

FOLLETO

Seguridad del paciente con trastorno mental en el Sistema de Salud Mental de la provincia de Cienfuegos**Safety of Patients with Mental Disorders in the Mental Health System in the Province of Cienfuegos**

Dr. Juan R. Cordero Jiménez, ⁽¹⁾ Rolando Delgado Figueredo, ⁽²⁾ Dra. Flora Jiménez Guzmán, ⁽³⁾ Dr. Sergio García Cordero, ⁽⁴⁾ Dr. José N. Toledo Torres. ⁽⁵⁾

¹ Especialista de II Grado en Psiquiatría. MSc. en Longevidad Satisfactoria. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. ² Ingeniero Industrial. MSc. en Administración. Profesor Auxiliar. ³ Especialista de I Grado en Psiquiatría. Profesor Asistente. ⁴ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Psiquiatría. Profesor Instructor. ⁵ Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. MSc. en Epidemiología. Profesor Asistente. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos.

¹ Terminal Professional Degree in Psychiatry. MSc. in Satisfactory Longevity. Associate Professor. Research Associate. ² Industrial Engineer. MSc. in Administration. Associate Professor. ³ Second Professional Degree in Psychiatry. Assistant Professor. ⁴ Second Professional Degree in General Medicine. Second Professional Degree in Psychiatry. Instructor. ⁵ Second Professional Degree in Hygiene and Epidemiology. MSc. in Epidemiology. Assistant Professor. Dr. Gustavo Aldereguía Lima General University Hospital. Cienfuegos

RESUMEN

El tema de la seguridad del paciente en el Sistema de Salud Mental constituye una necesidad impostergable de estudio, análisis, investigación e implementación. El objetivo de este trabajo es enfocar dicho tema como la integración de tres grandes sistemas: seguridad asistencial, seguridad tecnológica y seguridad logística. El sistema de salud mental en la provincia Cienfuegos, es abordado en algunos de los tópicos tratados, pero la mayoría de los contenidos es aplicable a nivel nacional, pues van desde la práctica asistencial propiamente dicha hasta cuestiones legales y éticas.

Palabras clave: seguridad del paciente; enfermos mentales; atención en salud mental

Límites: humano; adulto

ABSTRACT

The issue of patients' safety in the Mental Health System is an urgent need for study, analysis, research and implementation. The aim of this paper is to focus the issue as the integration of three main systems: safety in assistance, safety in technology and safety in logistics. The mental health system in Cienfuegos province is addressed in some of the topics covered, but most of the content is applicable all over the country, since it ranges from assistance itself to legal and ethical issues.

Key words: patient safety; mentally ill persons; mental health assistance

Limits: human; adult

Recibido: 7 de noviembre de 2012

Aprobado: 9 de diciembre de 2012

Correspondencia:

Dr. Juan R. Cordero Jiménez.

Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima.

Avenida 5 de Septiembre y calle 51-A, Cienfuegos, CP: 55100, Cuba.

Dirección electrónica: juan.cordero@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente comenzó a recibir mayor atención global cuando el Instituto de Medicina de los Estados Unidos en 1999 publicó el libro *Errar es humano: construyendo un sistema de salud más seguro*, en el cual se agruparon los resultados de múltiples estudios que aseguran que en ese país mueren pacientes por errores médicos. Se estima que en el mundo desarrollado esto ocurre con aproximadamente en el 10 % de los pacientes atendidos y que en el mundo en vías de desarrollo esta cifra puede duplicarse.

Con la creación en el 2004 de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, dos años después de que se celebrara la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, se aprobó una resolución sobre el tema de la seguridad del paciente, en la que se instó a los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a prestar la mayor atención posible al problema y a establecer y consolidar sistemas con sólida base científica, con visas a mejorar la calidad de la atención en los escenarios de salud, y como parte de ello, optimizar la seguridad del paciente.

Se considera que al menos 44 000 estadounidenses mueren cada año como resultado de errores médicos, y el número se puede incrementar hasta cifras tan altas como 98 000, lo que es mayor que el número atribuido a la octava causa de muerte.

