

# Plan para el autocuidado de la seguridad del paciente

## *Patient safety: guideline for patient self-care*

Dr. Héctor Aguirre-Gas<sup>1</sup>

### Resumen

*Introducción.* Para lograr que el paciente y su familia se interesen y se involucren en el autocuidado de su seguridad, es necesario informarles sobre cuál es su responsabilidad en ello y cuáles son los aspectos que deben observar y comentar con los prestadores de los servicios.

*Material y métodos.* Investigación cualitativa del tipo investigación-acción participativa.

*Resultados.* Se identificó a los principales actores involucrados en la autoseguridad de los pacientes, las interacciones que ocurren entre ellos, las recomendaciones que hace la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes de la Organización Mundial de la Salud, las causas raíz que generan los eventos adversos prevenibles y la forma en que el paciente y sus familiares, pueden participar para mejorarla.

Se propone un Plan de Autocuidado de la Seguridad del Paciente, el cual contiene la información necesaria que indique las responsabilidades del propio paciente y su familia, las del personal y las de la dirección del Hospital.

*Conclusiones.* El proyecto continuará con la difusión del Plan de Autocuidado de la Seguridad del Paciente entre pacientes y familiares, para verificar su aplicación y evaluar sus resultados. *Rev CONAMED. 2008; 13: 6-14.*

*Palabras clave.* Seguridad del paciente, eventos adversos, autocuidado de la salud, calidad de la atención médica.

### Abstract

*Introduction.* In order to meet the goal that the patients and their families will be interested and become involved in their self security, it is necessary to inform them about their responsibilities and which are the aspects that they will must take care in the lenders of the services.

*Material and methods.* Qualitative research, based in participative-research action.

*Results.* We have identified the principal actors involved in patients self security, the interactions that occur between them, what are de root causes that produce adverse events, the recommendations of World Alliance for Patient Security and in what manner the patients and their family may participate.

A Plan for the Patients Self-Care is developed; it contains the information necessary that it indicates the responsibilities of the own patient, his family, personnel and the direction of the Hospital.

*Conclusions.* This project will be continue with promotion it between patients and relatives, to verify its application and to evaluate its results.

*Key words.* Patient safety, adverse events, self-healthcare, healthcare quality.

<sup>1</sup> Director de Investigación, Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

## 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,<sup>1,2</sup> la edición y distribución del Manual de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica por el Sistema Nacional de Evaluación en 1992<sup>3</sup> y la publicación de la tercera edición del libro "Calidad de la Atención Médica"<sup>4</sup> en 2002, hasta la Cruzada Nacional por la Calidad,<sup>5</sup> la Certificación de Establecimientos de Atención Médica<sup>6</sup> y la creación de los Comités de Ética de las Unidades de Atención Médica.<sup>5</sup>

Recientemente se ha hecho un énfasis muy importante en la seguridad del paciente, para la prevención de los eventos adversos y en las estrategias para evitar el error médico, 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, las infecciones adquiridas en el propio hospital.<sup>7-11</sup>

Los resultados, en la mayoría de los casos no han sido satisfactorios, como consecuencia de múltiples factores, desde la falta de criterios uniformes, para definir lo que es una infección adquirida en el hospital, hasta un subregistro muy importante de las infecciones ocurridas, falta de prevención de su presentación y mecanismos deficientes de control, y falta de cumplimiento y seguimiento de los acuerdos de los comités de infecciones.

La falta de cumplimiento de las normas para la prevención de infecciones intrahospitalarias, se da en diferentes niveles, desde la omisión de la práctica del lavado de manos, por falta de participación del propio personal y la carencia de jabón y toallas, 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.

Para lograr los objetivos relativos a la prevención de infecciones intrahospitalarias, se requeriría una "vigilancia policiaca", misma que deberíamos reforzar si pretendemos prevenir la ocurrencia de los diferentes eventos adversos.

