. Proponer alternativas para solucionar el problema, a modo de pregunta, aprovechando las propuestas del paciente y añadiendo las que resulten pertinentes: "¿Sería posible que pusiera una alarma para que se acuerde de tomarse las pastillas?".

II. Análisis de las inconformidades atendidas en CONAMED y en otras instancias

Como resultado de la revisión de la información estadística disponible en nuestro medio, relativa a la frecuencia de los eventos adversos, se determinaron las prioridades por atender, en función de su magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad.

1. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), informó acerca de las cinco prioridades determinadas para promover la seguridad del paciente, a las cuales posteriormente agregó cuatro más (Cuadro 1).

Cuadro 1. Prioridades en Seguridad del paciente, definidas por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente

Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la O.M.S. (W.H.O. World Alliance for Patient Safety)	
1°	Medicamentos de aspecto o nombre parecidos.
2°	Identificación correcta de pacientes.
3°	Comunicación durante la entrega de pacientes.
4°	Realización correcta del procedimiento correcto, en el paciente y lugar del cuerpo correctos.
5°	Control de las soluciones concentradas de electrolitos.
6°	Asegurar la precisión de la medicación durante las transiciones asistenciales.
7°	Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.
8°	Usar una sola vez los dispositivos de inyección.
9°	Mejorar la higiene de las manos para prevenir las Infecciones asociadas a la atención a la salud.

2. Con base en los resultados informados por el Sistema VENCER¹⁸ aplicado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en los Hospitales de Segundo y Tercer Nivel de Atención.

En el Cuadro 2 se presentan los principales eventos adversos informados. Es necesario advertir que entre los eventos adversos no se consideró a las infecciones hospitalarias, mismas que desde el punto de vista normativo pueden alcanzar hasta el 15% en los hospitales de tercer nivel de atención y hasta 10% en los del segundo, representando un problema grave de morbilidad, incremento de costos por consumo de medicamentos y prolongación de la estancia hospitalaria.

Cuadro 2. Principales eventos adversos reportados en el Sistema VENCER (en unidades médicas del IMSS).

Eventos Adversos		2° Nivel (%)	3° Nivel (%)
1	Caída de pacientes	162 (51.1)	57 (76.0)
2	Trauma al nacimiento	24 (7.6)	0
3	Complicaciones de procedimientos	20 (6.3)	0
4	Retraso en el tratamiento	16 (5.0)	0
5	Prescripción incorrecta de medicamentos	12 (3.8)	0
6	Complicaciones quirúrgicas graves	8 (2.5)	1 (1.3)
7	Reacciones adversas graves a medicamentos	8 (2.5)	0
8	Lesión vaginal durante el parto	7 (2.2)	0
9	Accidente anestésico	5 (1.6)	0
10	Retención de material o instrumental quirúrgico	5 (1.6)	1 (1.3)
11	Cirugía en paciente, región u órgano equivocado	2 (0.6)	1 (1.3)
12	Fuga de pacientes	2 (0.6)	0
13	Alta de paciente con familiar equivocado	2 (0.6)	0
14	Robo de infante	1 (0.3)	0
15	Administración errónea de medicamentos	0	12 (16.0)
16	Accidente anestésico	0	3 (4.0)
17	Otros	32 (10.1)	0
Total		317 (100)	75 (100)

3. En 2008, se publicaron las experiencias de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, desde 1996 hasta diciembre de 2006, en que a través de las quejas, se identifica y caracteriza a las inconformidades de los pacientes, por la atención recibida, incluyendo: el origen

de las quejas por entidad federativa y por institución, el número y tipo de pretensiones del promovente; análisis de los gastos que implicaron las quejas resueltas por conciliación y aquellas que requirieron un arbitraje y dictamen, la forma en que fueron resueltas, sus causas; su origen en el servicio público, la seguridad social o los servicios privados; la edad de los pacientes, las especialidades involucradas y el nivel de atención en que ocurrieron.¹⁹

En la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se publicó el “Perfil epidemiológico de las quejas médicas atendidas entre 1996 a 2007”, aportando información relevante, sobre la existencia o no de mala práctica en las quejas; las resueltas por orientación y gestión, conciliación, laudos y convenios de transacción; así como las evidencias de ausencia de daño, daño temporal, permanente o muerte del paciente.²⁰ Como resultado del análisis de los principales eventos adversos identificados en el Instituto Mexicano del Seguro Social, los principales problemas de seguridad, propuestos por la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes (AMSP) y los estudios llevados a cabo en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), se identificaron las “causas raíz”, generadoras de problemas de seguridad mismas que se ponen a consideración en el Cuadro 3.

Cuadro 3. Causas raíz que generaron problemas de seguridad en los estudios realizados por el IMSS, AMSP y CONAMED.

Causas raíz de los problemas de seguridad	
1ª	Falta de seguridad en los traslados de pacientes
2ª	Omisión del lavado de manos
3ª	Omisión en la identificación correcta del paciente
4ª	Incumplimiento de los procedimientos normados para la atención segura del paciente
5ª	Integración deficiente u omisión en la integración del expediente clínico
6ª	Información insuficiente al paciente y familiares
7ª	Desconocimiento por el paciente y familiares de la identidad del médico tratante
8ª	Desconocimiento del reglamento del hospital por pacientes y familiares
9ª	Falta de información al médico de las alergias o reacciones adversas por medicamentos o transfusiones
10ª	Falta de un sitio en el hospital donde recibir atención en caso de dudas o inconformidades

III. Discusión

Análisis y validación de las propuestas de los actores respecto a la prevención de los eventos adversos y a las acciones por realizar.