Una investigación realizada en los Estados Unidos de Norte América entre los años 1988 a 1998, reportó que 142 pacientes psiquiátricos institucionalizados murieron por errores prevenibles. Estudios adicionales indican que los eventos adversos asociados con la administración de medicamentos, son una importante fuente de errores médicos, lo que significa que la psiquiatría como especialidad tiene que unirse al resto de la medicina en dirección a la seguridad del paciente como un problema crucial. También está claro que la mejora en la seguridad del paciente implica un cambio profundo y a gran escala en lo concerniente a la cultura clínica. De ahí que los principios de la reducción de errores deben partir de la idea de que los errores son tanto un producto de la concepción de sistemas, como de los comportamientos individuales.

La Psiquiatría está llamada a tomar experiencias y aprender de otras especialidades médicas y profesionales de la salud. El intercambio es una vía fundamental si se quiere lograr la seguridad en el Sistema de Salud Mental.

Hablar de seguridad del paciente con trastorno mental en nuestro medio es algo novedoso. El inicio de esta campaña, por nombrarla de alguna manera, tiene sus antecedentes en el Servicio de Psiquiatría del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos. Se integra a la campaña desarrollada por el hospital desde hace varios años con el objetivo de lograr una adecuada calidad en la atención de sus pacientes y

lograr también su seguridad. Los primeros pasos fueron dirigidos hacia la implementación de protocolos de prácticas clínicas para los principales trastornos que aquí se tratan. Luego se implantó la aplicación del consentimiento informado a todo paciente que ingresa, además de impartir cursos de superación para todo el personal que labora en la institución.

La seguridad del paciente con trastorno mental, y de los usuarios en general, es sin duda alguna una necesidad impostergable de aplicación en los diferentes ámbitos de intervención con que cuenta el sistema de salud mental sustentada sobre los derechos del paciente mental promulgado por el Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba.

De ahí que se necesita disponer de herramientas que mejoren la seguridad del paciente en el sistema ayudando a todos los implicados en el proceso: pacientes, familiares, profesionales y demás trabajadores sanitarios.

El objetivo de este trabajo es concebir el tema de la seguridad de los pacientes como la integración de tres grandes sistemas: Seguridad asistencial, seguridad tecnológica, seguridad logística.

GENERALIDADES

La seguridad del paciente se define como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos durante el desarrollo de la atención médica. Las metas propuestas se pueden resumir en cuatro aspectos:

1. Identificar los errores que se comenten con nuestro actuar.
2. Atenuar sus efectos.
3. Aprender de los errores cometidos.
4. Prevenir futuros eventos nocivos como consecuencia de los errores.

Cualquier ser humano puede en un momento determinado cometer un error, pero es inadmisibles no aprender de los errores cometidos.

Múltiples son los estudios que en la actualidad abordan el tema, sin embargo estos se ha desarrollado en los hospitales generales y clínicos, no así en servicios de psiquiatría, hospitales psiquiátricos, y ámbitos comunitarios de salud mental, donde se adolece de una información detallada de este problema. Lo cierto es que el hecho de que no existan suficientes estudios, no quiere decir que no ocurran daños indeseables a los usuarios como consecuencia de las acciones médicas, entendidas como las provenientes de todo el personal que interactúa con ellos durante su estancia en el sistema.

Cuando se inflige daño, ya sea en el orden biológico o psicológico, disminuye la confianza en el sistema, disminuye la seguridad, y el grado de satisfacción no solo del usuario, sino también de los proveedores de atención, que se ven afectados en cierta medida por sus propios errores.

Varias son las causas que pueden determinar daños a los usuarios dentro del Sistema de Salud Mental, las que pueden agruparse de manera general de la manera siguiente: debido a una actuación deficiente del personal que labora, por déficit de conocimientos técnicos, por dificultades con los recursos o un mal empleo de ellos, y por sistemas de hospitalización poco seguros, entre otras causas.