Ante la falta de interés y la vigilancia insuficiente, 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. La conclusión es que son el paciente mismo y en su caso, su familia, quienes pueden asumir el autocuidado de su seguridad, en lo que a eventos adversos e infecciones se refiere.

En los Estados Unidos de Norteamérica, Martin Hatlie, 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,<sup>12</sup>

habiendo tenido que enfrentarse a las protestas de los propios pacientes, por no haber sido convocados como integrantes de esta Alianza, situación que fue corregida de inmediato.

Para lograr que el paciente y su familia se interesen y se involucren en el autocuidado de su seguridad, es necesario informarles sobre cuál es su responsabilidad en ello y cuáles son los aspectos que los prestadores de servicios deben cuidar. Para ello se requiere de la elaboración de un tríptico que contenga la información necesaria que indique las responsabilidades del propio paciente, las del personal y las de la Dirección del Hospital, difundirlo entre directivos de la unidad médica, personal, pacientes y familiares, verificar su aplicación y evaluar sus resultados.

## Material y métodos

Mediante la metodología de investigación cualitativa, conocida como *investigación-acción participativa*, el *Plan de Autocuidado de la Seguridad del Paciente* se desarrolló con la siguiente secuencia metodológica:<sup>13-15</sup>

- A) *Fase de diagnóstico*. En esta fase se pretende caracterizar el fenómeno de los eventos adversos, a través de identificar cuáles son los *factores* involucrados en su aparición. Para lograr este propósito es necesario desarrollar en forma progresiva varias etapas que involucran este análisis:
  - a) Identificar los principales eventos adversos que ocurren en el Sistema Nacional de Salud.
  - b) Identificar los principales motivos de insatisfacción de los pacientes.
  - c) Identificar las prioridades propuestas por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.
  - d) Identificar las causas raíz que generan eventos adversos, en el proceso de atención médica, en el Sistema Nacional de Salud.
  - e) Seleccionar los eventos adversos, en los que el paciente y familiares puedan participar para su prevención.
  - f) Informar y capacitar al paciente, familiares y al personal de salud, para participar como agentes de cambio, en la prevención de los eventos adversos.
- B) *Análisis de redes y de conjuntos de acción*. Se pretende caracterizar a los sectores sociales, a los que pertenecen los actores involucrados en los eventos adversos; dicha caracterización debe incluir tres momentos:
  - a) Identificación de la visión y la actitud que cada uno de los actores tiene ante el problema de los eventos adversos.
  - b) Identificación de las interacciones, sinergias y antagonismos que se producen entre ellos.
  - c) Construcción de propuestas integradoras que permitan prevenir los eventos adversos.

A través de este análisis se pretende concretar un *plan de acción*, que incluya las propuestas de participación de cada uno de los actores involucrados, para desarrollar recomendaciones eficaces, que armonicen la participación de todos.

C) *Análisis de las propuestas de los actores respecto al problema de los eventos adversos y a las acciones a realizar.* En esta fase se aplican 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.

La iniciativa de la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes fue lanzada por la Organización Mundial de la Salud y está dirigida y sustentada por pacientes y familiares de pacientes, que han sufrido eventos adversos, quienes analizan los sistemas de salud desde su visión de usuarios, con el propósito de identificar las fallas o debilidades y sumarse a las propuestas de prevención de eventos adversos.<sup>12</sup>

A través de este análisis se pretende observar cuáles son las afinidades y discrepancias existentes entre las partes involucradas, conocer su percepción y la explicación causal de esas diferencias.

D) *Plan de acción concreto.* A partir de la información situacional obtenida en las fases anteriores, se caracterizará el *Plan para el Autocuidado de la Seguridad del Paciente*, que reflejará las acciones que se encuentran al alcance y responsabilidad de cada uno de los tres actores fundamentales en el fenómeno de los eventos adversos.

El siguiente paso a la ejecución del Plan para el Autocuidado de la Seguridad del Paciente, requerirá llevar a cabo actividades educativas, organizacionales y directivas, que permitan monitorear su aplicación por cada uno de los actores; reconocer y resolver las dificultades no previstas, evaluar y mejorar continuamente los procesos de atención, a través de un proyecto de investigación que será diseñado para tal fin.