En los procesos de mejora continua de la calidad de la atención médica y del auto-cuidado de la seguridad del paciente, los tres actores principales: el paciente y sus familiares por una parte, personal de salud por otra y cuerpo directivo por la otra, se encuentran involucrados estrechamente:

- El cuerpo directivo, como responsable de la calidad y seguridad, con que se otorgan los servicios en la unidad médica a su cargo, debe proveer los recursos necesarios para que esto sea factible, en beneficio tanto de los pacientes, como del personal. Así mismo está comprometido a emitir, difundir y evaluar el cumplimiento de las normas, los instructivos y los manuales de procedimientos, que se requieran para otorgar una atención médica, dentro de los más altos estándares de calidad.
- El personal es responsable de un desempeño con competencia profesional y conforme a la normatividad vigente; requiere las guías normativas y los insumos necesarios, para cumplir el compromiso con los pacientes y con el cuerpo directivo, de otorgar una atención con alta calidad y eficiencia, dentro de los estándares vigentes; rendir las cuentas pertinentes a ambos, requerir de la participación del paciente en el cuidado de su salud y en el cumplimiento de sus indicaciones.
- El paciente y sus familiares que esperan recibir una atención de calidad y con todos los recursos necesarios para lograrla, con el apoyo de un personal comprometido, con la competencia profesional necesaria para otorgarla y participante en el cuidado de su seguridad, al mismo tiempo que está comprometido a cumplir con los compromisos propios que les corresponden, en cuanto a enterarse de su padecimiento y de su tratamiento, cumplir las indicaciones así como solicitar al personal el cumplimiento de los suyos.

Para que se logre la calidad y seguridad deseadas, los tres actores deben interactuar en forma armónica, pues en caso de faltar uno de ellos, el proceso no sería exitoso. Durante el estudio de las posiciones y planteamientos de los tres actores, respecto al problema de los eventos adversos, detectando los problemas y necesidades y elaborando propuestas por implementar, se analizó la perspectiva de los diferentes protagonistas del proceso de atención médica, como son médicos y personal de salud, pacientes y sus familiares y directivos de las instituciones, como parte esencial para integrar las “Recomendaciones”. Es necesario tener en cuenta que debe existir apoyo asistencial adicional para grupos vulnerables como: pacientes inmunocomprometidos, ancianos, enfermos graves o en estado terminal, niños, grupos étnicos marginados, minusválidos y cualquier persona que lo requiera.

Existe riesgo de oposición del personal de salud al sentirse “vigilado” por los propios pacientes, para lo cual

probablemente contarán con el apoyo de sus sindicatos, problema que habrá que atender y negociar en su momento. Es muy probable, como lo mencionaba Juan Siso en el reciente Simposio 2007 CONAMED,²¹ “que el paciente no se atreva a solicitarle a su médico que se lave las manos antes de atenderlo, o al camillero que le coloque los barandales a la camilla antes de trasladarlo; sin embargo en la medida en que todos conocen el compromiso que cada uno de ellos tiene que cumplir, sería de esperar que esto se dé en forma espontánea y progresiva, y que cuando el paciente se decida a hacerlo, siempre sea con respeto y consideración”.

En la interacción de pacientes y familiares, es importante que dentro del Hospital exista un lugar específico, conocido por ellos, donde el paciente pueda presentar sus quejas e inconformidades, que permita a los directivos y al personal tomar medidas inmediatas, antes que surja una queja o una demanda fuera del Hospital, con pocas posibilidades de resolver el problema a tiempo y sin daño para todos. En CONAMED se tiene la experiencia de que la mayor parte (90%) de las quejas, se resuelven con información y diálogo.¹⁹⁻²⁰

Tanto en el Hospital Central Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional, como en el Hospital Juárez, la investigación realizada permitió a los cuerpos de gobierno identificar áreas de oportunidad, para mejorar la calidad y la seguridad en la atención a los pacientes. La mejora esperada estará sujeta a ser evaluada para confirmar la utilidad del Plan.

A partir de los resultados obtenidos, se han desarrollado “Recomendaciones” para el personal, pacientes y sus familiares y directivos de los hospitales, de aplicación general, tendentes a mejorar la calidad y seguridad en la atención de los pacientes hospitalizados. Será necesario llevar a cabo actividades educativas, organizacionales y directivas, que permitan monitorear la aplicación de estas “Recomendaciones” por cada uno de los actores; reconocer y resolver las dificultades no previstas, para evaluar y mejorar continuamente los procesos de atención.

El plan de acción se hace concreto mediante la integración y difusión de las recomendaciones correspondientes, seguidas de la capacitación continua a pacientes y familiares, personal y directivos para su aplicación permanente.

IV. Recomendaciones para la Coparticipación del paciente y sus familiares en el cuidado de su seguridad en el hospital

En su conjunto, estas Recomendaciones, dirigidas al personal de salud, a los pacientes y familiares y a los directivos de las instituciones de salud, integran el “Plan para la coparticipación del paciente y sus familiares en el cuidado de la seguridad del paciente”, cuya finalidad es la prevención de eventos adversos durante la atención médica, a través de fomentar y dirigir la participación comprometida de todos los actores.

A) Recomendaciones para el Personal de Salud.