Un paso importante para facilitar el trabajo, es consensuar la terminología:

- **Eventos adversos:** sucesos que realmente provocan daño, por ejemplo: caídas de pacientes hospitalizados, complicaciones secundarias a la aplicación de la contención mecánica, suicidio en el medio hospitalario.
- **Incidente de seguridad:** acontecimiento o situación que potencialmente podría haber causado daño, pero que no lo ha hecho a causa de la presencia de una barrera de seguridad del paciente, o por casualidad. Son también nombrados "casi errores", o situaciones al límite del error.
- **Factor contribuyente:** circunstancia o acción que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un evento adverso, o que actúa como factor de riesgo para que este se produzca. Puede relacionarse con factores externos a la organización sanitaria, con la propia organización sanitaria. Puede estar causado por fallos del sistema, o por el personal sanitario (error humano), o por el paciente.
- **Error:** acción fallida que no se realiza tal como se planificó.
- **Evento centinela:** acontecimiento inesperado que tiene como resultado la muerte, o daños físicos o psicológicos graves, o el riesgo de que se produzcan.
- **Impacto:** resultado o efectos del error, o de los fallos del sistema referidos a la lesión producida al paciente. Los resultados o daños para el paciente, pueden dividirse en enfermedad o su complicación, lesión, sufrimiento o discapacidad.
- **Prevención y planes de contingencia:** medidas tomadas o propuestas para reducir la incidencia y los efectos de los eventos adversos, o para mejorar su detección precoz. Barreras del sistema es un término similar.
- **Atención sanitaria:** servicios recibidos por personas o comunidades con el fin de promover, mantener, vigilar o reestablecer la salud.
- **Seguridad:** ausencia de peligro.
- **Peligro:** circunstancia, agente o acción que puede producir un riesgo o aumentarlo.
- **Daño relacionado con la atención sanitaria:** daño que se deriva de las intervenciones diagnósticas, terapéuticas, de cuidado y de monitoreo brindadas durante la prestación de asistencia sanitaria, y que no se debe a una enfermedad o lesión subyacente.
- **Infracción:** desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos.
- **Incidente relacionado con la seguridad del paciente:** evento o circunstancia que ha ocasionado, o podría haber ocasionado un daño innecesario al paciente.
- **Riesgo:** probabilidad de que se produzca un incidente.
- **Reacción adversa:** daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en el que se produjo el evento.
- **Prevenible:** aceptado generalmente como algo evitable en las circunstancias particulares del caso.
- **Paciente:** persona que recibe atención sanitaria.
- **Detección:** acción o circunstancia que da lugar al descubrimiento de un incidente.
- **Factor atenuante:** acción o circunstancia que impide o modera la evolución de un incidente hacia la provocación de un daño al paciente.
- **Factor contribuyente:** circunstancia, acción o influencia, la cual se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente, o que ha aumentado el riesgo de que este se produzca.
- **Calidad:** Grado en que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de que se produzcan los efectos buscados en la salud y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento.
- **Fallo del sistema:** defecto, interrupción o disfunción en los métodos operativos, los procesos, o la infraestructura de la organización.
- **Mejora del sistema:** resultado o efecto directo de la cultura, los procesos y las estructuras, dirigidos a prevenir fallos del sistema y a mejorar la seguridad y la calidad.
- **Accidente:** suceso crítico, inesperado, y no evitable, ocurrido en la institución, que puede o no estar relacionado con la atención.
- **Atención sanitaria:** servicios recibidos por personas o comunidades con el fin de promover, mantener, vigilar o reestablecer la salud.
- **Análisis de la causa raíz:** proceso sistemático y reiterativo mediante el cual se identifican los

factores que contribuyen a un incidente, reconstruyendo la secuencia cronológica de los sucesos y preguntándose repetidamente por qué, hasta que se hayan elucidado las causas raíz subyacentes.

I. Evento adverso

Según el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud de Colombia, el evento adverso es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

Al referirnos a los daños incluimos la repercusión, no solo en el orden biológico o físico, sino también en lo psicológico y social, de actuaciones inapropiadas -ya sean provenientes de médicos, integrantes del equipo, paciente, familia- que afecten al paciente, más que beneficiarlo.