**Resultados**

A) Fase de diagnóstico.

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.

A través de la revisión de la bibliografía nacional e internacional disponible, relacionada con eventos adversos y las prioridades vigentes, conforme a la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, se establecieron las acciones por realizar.

Se llevaron a cabo reuniones de trabajo con la Representante para México de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con el propósito de promover su participación.

Con base en los resultados informados por el Sistema VENCER<sup>16</sup> aplicado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en los Hospitales de Segundo y Tercer Nivel de Atención, en el Cuadro 1 se presentan los principales even-

Cuadro 1. Principales eventos adversos reportados en el sistema VENCER (en unidades médicas del IMSS).

	Eventos adversos	Segundo nivel	Tercer nivel
1	Caída de pacientes	162	57
2	Trauma al nacimiento	24	0
3	Complicaciones de procedimientos	20	0
4	Retraso en el tratamiento	16	0
5	Prescripción incorrecta de medicamentos	12	0
6	Complicaciones quirúrgicas graves	8	1
7	Reacciones adversas graves a medicamentos	8	0
8	Lesión vaginal durante el parto	7	0
9	Accidente anestésico	5	0
10	Retención de material o instrumental quirúrgico	5	1
11	Cirugía en paciente, región u órgano equivocado	2	1
12	Fuga de pacientes	2	0
13	Alta de paciente con familiar equivocado	2	0
14	Robo de infante	1	0
15	Administración errónea de medicamentos	0	12
16	Accidente anestésico	0	3
17	Otros	32	0
	<b>Total</b>	<b>317</b>	<b>75</b>

tos 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 representar hasta 15% en los hospitales de tercer nivel de atención y hasta 6% en los del segundo, representando un problema grave de morbilidad, incremento de costos por consumo de medicamentos y prolongación de la estancia hospitalaria.

En 2006 se publicaron las experiencias de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, desde 1996 hasta febrero de 2006, en que a través de las quejas, se identifica y caracteriza a las inconformidades de los pacientes, con la atención recibida; una proporción de ellas, como consecuencia de eventos adversos, la forma en que fueron resueltas, los motivos de las quejas y sus causas; su origen en el servicio público, la seguridad social o los servicios privados; la edad de los pacientes, las especialidades involucradas y su nivel de atención.<sup>17</sup>

Este trabajo fue actualizado por los autores, incluyendo: el origen de las quejas por entidad federativa y por institu-

ción, el número y tipo de pretensiones del promovente; un análisis de los gastos que implicaron las quejas resueltas por conciliación y aquellas que requirieron un arbitraje y dictamen, tomando en cuenta estos gastos como marco de referencia, para los gastos derivados de demandas legales.<sup>18</sup>

En la Comisión Nacional de Arbitraje Médico está en curso un estudio sobre "Epidemiología de las quejas", que está aportando información interesante, 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.<sup>19</sup>

Conforme a lo señalado por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, en el Cuadro 2 se presentan las prioridades a atender en las Unidades de Atención Médica.

Como resultado del análisis de los principales eventos adversos y teniendo en cuenta los principales problemas de seguridad, propuestos por la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes, se determinaron las "causas raíz" mismas que se muestran en el Cuadro 3.

Cuadro 2. Alianza Mundial por la Seguridad (Global Patient Safety) y la OMS.