En atención a las premisas establecidas como resultado de la revisión bibliográfica, presentada en los cuadros previos, estas recomendaciones se integraron con el propósito de informar al personal de salud que presta cuidados a los pacientes, sobre las acciones que son su responsabilidad primaria en la prevención de los eventos adversos, desde la identificación correcta del paciente, la prevención de eventos adversos y la información que debe otorgarle.

1ª. El personal de salud en general y el médico tratante en lo particular, deberán presentarse con el paciente y familiares, indicando su nombre, cargo y funciones que realizarán durante el proceso de atención.

En cuanto se inicie el proceso de atención, tanto el médico, como la enfermera o cualquier otra persona participante en el equipo de salud, deberán presentarse con el paciente por nombre, apellido, cargo y funciones que desempeñarán durante el proceso de atención bajo su responsabilidad. Este es el mejor momento para iniciar una comunicación abierta con el paciente, como base para establecer una relación médico-paciente o enfermera-paciente de mutua confianza.

2ª. Lavarse las manos antes y después de atender al paciente y utilizar en el proceso de atención material nuevo, desechable o esterilizado.

Está demostrado y documentado que son las manos del personal que atiende a los pacientes, la principal vía de transmisión de las infecciones hospitalarias; como consecuencia de ello es obligado que el médico y la enfermera en particular, y el personal de salud en general, practiquen el lavado de manos, conforme a la normatividad vigente, antes de iniciar la atención del paciente, con el propósito de prevenir la transmisión de gérmenes patógenos, que hubieran adquirido durante la atención a otros pacientes o en áreas contaminadas. También es necesario lavarse las manos después de atender al paciente, puesto que se pudieron haber contaminado al otorgar la atención y estarían en condiciones de transmitir esa contaminación al material, equipo o inclusive a la perilla de la puerta, siendo así transmisores de una infección hospitalaria. Está establecido que el material médico desechable debe utilizarse únicamente una vez y es inconveniente su reesterilización, puesto que en caso de ser ésta deficiente, propiciaría la transmisión de infecciones. Por otra parte, habrá que tener en cuenta que el material desechable no está preparado para soportar procesos de esterilización, con lo cual podría sufrir daños y dar lugar a errores y eventos adversos.

3ª. Verificar que se cuenta con los recursos de seguridad, antes de trasladar un paciente en cama o camilla. Dichos recursos de seguridad comprenden: barandales, piesera, cabecera y correas de sostén y su aplicación.

Dentro de los registros de eventos adversos, el que sistemáticamente se presenta con mayor frecuencia es la caída de pacientes, bien sea durante su traslado en camilla o silla de ruedas, como al caerse o intentar bajar de su cama, o en los baños de pacientes. Deberá estar previsto que la cama del paciente cuente con barandales, piesera y cabecera y que no deberá trasladarse a un paciente en camilla o silla de ruedas, si las camillas no cuentan con barandales, piesera, cabecera y correa para sostener al paciente y las sillas de ruedas, con soportes para apoyar los pies y cinturón para sostenerlo. Los baños de pacientes tanto en el domicilio de los pacientes como en el hospital, representan riesgo de caídas, por lo cual invariablemente deberán contar con pisos antiderrapantes y barras para el sostén de los pacientes, al levantarse del excusado o sostenerse durante el baño personal.

4ª. Otorgar a cada paciente, una pulsera en la muñeca derecha y una tarjeta de identificación en la cabecera de su cama, que indiquen su nombre, el de su médico tratante, su grupo sanguíneo y factor Rh, alergias y reacciones graves por medicamentos.

Es importante que los medios de identificación, incluyendo pulsera, tarjeta de la cabecera de la cama, así como expediente clínico cuenten con información relevante como: nombre del paciente, cédula de registro, número de cama, nombre del médico tratante, principales alergias, antecedentes de reacciones graves a medicamentos, grupo sanguíneo y factor Rh.

5ª. Confirmar la identidad del paciente antes de realizar cualquier procedimiento: verbalmente, con la pulsera de identificación, la tarjeta de la cabecera y/o el expediente clínico.

Con frecuencia se menciona que debe practicarse el procedimiento correcto en el paciente correcto, en el momento correcto, del lado corporal correcto y por el médico correcto. Un elemento fundamental para cumplir con esta premisa es la identificación correcta del paciente. Para ello, deberá disponerse de elementos de verificación con certeza absoluta, que van desde preguntarle al paciente su nombre y apellidos; cotejar la relación de programación, con la pulsera y con la tarjeta de identificación de la cabecera de la cama y con el expediente clínico. Esta identificación es particularmente importante antes de practicar una cirugía, administrar una transfusión sanguínea, administrar un medicamento o entregar un recién nacido y no es susceptible de aceptar márgenes de error.

6ª. Elaborar para cada paciente, un expediente clínico personal, conforme a los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana NOM-SSA1-168, del Expediente Clínico.

Cada paciente debe contar invariablemente con un expediente clínico, donde se encuentren registrados: datos precisos de identificación, historia clínica, notas de evolución, resultados de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, notas y registros de enfermería, conforme a la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico (NOM-SSA1-168). El expediente clínico, además de constituir un componente fundamental de calidad de la atención médica, representa un elemento indispensable en la seguridad del paciente, donde quedan registrados los procedimientos realizados y su justificación, para el conocimiento del personal médico y paramédico que requiera consultarlo, para mejorar la toma de decisiones y para dar respuesta a inconformidades, quejas y demandas.

7ª. Informar al paciente y familiares sobre padecimiento, tratamiento y de los procedimientos que se le realizarán, responder a sus preguntas, aclarar sus dudas y solicitarle que autorice con su firma la práctica de cualquier procedimiento que represente riesgo para él.