¿Por qué y dónde se producen eventos adversos?

Un gran número de las pruebas disponibles sobre los eventos adversos proceden de los hospitales generales y clínicos, porque los riesgos asociados con la atención que ahí se brinda son muy altos, las estrategias para lograr mejoras están documentadas con mejor calidad, y sobre todo, porque el paciente tiene más confianza en este nivel de atención. Esto no quiere decir que muchos eventos adversos no se produzcan en otros servicios y niveles de atención de salud, como son en la atención primaria, por ejemplo, en las consultas de los psiquiatras, en las propias instituciones, e incluso en los propios hogares de los pacientes, donde la atención al paciente se traduce en cumplir con las indicaciones del psiquiatra. En publicaciones recientes se comienza a destacar los problemas relacionados con los pacientes ambulatorios, pero los datos sobre la magnitud del problema son todavía limitados.

O sea, cada etapa del proceso de atención sanitaria, presenta en mayor o menor grado una inseguridad específica dada por los efectos secundarios, provocados por medicamentos usados, el riesgo asociado a un determinado instrumento médico, la presencia en el servicio de salud de productos que no se corresponden con las normas, los fallos humanos, o las deficiencias latentes del sistema. En fin, que las consecuencias de los eventos adversos pueden deberse a problemas en las prácticas, los productos, los procedimientos, y en los sistemas. La concepción actual de la seguridad del paciente atribuye la principal responsabilidad de los eventos adversos a las deficiencias del diseño, de la organización y del funcionamiento del sistema, en lugar de a los proveedores, o a los productos individuales. Para los expertos en el tema de los eventos adversos, son los factores sistémicos originarios los responsables, por aspectos como la estrategia de una determinada organización, la cultura, la gestión de la calidad, la prevención de los riesgos, la capacidad para aprender de los errores cometidos en los diferentes ámbitos de

intervención.

Según la OMS, se estima que alrededor de 1 de cada 10 pacientes que reciben atención sanitaria en el mundo, le ocurre al menos un evento adverso. Para conocer de manera confiable la frecuencia con la cual se presentan los eventos adversos, se han utilizado los estudios de incidencia y de prevalencia. En contraste, las cifras obtenidas de los sistemas de reporte de eventos adversos no son un buen medidor de esta frecuencia por el alto nivel de subregistro que estos sistemas presentan.

Estudios realizados en Canadá en el año 2000, encontraron que el 7,5 % de los pacientes ingresados en cuidados intensivos de hospitales, experimentaron al menos un evento adverso, de los cuales el 36,9 % se consideraron altamente prevenibles. Un informe pionero de la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente del Reino Unido en 2006, sobre la seguridad del paciente en salud mental, estimó que los accidentes, fuga, agresiones, y las autolesiones representaron el 84 % de todos los incidentes.

En todo evento adverso existe la presencia de una triada, es decir, se requieren de tres elementos para poder hablar de un evento, estos son:

- 1) Hay lesión.
- 2) Es atribuible a la atención en salud.
- 3) Se ha producido de manera involuntaria por el personal asistencial.

En el campo de la seguridad del paciente, aquellas prácticas sobre las que hay evidencia consistente, prometedora o intuitiva, en la que se ha demostrado que reducen el riesgo de eventos adversos relacionados con la atención en salud son las llamadas prácticas clínicas seguras.

De ahí que se hace necesario la identificación, notificación, análisis y corrección de los eventos adversos.

Sistemas de notificación de eventos adversos

En el análisis de los eventos adversos se han utilizado distintos métodos: retrospectivos, transversales y prospectivos.

Estos sistemas de notificación, registro y aprendizaje, son métodos dirigidos a conocer los problemas más frecuentes de seguridad del paciente, y de esta forma poder aprender de los errores y prevenir así su ocurrencia. Pueden registrar eventos adversos, incidentes o casi errores y casos centinela. Estos sistemas no tienen una función epidemiológica, sino la de constituir una fuente de información de especial valor por su capacidad de generar conocimiento a todo el personal involucrado en el proceso. Pueden ser sistemas voluntarios u obligatorios.