Problemas de seguridad que requieren atención prioritaria	
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

Cuadro 3. 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

## B) Análisis de redes y de conjuntos de acción.

En los procesos de mejora continua de la calidad de la atención médica y del autocuidado de la seguridad del paciente, los tres actores principales: el paciente y sus familiares por una parte, personal por otra y cuerpo directivo por la otra, se encuentran comprometidos 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 como emitir, difundir y evaluar el cumplimiento de las normas, los instructivos y los manuales de procedimientos, necesarios para otorgar una atención médica dentro de los más altos estándares de calidad, e instar al personal para que cumpla su parte.
- El personal que requiere de los insumos necesarios y las guías normativas, para cumplir el compromiso con los pacientes y cuerpo directivo, de otorgar una atención con alta calidad y eficiencia, dentro de los estándares vigentes; rendir las cuentas pertinentes a ambos, y requerir de la participación del paciente en el autocuidado de su salud y en la atención a 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 los conocimientos necesarios para otorgarla y participante en el cuidado de su seguridad, al mismo tiempo que está comprometido a cumplir con los compromisos que les corresponden.

Para que se logre la calidad y seguridad deseadas, los tres actores deben interactuar en forma armónica, pues en caso de faltar uno de los tres pilares, el proceso se vendría abajo.

## C) Estudio de las posiciones y planteamientos de los actores respecto a la problemática de los eventos adversos, detectando los problemas y necesidades y elaborando propuestas a implementar.

Se analizó la perspectiva de los diferentes protagonistas del proceso de atención médica, como son médicos, pacientes y directivos de las instituciones, las cuales se reflejan directamente en el plan de acción.

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 y cualquier persona que lo requiera.

El paciente y familiares deben solicitar al personal y al Cuerpo Directivo el cumplimiento de los compromisos que

fueron asignado en el tríptico y así, cada uno de los tres participantes del acto médico.

Existe riesgo de oposición del personal de salud al sentirse "vigilado" por los propios pacientes, para lo cual probablemente contarán con el apoyo de los sindicatos, problema que habrá que atender y negociar en su momento.

Es muy probable que, como lo mencionaba Juan Siso en el reciente Simposio 2007 CONAMED<sup>12</sup>, 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, embargo en la medida que todos saben lo que cada uno tiene que cumplir, sería de esperar que esto se de en forma espontánea y que cuando decida hacerlo, siempre sea con respeto y buen modo.

En la interacción de pacientes y familiares, es importante que dentro del Hospital exista un lugar específico 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<sup>17-19</sup>.

## D) Plan de acción concreto.

Se diseñó un tríptico con información e instrucciones para el paciente y sus familiares, para el personal y para la Dirección del Hospital, cuyo contenido se presenta en los Cuadros 4, 5 y 6.

Vale la pena hacer énfasis en que a través de este tríptico, cada uno de los actores responsables de la seguridad del paciente, estará enterado de las responsabilidades propias, de las de los otros dos actores, además de que es consciente de que los otros dos, también lo están y que la mejor forma de prevenir los eventos adversos y por ende los conflictos, es cumplir cada quien con la propia responsabilidad.

En atención a las premisas establecidas como resultado de la revisión bibliográfica, resumida en los cuadros previos, el tríptico se construyó con la intención de informar al personal de salud, sobre las acciones que son su responsabilidad primaria en la prevención de los eventos adversos (Cuadro 4).

Dentro de las acciones que pueden asumir el paciente y sus familiares, además de solicitarle al personal el cumplimiento de las que les corresponden, tienen compromisos propios que cumplir, para mejorar su seguridad y facilitar la actuación del personal, mismas que son de su responsabilidad, las que se mencionan en el Cuadro 5.

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 documen-

Cuadro 4. Medidas de seguridad del paciente que son responsabilidad del personal de salud.

1 <sup>a</sup>	El personal que presta la atención a la salud, debe lavarse las manos antes de atender al paciente y usar material nuevo, desechable o esterilizado.
2 <sup>a</sup>	Antes de trasladar un paciente en cama o camilla, el personal debe cerciorarse que se cuente con recursos de seguridad: barandales, piecera, cabecera y correas sujetadoras y aplicarlos.
3 <sup>a</sup>	Cada paciente debe contar con 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, su grupo sanguíneo y Rh, alergias y reacciones graves por medicamentos.
4 <sup>a</sup>	Antes de realizarse cualquier procedimiento, el personal de salud debe confirmar la identidad del paciente: verbalmente, con la pulsera de identificación, la tarjeta de la cabecera y/o el expediente clínico.
5 <sup>a</sup>	Cada paciente debe contar con un expediente clínico personal, elaborado conforme a la Norma Oficial Mexicana 168.
6 <sup>a</sup>	El personal de salud debe informar al paciente y familiares acerca de su padecimiento, de su tratamiento y de los procedimientos que se le realizarán, y éste podrá hacer las preguntas que desee, tendrá derecho a que se le contesten y aceptar con su firma que se realicen o negarse a ello.