Es responsabilidad primaria del médico tratante y en segunda instancia del personal médico y paramédico que colabora con él, mantener permanentemente informado al paciente y en su caso a sus familiares, acerca de su estado de salud, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se realizarán y su justificación, recabando en casos que impliquen riesgo, su consentimiento por escrito e informándole de sus resultados; informar del tratamiento que se esté administrando y con particular importancia del pronóstico. En caso de que el paciente manifieste dudas sobre lo informado, responderle a satisfacción; cuando el paciente o su familia decidan no otorgar su consentimiento para algún procedimiento, informarle sobre los riesgos y las opciones disponibles, haciéndole saber que al negarse deberá hacerlo por escrito y asumir la responsabilidad correspondiente.

8ª. Capacitarse en habilidades educativas y de comunicación, que le permitan promover la reflexión de los pacientes y familiares, para lograr la adherencia terapéutica y la coparticipación.

B) Recomendaciones para Pacientes y Familiares.

Los compromisos que pueden asumir el paciente y sus familiares, además de solicitarle al personal el cumplimiento de los que les corresponden, para mejorar su seguridad y facilitar la actuación del personal, inician desde presentarse con su médico y personal de salud, conocer y cumplir el reglamento del hospital, informarse sobre su problema de salud y la atención que está recibiendo, la

mejor forma de participar con el médico y el personal de salud y en forma prioritaria el cumplimiento de las indicaciones del médico.

1ª. Conocer a su médico, plantear sus dudas, atender a sus respuestas y cumplir sus indicaciones.

El paciente y su familiar, deben hacer lo necesario para conocer a su médico tratante, presentarse con él e identificarlo por su nombre; este es un momento propicio para establecer una relación médico paciente de mutuo respeto y confianza. Es responsabilidad del paciente y sus familiares plantear sus dudas al médico, atender a sus respuestas y cumplir con sus indicaciones.

2ª. Presentarse por su nombre y apellido y mostrar su pulsera de identificación.

Al acudir a un servicio para la realización de una consulta, un procedimiento diagnóstico o terapéutico o la práctica de una intervención quirúrgica, el paciente consciente deberá identificarse con el personal que lo recibe o le otorgará la atención, señalando su nombre completo, número de cama y servicio que lo envía, mostrando su pulsera de identificación.

3ª. Conocer el reglamento del hospital y respetarlo.

El paciente y sus familiares, tienen la responsabilidad de conocer y aplicar las disposiciones contenidas en el Reglamento del Hospital, en beneficio propio y de una operación armónica en beneficio de todos los pacientes y el personal. En caso de que no les hubiera sido proporcionado a su ingreso, deben solicitarlo a su médico o trabajadora social, enterarse de su contenido y cumplirlo.

4ª. Preguntar a su médico, sobre su padecimiento, medicamentos y posibles efectos indeseables, así como sobre cuidados y signos de alarma.

Es responsabilidad del paciente y sus familiares enterarse de su padecimiento, su evolución, los estudios que se le practicarán y los resultados de los ya practicados, así como de su pronóstico; sobre los medicamentos que está recibiendo, sus posibles efectos secundarios y signos de alarma, la conducta a seguir en caso de problemas y estar en condiciones de informar en caso de reacciones adversas.

5ª. Informar a su médico tratante sobre incumplimiento de las medidas para la seguridad.

El paciente y su familia, deben estar enterados tanto de sus compromisos para participar en el cuidado de su seguridad durante su estancia hospitalaria, como

de los compromisos correspondientes al personal de salud y directivos, todo ello a través del tríptico colocado por arriba de la cabecera de su cama. En caso de que las medidas de seguridad no se estuvieran cumpliendo, debe informarlo en primera instancia a su médico tratante solicitándole su intervención y participación y, en su defecto, presentar su inconformidad en el sitio y con la persona que el hospital hubiera determinado para ello, teniendo derecho a ser atendidos y que se les resuelva el problema.

6ª. Participar con el médico y el personal de salud en sus cuidados y recuperación, mediante el cumplimiento de sus instrucciones.

El paciente y sus familiares son corresponsables de participar con el médico y el personal de salud en sus cuidados y en la recuperación de su salud, mediante una participación comprometida y el cumplimiento de las indicaciones que se les hubieran dado.

7ª. Tratar con consideración y respeto a todo el personal de salud.

Durante su relación con el personal de salud y particularmente durante la relación médico paciente, tanto este último como sus familiares, deben tener en cuenta que se trata de profesionales que tienen la misión de contribuir a satisfacer sus necesidades de salud, con calidad, eficiencia y seguridad, por lo cual merecen ser tratados con la debida consideración y respeto.

C) Recomendaciones para Directivos.

Para que las acciones anteriores puedan llevarse a cabo, es necesario el apoyo decidido de la Dirección del Hospital, mediante la determinación y aplicación de las políticas de seguridad conducentes, de la disponibilidad de documentos normativos e instructivos dirigidos a garantizar la seguridad de los pacientes, de su difusión y aplicación por el personal, así como, la supervisión del Cuerpo Directivo que garantice su cumplimiento, a través de la provisión de los recursos y de las facilidades necesarias que permitan la aplicación de las medidas de seguridad.

1ª. Promover el cumplimiento del lavado de manos por el personal de salud antes y después de atender a los pacientes, proveer las facilidades e insumos necesarios para ello y supervisar el cumplimiento de esta norma.