Características generales:

- Confidencialidad.
- Carácter no correccional.

- Orientación a los sistemas.
- Agilidad en su capacidad de análisis y respuesta.
- Valoración técnica por expertos.

¿Por qué la necesidad de una nueva cultura en seguridad en el sistema de salud mental?

En la práctica diaria de los sistemas de salud mental, no existen acciones dirigidas a los pacientes o usuarios en general, que no estén totalmente libres de riesgo, de ahí que es necesario asumir como objetivo fundamental minimizar los riesgos inherentes a la asistencia y cambiar así nuestra cultura. Es por ello que al estar frente a un contexto de tanta complejidad asistencial y tal grado de expectativas por parte de la sociedad respecto a los resultados de las intervenciones que en el sistema se realicen, la seguridad del paciente es un asunto de gran envergadura y no puede dejarse a la fuerza de la costumbre o sencillamente a la confianza. La preocupación por la seguridad del paciente obliga a determinar cuales son los procedimientos más seguros, eficaces y eficientes, aceptables tanto para los pacientes como para la sociedad en su conjunto, y que vayan más allá de la intuición, los hábitos, y las costumbres.

II. Errores más frecuentes

- Formas relacionadas con los cuidados brindados a los pacientes y su seguimiento.
- Uso de psicofármacos.

Especial atención hay que tener con aquellos factores relacionados con la organización del contexto sanitario del sistema y su entorno, así como con el reparto y definición de las funciones por parte del equipo asistencial multidisciplinario; de ahí que se debe tener en cuenta una adecuada carga de trabajo del personal de enlace y una adecuada comunicación entre los miembros del equipo de trabajo, la protocolización de las prácticas clínicas y de aquellas situaciones consideradas de riesgo, como por ejemplo: uso de psicofármacos, la terapia electro convulsiva, contención mecánica, prevención de suicidio, la fuga en las áreas de hospitalización, entre otras.

En nuestro medio, se ha puesto en práctica una serie de estrategias dirigidas a disminuir los errores como son:

- Establecer manuales de organización.
- Adecuar las horas de trabajo para disminuir el estrés y la fatiga.
- Aumentar la participación de los pacientes y familiares en el proceso.
- Protocolizar las prácticas clínicas.
- Fomentar un entorno de aprendizaje.
- Establecer un sistema para identificar, notificar y analizar los incidentes de riesgo.

III. Gestión de riesgos sanitarios

La gestión de riesgos sanitarios identifica los riesgos y

peligros que afronta la actividad sanitaria, los analiza y evalúa en función de su frecuencia, gravedad y posibilidad de detectarlos, y establece mecanismos de control y tratamiento de esos riesgos. Algunos riesgos habrán de asumirse, si no se pueden evitar ni transferir (riesgo residual), pero siempre se debe contemplar su posible reducción. En los sistemas sanitarios es relativamente reciente la introducción de la gestión de riesgos sanitarios, y surge como consecuencia del incremento de reclamaciones y demandas por responsabilidad profesional, por responsabilidad directa, solidaria, subsidiaria o simplemente objetiva de las administraciones. En Cuba se está asistiendo a un incremento de las reclamaciones, cuestión que hasta hace unos años no era común en la práctica sanitaria, de ahí la necesidad de crear programas dirigidos a la gestión de riesgo.

Un programa de gestión de riesgos espera obtener un triple beneficio:

- Para los usuarios, una mejor calidad de atención, es decir seguridad.
- Para los profesionales del sistema sanitario, un incremento de la seguridad en su actuación y una mayor tranquilidad en el desempeño de sus funciones.
- Para la administración, un mayor rigor en la gestión de sus propias responsabilidades y una disminución del costo.

La práctica sanitaria se desarrolla en un terreno donde la incertidumbre desempeña un papel primordial; es decir, es una tarea con riesgo y de riesgo; para disminuirlos, así como a sus consecuencias, se implantan los programas de gestión de riesgos en el contexto global del sistema de calidad asistencial.