Cuadro 5. Medidas para la autoseguridad del paciente que son responsabilidad del paciente y su familia.

1 <sup>a</sup>	El paciente debe conocer a su médico, identificarlo por su nombre, presentarse con él, plantearle sus dudas y atender a sus respuestas y sus indicaciones.
2 <sup>a</sup>	El paciente y sus familiares deben conocer el reglamento del hospital y respetarlo.
3 <sup>a</sup>	El paciente debe informarse con su médico, sobre los medicamentos que está recibiendo, los cuidados que debe tener, posibles molestias y signos de alarma, para poder avisar en caso de reacciones adversas.
4 <sup>a</sup>	Si alguno de los puntos previos para la seguridad del paciente no hubiera sido atendido, el paciente o sus familiares deben informarlo a su médico y solicitarle que se les aclaren sus dudas y en su defecto presentar su inconformidad, en el sitio y con la persona que el hospital haya determinado para ello y tienen derecho a ser atendidos.
5 <sup>a</sup>	El paciente es responsable de participar con el médico y el personal en sus cuidados y en la recuperación de sus necesidades de salud, mediante el cumplimiento de las instrucciones que se le den.
6 <sup>a</sup>	El paciente y sus familiares deben tener en cuenta que el médico y el personal de salud, son profesionales dedicados a satisfacer sus necesidades de salud y por ello deben tratarlos con la debida consideración.

Cuadro 6. Medidas para la autoseguridad del paciente que son responsabilidad de la Dirección del hospital.

1ª	Promover el lavado de manos por el personal antes de atender a los pacientes y proveer las facilidades e insumos necesarios para hacerlo y verificar que se cumpla esta norma.
2ª	Implantar un sistema de seguridad para prevenir caídas y proveer el equipo requerido para la seguridad de los pacientes durante los traslados, incluyendo: barandales, pieceras, cabeceras y sujetadores y verificar que se utilicen.
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.
4ª	Asegurarse que cada paciente cuente con un expediente clínico propio y que éste se utilice conforme a la Norma Oficial Mexicana 168 del expediente clínico.
5ª	Contar en el ámbito de su competencia, con una instancia responsable de la identificación, prevención, registro y seguimiento de los eventos adversos y a disposición de pacientes y sus familiares, para aclarar sus dudas o presentar sus quejas e inconformidades.
6ª	Tiene la responsabilidad de proveer las facilidades necesarias, para que el paciente y sus familiares puedan conocer el reglamento de operación del hospital y estén en condiciones de cumplirlo.
7ª	Debe garantizar que en las áreas operativas se cuente con los documentos normativos e instructivos de operación necesarios para prevenir las fallas de seguridad, asegurar su conocimiento por el personal y supervisar su cumplimiento.

tos normativos e instructivos dirigidos a garantizar la seguridad de los pacientes, de su difusión y aplicación por el personal y 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 (Cuadro 6).

**Discusión**

Si tenemos en cuenta que dentro de los objetivos de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se encuentran: "Lograr un impacto efectivo en la mejora de la calidad de la atención médica" y "Promover una cultura de la prevención y la seguridad del paciente", a través del aprovechamiento de la información que se obtiene de las quejas, 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 el Autocuidado*

*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.