Como parte importante dentro de las responsabilidades del cuerpo directivo de un hospital, está el seguimiento del Programa para la Identificación, Prevención y Control de las Infecciones Hospitalarias, tanto por la relevancia que tiene en los diferentes procesos de evaluación y certificación de hospitales, como por ser uno de los más representativos de la calidad con

que se otorgan los servicios. Por otra parte, las infecciones hospitalarias están consideradas como uno de los eventos adversos con mayor relevancia, que ocurren en los hospitales, tanto por su frecuencia, como por la gravedad que pueden llegar a desarrollar. Siendo que el lavado sistemático de las manos del personal es el elemento principal para la prevención de las infecciones adquiridas en el hospital, está bajo su responsabilidad garantizar su práctica sistemática; para ello, se deberá proveer las facilidades e insumos necesarios para ello, difundir la normatividad vigente y supervisar su cumplimiento.

2ª. Implantar un sistema de seguridad para prevenir caídas de pacientes y proveer el equipo requerido para ello, durante los traslados, en los baños y sanitarios de pacientes, incluyendo: barandales, pieseras, cabeceras, correas para sostén, pisos antiderrapantes y barras para sostén y verificar que se utilicen.

Teniendo en cuenta que en las diferentes estadísticas, las caídas de paciente, son el evento adverso más frecuente y que puedes llegar a ocasionar un daño permanente o la muerte del paciente, con la consiguiente responsabilidad profesional, es necesario que los hospitales cuenten con las facilidades necesarias para su prevención. Dentro de estas facilidades deberá contarse con barandales, piesera, cabecera y correas para el sostén del paciente en camas y camillas de traslado, soporte para los pies y cinturón para prevenir caídas en las sillas de ruedas; banco de altura para que el paciente pueda descender de la cama; pisos antiderrapantes y barras para sujetarse en los sanitarios y en los baños de pacientes.

3ª. Implantar un sistema de identificación de pacientes y proveer los insumos necesarios para la elaboración de pulseras y tarjetas de identificación en la cabecera de las camas y verificar que se utilicen.

Los errores en la identificación de los pacientes puede dar lugar a eventos adversos particularmente graves, situación determinante de la necesidad de contar con sistemas de identificación libres de fallas. Es indispensable la implantación de un sistema de identificación, aplicable a través de pulseras, tarjetas de identificación y expediente clínico, con lectores ópticos, código de barras o lo que se considere conveniente, proveer los recursos necesarios para su implantación y asegurarse de su cumplimiento estricto.

4ª. Garantizar que cada paciente cuente con un expediente clínico propio y que este, se utilice conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-SSA1-168, Del Expediente Clínico.

Es responsabilidad del cuerpo directivo de los hos-

pitales, proveer los recursos necesarios y la normatividad correspondiente, para que cada paciente cuente con un expediente clínico propio, bien sea por escrito o a través de un sistema computarizado; debidamente integrado conforme a la NOM SSA1-168 del Expediente Clínico. Para asegurar su calidad, el cuerpo directivo es responsable de que exista un Comité de Evaluación del Expediente Clínico que asuma esta responsabilidad.

5ª. Disponer la organización y funcionamiento de una instancia responsable de la identificación, prevención, registro y seguimiento de los eventos adversos y acceso a pacientes y sus familiares, para aclarar sus dudas o presentar sus quejas e inconformidades.

Es necesario que en los hospitales exista un Comité de Calidad, con la denominación que se considere pertinente, que se ocupe de evaluar y promover la calidad y eficiencia con que se otorga la atención médica; identificación, prevención, registro y seguimiento de los eventos adversos y asegurar la existencia de una instancia con acceso para los pacientes y familiares, para aclarar las dudas que no les hubiera aclarado el médico tratante o el jefe del servicio donde recibe atención, así como presentar sus inconformidades y quejas por los servicios recibidos.

6ª. Proveer los recursos y las facilidades necesarias, para que el paciente y sus familiares puedan conocer el reglamento de operación del hospital y estén en condiciones de cumplirlo.

Bajo la responsabilidad del cuerpo directivo, el hospital debe contar con ejemplares suficientes del Reglamento del Hospital, para ser entregado a cada uno de los pacientes que ingresan al hospital o a su familiar acompañante, asegurarse de su disponibilidad y de que se entreguen en forma sistemática a todo paciente que ingrese o a su familiar, con el propósito de orientar su desempeño y evitar problemas para los pacientes y trabajadores de la salud.

7ª. Garantizar que en las áreas operativas se cuente con los documentos normativos, instructivos de operación y manuales de procedimientos que se requieran para prevenir las fallas de seguridad; asegurarse de su conocimiento por el personal y supervisar su cumplimiento.

Uno de los principales elementos con capacidad para generar eventos adversos, es la carencia o insuficiente disponibilidad de normas, instructivos, manuales de organización y manuales de procedimientos que regulen y den uniformidad a los procedimientos con el propósito de que se realicen conforme a los estándares previstos y prevenir riesgos, fallas y eventos adversos. Es responsabilidad del cuerpo directivo, obtener los documentos normativos correspondientes y

elaborar los que sean de su competencia, difundirlos, asegurarse de que el personal los conozca y supervisar su cumplimiento.

Vale la pena hacer énfasis en que una vez integrado el tríptico con estas recomendaciones dirigidas a los principales participantes del acto médico (Anexo 2) y colocado en la cabecera de la cama del paciente, a través de él, cada uno de los actores responsables de la seguridad del paciente, estará enterado de las responsabilidades que le corresponden y de las que corresponden a los otros dos actores; además, cada uno de ellos está consciente de que los otros dos, también están enterados y que la mejor forma de prevenir los eventos adversos y por ende, los conflictos, es cumplir cada quien con la propia responsabilidad.