En ese sentido, la OMS define la calidad de los servicios sanitarios como "aquella en la que el paciente es diagnosticado y tratado de forma correcta (calidad científico-técnica), según los conocimientos actuales de la ciencia médica (lo que los expertos en derecho denominan *lex artis*) y según sus factores biológicos (estado de salud óptimo), con el coste mínimo de recursos (eficiencia), con la mínima exposición de riesgo posible de un daño adicional (gestión de riesgos) y la máxima satisfacción para el paciente."

En el marco de las profundas transformaciones en las que se sitúan los sistemas sanitarios y con una cada vez mayor emergencia y exigencia de los derechos de los usuarios (democracia sanitaria), es necesario promover estructuras que puedan disminuir, mediante aportaciones científicas, los peligros inherentes a la propia actividad sanitaria y sus consecuencias no deseadas en aras de la seguridad de los pacientes.

Prevención de riesgos

Al hablar de gestión de riesgo, se hace necesario como primer paso hablar de la prevención como elemento fundamental en sus tres vertientes: reducir el riesgo de

que aparezca el evento adverso, emprender de forma precoz para así minimizar los daños, y evitar su reaparición reduciendo de esta forma su impacto. La prevención puede ser: primaria, secundaria o terciaria.

Prevención primaria. Consiste en desarrollar estrategias para aminorar la incidencia de eventos adversos, fortaleciendo los factores que mejoran la seguridad del paciente, y disminuyendo así aquellos que contribuyan a que surjan los errores.

Prevención secundaria. Va dirigida a disminuir consecuencias negativas, que para el paciente y el sistema sanitario en su conjunto, tienen los eventos adversos; lo que se puede lograr a través de la creación de un sistema de vigilancia y notificación.

Prevención terciaria. Se caracteriza por enfrentar el efecto adverso reduciendo sus consecuencias y evitando su reaparición. Tiene como premisa el análisis detallado y metodológicamente correcto del efecto adverso y una comunicación honesta, veraz y clara con el paciente o el familiar, realizando una atención individualizada del problema en cuestión.

Características fundamentales de un programa de gestión de riesgos

1. Los servicios sanitarios deben asumir una postura estratégica no disciplinaria ni punitiva para favorecer la notificación de los errores y su análisis posterior.
2. Se deben vigilar tanto los incidentes precursores evitables, como los acontecimientos no deseados producidos durante el proceso asistencial.
3. Es necesaria la formación de equipos multidisciplinares para evaluar los errores cometidos a fin de evitarlos.
4. Estos equipos deben concentrar su atención en la identificación de los elementos de riesgos potenciales (latentes) del sistema que contribuyen en mayor medida a la comisión de errores, más que los propios fallos en la ejecución de las tareas por parte de los profesionales.
5. Es necesario el apoyo metodológico y el liderazgo ejercido por el/los responsables de las Unidades de Calidad en los centros de salud, para poder conseguir optimizar la seguridad del paciente con garantías.
6. La información recogida con los sistemas que se establezcan de notificación de incidentes, accidentes o errores, se convierte en elemento importante de mejora de la calidad de los cuidados, ya que contribuye no sólo a conseguir una disminución de errores con consecuencias para los pacientes, familiares y trabajadores, sino también a un necesario cambio cultural en el sistema sanitario.

Modelos de gestión de riesgo

Básicamente existen dos modelos de gestión de riesgo a los cuales se hará referencia: uno centrado en la

persona, y otro centrado en el sistema. En relación al modelo centrado en la persona y del cual no somos partícipes, es aquel modelo que atribuirá los eventos adversos a errores profesionales determinados por olvidos, desmotivación, falta de atención, descuidos, actitudes imprudentes o negligentes. En ningún caso centrará su análisis en los factores sistémicos como causantes del evento. Es un modelo correccional, ocupado en atrapar a los culpables, es amenazante, e imposibilita por consiguiente la comunicación abierta, clara y, por tanto, el conocimiento a partir de la experiencia. La gestión de riesgos no puede centrar su atención en el error humano, sino en los sistemas que determinan la seguridad del paciente. Es por ello que actualmente se considera fundamental establecer como marco de exploración del riesgo los modelos de gestión centrados en el sistema, basado en los siguientes postulados:

- Errar es humano, por lo que el error es posible.
- El origen de los eventos adversos está en la interacción de factores sistémicos.
- El error es el resultado de una serie de múltiples factores asociados.
- El sistema ha de dotarse de barreras que protejan a los usuarios de la aparición de eventos adversos.