El desarrollo del *Plan para el Autocuidado de la Seguridad del Paciente* 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 ingreso y al ingresar, deberá informarse a los pacientes y sus familiares, acerca de las acciones que deben llevar a cabo para cuidar su seguridad y aquellas que el personal de salud está comprometido a realizar y que ellos estarán en posibilidades de solicitarles que se cumplan. Para ello se pretende otorgarles una capacitación específica, an-

tes y durante el proceso de ingreso, haciendo énfasis que la solicitud deberá ser respetuosa y amable.

La siguiente fase consistirá en la realización de un proyecto de investigación, que incluirá una premedición, seguida de la intervención educativa, caracterizada por la capacitación al personal y difusión a pacientes del *Plan para el Autocuidado de la Seguridad del Paciente*, para que luego de seis meses, se realice una postmedición, con el propósito de conocer el impacto logrado en la disminución de los eventos adversos como consecuencia de las medidas tomadas. Los resultados de esta segunda fase se presentarán en un trabajo que será motivo de una publicación posterior.

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 grave-

dad, se propondrá su implantación en el Sistema Nacional de Salud, con carácter normativo, a través de la Secretaría de Salud y del Consejo de Salubridad General, que sería el responsable de su evaluación a través del proceso de Certificación de Hospitales.

El *Plan para el Autocuidado de la Seguridad del Paciente* 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.

Al elaborar las respuestas con todos los sectores sociales de la localidad aumentan las posibilidades, pero las respuestas, soluciones y propuestas de acción se ajustarán más a la realidad concreta, en la medida en que han sido participadas, compartidas y asumidas por la ciudadanía en el proceso de investigación acción.

## Referencias

1. Ruiz de Chávez M, Martínez-Narváez G, Calvo-Rios 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. Sistema Nacional de Evaluación. Manual de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. México. 1992.
4. Aguirre-Gas H. Calidad de la Atención médica. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. México: Noriega Editores; 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 Salubridad General; 1999.
7. 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.
8. Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional. Reglamento del Comité de Control de Antimicrobianos. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 1979.
9. 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.
10. Aguirre-Gas H, Cabrera-Hidalgo J. Elección del antimicrobiano en el tratamiento de las infecciones hospitalarias. *Rev Med Int Mex.* 1979; 16: 1.
11. 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.



12. Heatlie M. El autocuidado de la salud por el paciente. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Memorias del Simposio 2007 CONAMED. Simposio Internacional "La queja médica". Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Simposio 3, 4 y 5 de diciembre de 2007. México: Comisión Nacional de Arbitraje Médico; 2007.
13. Observatorio Internacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible. Metodología Investigación - Acción - Participativa (IAP) aplicada a la Agenda 21 Local. Rev. Gloobal 2006;8 Online. Disponible en: [http://www.gloobal.net/iepala/gloobal/fichas/ficha.php?entidad=Textos&id=1946&opcion=descripcion#ficha\\_gloobal](http://www.gloobal.net/iepala/gloobal/fichas/ficha.php?entidad=Textos&id=1946&opcion=descripcion#ficha_gloobal). (Acceso 10-03-2008).
14. Dieguez AJ, Fianza EL, Rofman AR. Elementos teóricos para la formulación de una metodología de investigación participativa y capacitación de mujeres de sectores populares, con orientación económica. Córdoba, Argentina: OEA/CIM-Universidad Nacional de Córdoba; 1983.
15. Newman JM. Investigación-Acción: una breve visión. Forum Qualitative Social Research 200 jan;1(1). On-line Journal. Disponible en: <http://qualitativeresearch.net/fqs>. (Acceso 12-03-2008)
16. 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.
17. Infante Castañeda C. Quejas médicas. México: Editores de Textos Mexicanos; 2006.
18. Aguirre-Gas H, Campos-Castolo M, Carrillo-Jaimes A. Análisis crítico de las quejas presentadas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico 1996-2007. En revisión por el Comité Científico. México, 2008.
19. Fajardo-Dolci G, Hernández-Torres F, Santacruz J. Epidemiología de las quejas. México: Comisión Nacional de Arbitraje Médico; 2008. En prensa.