V. Conclusiones

Si tenemos en cuenta que la Misión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico señala: "... promueve la prestación de servicios de calidad y contribuye con la seguridad de los pacientes", su Política de Calidad que indica "... impulsar mecanismos de mejora continua de la calidad de la atención..." y su objetivo: "Retroalimentar al Sistema Nacional de Salud con los resultados de la investigación y el análisis de la queja, para contribuir a mejorar la calidad de la atención médica", como punto de partida para la prevención de los eventos adversos, a través de la identificación de los problemas que afectan la calidad de la atención, la generación de acciones de mejora de la calidad de la atención y finalmente a través de contribuir a resolver las controversias entre pacientes y prestadores de servicios. Como una línea de trabajo para lograr los objetivos institucionales y concretar estas acciones en propuestas factibles que permitan resolver los problemas y necesidades mencionados, se propone este "Plan para la participación del paciente y sus familiares en el cuidado de la seguridad del paciente", que busca prevenir la presentación de eventos adversos, mediante la participación comprometida de todos los actores: los pacientes y sus familiares, el personal de salud y la Dirección del Hospital.

Es importante contar con una participación multidisciplinaria de los profesionales de la salud, en virtud de que el "Auto-cuidado" representa una capacidad que debe ser desarrollada en los pacientes, para lo cual, se requieren intervenciones médicas, psicológicas, sociales y culturales, tanto de manera transversal como acompañamiento longitudinal durante la hospitalización y la convalecencia en casa, extendiéndose a lo largo de la vida en el caso de padecimientos crónicos.

El desarrollo del Plan constituye la primera fase de una línea de investigación institucional, que se encuentra orientada a la Educación para la Salud de los pacientes, a partir del modelo de investigación cualitativa denominada "investigación-acción", el cual representa una espiral continua: diagnóstico de la necesidad percibida de

cambio-propuesta-aplicación-reevaluación diagnóstica.

La participación de cada uno de los actores (personal, paciente y familiares y Dirección del Hospital) se llevará a cabo a través de acciones que deberán ser difundidas entre el personal, el paciente y sus familiares, colocándolas en un tríptico en la cabecera de la cama de los pacientes, con anuencia del Cuerpo Directivo y a la vista tanto del personal, como de los pacientes. Antes de su hospitalización y al hospitalizarse, deberá informarse a los pacientes y sus familiares, acerca de su compromiso para participar en el cuidado de su seguridad, aquellas que el personal de salud está comprometido a realizar y que ellos estarán en posibilidad de requerir su cumplimiento. Para ello se pretende otorgarles capacitación específica, antes y durante el proceso de ingreso, haciendo énfasis que la solicitud deberá ser respetuosa y amable.

En una fase posterior, el Plan se complementará con la realización de un proyecto de investigación que permita validar su utilidad, mismo que incluirá una premedición, seguida de la intervención educativa, caracterizada por la capacitación al personal y difusión a pacientes del "Plan para la coparticipación del paciente y sus familiares en el cuidado de su seguridad"; después de seis meses, se realizará una postmedición, con el propósito de conocer el impacto logrado en la disminución de los eventos adversos como consecuencia de las medidas tomadas.

En la medida que los resultados de la aplicación del Plan permitan una mejor calidad de la atención médica, con disminución significativa de los eventos adversos, así como de las quejas y demandas, tanto en número como en gravedad, se propondrá su implantación en el Sistema Nacional de Salud, con carácter normativo, a través de la Secretaría de Salud, del Consejo de Salubridad General, que sería el responsable de su evaluación a través del proceso de Certificación de Hospitales.

El "Plan para la participación paciente y sus familiares en el cuidado del paciente seguridad" no ofrece una respuesta final y definitiva para evitar los eventos adversos, sino que propicia la corresponsabilidad del paciente con los profesionales de la salud, para que mediante el diálogo y la participación, se aporten soluciones a estos problemas.

VI. Referencias

1. Ruiz de Chávez M, Martínez-Narváez G, Calvo-Ríos JM, Aguirre-Gas H et al. Bases para la evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud. Salud Pública Méx. 1990; 32: 156-69.
2. Secretaría de Salud. Dirección General de Planeación, Información y Evaluación. Manual para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud. México: Secretaría de Salud; 1994.
3. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Evaluación. Manual de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. México: Secretaría de Salud; 1992.
4. Aguirre-Gas H. Calidad de la Atención médica. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. México: Noriega; 2002.
5. Secretaría de Salud. Plan Nacional de Salud 2001-2006. Cruzada por la calidad de la atención. México: Secretaría de Salud; 2001.
6. Consejo de Salubridad General. Comisión Nacional para la Certificación de Establecimientos de Atención a la Salud. Certificación de Establecimientos de Atención a la Salud. México: Consejo de Salu-

- bridad General; 1999.
7. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To err is human: Building a safer health system. Washington D. C: National Academy Press; 2000.
 8. US Department of Health, Education and Welfare. Centers for Disease Control, Course: Surveillance, Prevention and Control of Nosocomial Infections. Atlanta, Georgia, November 1-9, 1976.
 9. Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional. Reglamento del Comité de Control de Antimicrobianos. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 1979.
 10. Aguirre-Gas H, Lifshitz-Guinsberg A, López-Bárceñas J, Haua-Kuri J, Vergara-Sedeño L, Díaz-López A. La contaminación bacteriana del paciente hospitalizado. Bol Med IMSS. 1979; 21: 65.
 11. Aguirre-Gas H, Cabrera-Hidalgo J. Elección del antimicrobiano en el tratamiento de las infecciones hospitalarias. Rev Med Int Mex. 1979; 16: 1.
 12. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas. Instructivo de Organización y Procedimientos del Comité de Detección, Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 1984.
 13. O'Connor A, Stacey D, Légaré F. Supporting Patients' Participation in Decision Making. En: Montory VM. Evidence Based Endocrinology. Ottawa (Canada): Humana Press; 2007.
 14. Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina. Washington D. C: OPS; 2006.
 15. Heatlie M. La Queja Médica en Estados Unidos de Norte América. En Memorias del Simposio 2007 CONAMED. "La queja, instrumento indispensable para la mejora de la calidad en la atención de los servicios de salud". México: CONAMED, 2008. P.35-48.
 16. Aguirre Gas H. Plan para el autocuidado de la seguridad del paciente. Rev CONAMED 2008; 13: 6-14.
 17. Huerta-Hernández D, Flores-Torres A, Del Castillo-López LO, Valenzuela-Ponce MR, Rodríguez-Suárez FJ, Fajardo-Dolci GE. Programa para implantar el Plan para el autocuidado de la seguridad y responsabilidad del paciente: "Juntos por tu salud" en el Hospital Central Militar. Rev CONAMED. México 2009; 14: 5-18.
 18. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas. Unidad de Atención Médica. Registro de Eventos Adversos en el Instituto Mexicano del Seguro Social. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2006.
 19. Aguirre-Gas H, Campos-Castolo M, Carrillo-Jaimes A, Zavala Suárez E, Fajardo-Dolci G. Análisis crítico de las quejas CONAMED, 1996-2007. Rev CONAMED 2008; 13: 5-16.
 20. Fajardo-Dolci GE, Hernández-Torres F, Santacruz-Varela J, Hernández-Ávila M, Kuri-Morales P, Gómez-Bernal E. Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007. Salud Pública Mex 2009. 51(2): 119-125.
 21. Siso-Martín J. La queja Médica en España. Memorias del Simposio 2007 CONAMED. "La queja, instrumento indispensable para la mejora de la calidad en la atención de los servicios de salud". México: CONAMED, 2008. p.19-28.

Anexo 1. Modelos de intervención en salud para fomentar el Auto-cuidado de los Pacientes.

A) Modelo "Rueda del Cambio" (Modelo transteórico)

Plantea un proceso dinámico de la modificación de conductas con una serie de etapas, cada una preparatoria para la subsecuente, que predisponen a la persona al cambio, en mayor o menor grado. En este modelo, si se pasa de una etapa a otra sin lograr el cambio, puede haber recaídas. Las recaídas, empero, no se consideran un fracaso, sino una fase normal dentro del proceso de cambio.

Etapa/ Motivación	Características	Indicadores	Metas
Pre-contemplación ▪ No pretende cambiar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No hay interés para modificar la conducta. ▪ Sensación de falta de eficiencia y habilidades para realizar el cambio. ▪ Normalmente las personas que se encuentran en esta etapa no han experimentado efectos adversos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitación (Elusión) ▪ Rebeldía ▪ Resignación ▪ Racionalización "de algo he de morir" 	Sensibilizar al respecto a la necesidad y beneficios del cambio de conducta
Contemplación ▪ Pretende cambiar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conciencia de utilidad de cambiar la conducta. ▪ Sensación de falta de habilidades para realizarla. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambivalencia ▪ Cronificación del comportamiento ▪ Conciencia del comportamiento problemático "tendría que hacer más ejercicio pero....." 	Motivar al cambio de conducta
Preparación ▪ Intentará cambiar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conciencia de necesidad de cambiar. ▪ Decisión de cambiar de conducta. ▪ Temor de fallar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informa de pequeños cambios ▪ Se siente preparado para el cambio "me voy a ir caminando todos los días" 	Incentivar el desarrollo y ejecución de un plan de acción
Acción ▪ Ha cambiado con éxito	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realización del cambio de conducta. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Decisión para actuar ▪ Modificación de experiencias, comportamiento y entorno ▪ Compromiso de tiempo y energía "estoy caminando todos los días" 	Incentivar el desarrollo y ejecución de un plan de acción
Mantenimiento ▪ Mantienen resultados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incorporación de la conducta como hábito de vida, luego de 6 meses de la conducta adaptada 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabaja para prevenir recaídas ▪ Consolida resultados ▪ Nuevo estilo de vida ▪ Aprende a manejar crisis "Aunque no vaya a trabajar camino 30 minutos" 	Monitorear logro y retomar proceso de cambio en caso de recaída

B) Modelo PRECEDE. Es una herramienta que nos permite identificar los factores en favor o en contra para lograr un cambio de conducta

Factores	Descripción
Predisponentes	<p>Son los aspectos que influyen en la motivación para que el paciente adopte la conducta que se desea promover e incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Información (cuánto sabe de su enfermedad o de la que se pretende prevenir). ▪ Actitudes (cómo percibe el riesgo, si se siente capaz de realizar dicha conducta). ▪ Valores y creencias sobre los que se desea influir.
Facilitadores	<p>Son los recursos que facilitan la adopción de la conducta, una vez que ya existe motivación, y se expresa en el desarrollo de habilidades y destrezas del paciente (manejo de glucómetro); así como las guías o manuales, la comunicación con profesionales y familiares y los servicios especializados ofrecidos por centros y programas comunitarios.</p>
Reforzantes	<p>Son los aspectos que son consecuencia de que el paciente haya realizado la conducta, por ejemplo, premios o sanciones provenientes de otras personas significativas (reconocimiento o rechazo) y/o respuestas físicas o emocionales del propio paciente (bienestar físico, tranquilidad, dolor).</p>

Anexo 2. Recomendaciones para la coparticipación del paciente y sus familiares en el cuidado de su seguridad en el hospital

A) Recomendaciones para la Seguridad del paciente que son responsabilidad del personal de salud

1ª	El personal de salud en general y el médico tratante en lo particular, deberán presentarse con el paciente y familiares, indicando su nombre, cargo y funciones que realizarán durante el proceso de atención.
2ª	Lavarse las manos antes y después de atender al paciente y utilizar en el proceso de atención material nuevo, desechable o esterilizado.
3ª	Verificar que se cuenta con los recursos de seguridad, antes de trasladar un paciente en cama o camilla. Dichos recursos de seguridad comprenden: barandales, piesera, cabecera y correas de sostén y aplicarlos. En los baños de pacientes deberán existir pisos antiderrapantes y barras de sostén para pacientes, ancianos y discapacitados.
4ª	Otorgar a cada paciente, una pulsera en la muñeca derecha y una tarjeta de identificación en la cabecera de su cama, que indiquen su nombre, el de su médico tratante, su grupo sanguíneo y Rh, alergias y reacciones graves por medicamentos.
5ª	Confirmar la identidad del paciente antes de realizarse cualquier procedimiento: verbalmente, con la pulsera de identificación, la tarjeta de la cabecera y/o el expediente clínico.
6ª	Elaborar para cada paciente, un expediente clínico personal, conforme a la Norma Oficial Mexicana SSA1-168, del expediente clínico.
7ª	Informar al paciente y familiares acerca de su padecimiento, de su tratamiento y de los procedimientos que se le realizarán, responder a sus preguntas, aclarar sus dudas y solicitarle que autorice con su firma la práctica de cualquier procedimiento que represente riesgo para él.
8ª	Capacitarse en habilidades educativas y de comunicación que le permitan promover la reflexión de los pacientes y familiares, para lograr la adherencia terapéutica y la coparticipación.

B) Recomendaciones para la seguridad del paciente que son responsabilidad del paciente y su familia

1^a	Conocer a su médico, identificarlo por su nombre, plantearle sus dudas, atender a sus respuestas y cumplir sus indicaciones.
2^a	Al acudir a un servicio para la realización de una consulta, un procedimiento diagnóstico o terapéutico o una intervención quirúrgica, el paciente debe presentarse por su nombre y apellido y mostrar su pulsera de identificación.
3^a	Conocer el reglamento del hospital y respetarlo, tanto los pacientes como sus familiares.
4^a	Preguntar a su médico sobre su padecimiento, los medicamentos que está recibiendo, los cuidados que debe tener, posibles efectos indeseables y signos de alarma, para estar en condiciones de identificar reacciones adversas y avisar oportunamente.
5^a	Informar al médico tratante sobre el incumplimiento de las medidas para la seguridad, para su atención y prevención de riesgos para sí mismo y para otros pacientes. El paciente o sus familiares, podrán presentar su inconformidad, en el sitio y con la persona, que el hospital hubiera determinado para ello, teniendo derecho a ser atendidos.
6^a	Participar con el médico y el personal en sus cuidados y en la recuperación de su salud, mediante el cumplimiento de sus instrucciones.
7^a	Tener presente que el médico y el personal de salud, son profesionales dedicados a satisfacer sus necesidades de salud y por ello merecen ser tratados con la debida consideración y respeto.

C) Recomendaciones para la seguridad del paciente que son responsabilidad de la dirección del hospital

1^a	Promover el cumplimiento del lavado de manos por el personal de salud antes y después de atender a los pacientes, proveer las facilidades e insumos necesarios para ello y supervisar el cumplimiento de esta norma.
2^a	Implantar un sistema de seguridad para prevenir caídas de pacientes y proveer el equipo requerido para ello, durante los traslados, en los baños y sanitarios de pacientes, incluyendo: barandales, pieseras, cabeceras, correas para sostén, pisos antiderrapantes y barras para sostén y verificar que se utilicen.
3^a	Implantar un sistema de identificación de pacientes y proveer los insumos necesarios para la elaboración de pulseras y tarjetas de identificación en la cabecera de las camas y verificar que se utilicen.
4^a	Garantizar que cada paciente cuente con un expediente clínico propio y que éste se utilice conforme a la norma oficial mexicana SSA 1-168 del expediente clínico.
5^a	Disponer la organización y funcionamiento de una instancia responsable de la identificación, prevención, registro y seguimiento de los eventos adversos y acceso a pacientes y sus familiares, para aclarar sus dudas o presentar sus quejas e inconformidades.
6^a	Proveer los recursos y las facilidades necesarias, para que el paciente y sus familiares puedan conocer el reglamento de operación del hospital y estén en condiciones de cumplirlo.
7^a	Garantizar que en las áreas operativas se cuente con los documentos normativos, instructivos de operación y manuales de procedimientos que se requieran para prevenir las fallas de seguridad; asegurarse de su conocimiento por el personal y supervisar su cumplimiento.