Ante el error lo importante es realizar un análisis objetivo de cómo y por qué fallaron las defensas, y no buscando identificar, perseguir y castigar a los culpables.

La gestión del riesgo es un proceso cíclico de etapas, que se asemejan a los ciclos de mejora continua:

Primera etapa: Análisis de la situación y el contexto. El objetivo es conocer la organización y su contexto, el servicio o ámbito, las actividades y los usuarios. De esta forma se puede obtener información previa a la identificación de los riesgos. Las herramientas pueden ser múltiples, como la definición estratégica basada en su misión, visión, valores; análisis mediante la matriz DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades) de la organización, servicio o ámbito que se analiza; evaluación comparativa de buenas prácticas; definición de un mapa de procesos asistenciales; establecimiento de objetivos medibles a través de indicadores.

Segunda etapa: Identificación de riesgos sanitarios. Se basa en un análisis pro activo que permita la identificación de los riesgos potenciales, o la creación de mapas de riesgo. Para lograrlo conviene apelar a múltiples fuentes, como pueden ser: expertos internos y externos, documentos, informes, historias clínicas, encuestas, evaluación de protocolos, reclamaciones, etcétera. Se puede recurrir a las aportes obtenidos de grupos de mejora, utilizando para ello la lluvia de ideas, análisis de causas y efectos en diagrama de espina de pescado por áreas implicadas o categoría de fallos, según el contexto organizativo, servicio, ámbito,

usuarios, profesionales, factores individuales y de equipo, recursos y equipamientos, procesos, condiciones de trabajo, entre otros.

Tercera etapa: Análisis y evaluación de los riesgos. 1) Análisis pro activo: Mediante la metodología AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos), matrices de riesgo que valoren la probabilidad de aparición de un evento adverso, y el impacto potencial que ha de tener la evaluación del impacto económico. Análisis pro activos de barreras del sistema. 2) Análisis reactivo: Se basa en el análisis de causa raíz, estudio de eventos adversos mediante el diagrama de espina de pescado, evaluación reactiva de barreras del sistema.

Cuarta etapa: Planificación de estrategias. Tras la detección y análisis de los riesgos de la organización, servicio o ámbito, es necesario establecer una planificación de estrategias, que den respuestas acordes al contexto, priorizadas en relación a su impacto y factibilidad. Además se han de crear los planes de contingencia para aquellos eventos adversos relevantes graves o de difícil prevención que requieran respuestas eficaces y rápidas, como, por ejemplo, las complicaciones como resultado de la contención mecánica, efectos adversos por el uso de psicofármacos, las fugas, etcétera. También en esta etapa se crean áreas de planificación potenciales, lo cual consiste en la identificación de pacientes a través de pulseras o manillas con sus datos personales, en el establecimiento de sistemas eficientes de comunicación entre profesionales, en la utilización de dosis única de psicofármacos, doble verificación del proceso de preparación de medicación, protocolización de la contención mecánica, protocolización de riesgos de suicidio en las unidades hospitalarias, protocolización de prevención de caídas o de úlceras por presión, entre otros.

Quinta etapa: Despliegue de actuaciones y respuestas. Lograr con éxito la dispersión de las estrategias creadas depende de que se haya logrado la colaboración de todos los profesionales y demás personal del proceso, que estos se sientan implicados en la seguridad de los pacientes y que exista un adecuado liderazgo local. De esta forma es que se podrán implantar respuestas ante contingencias acordadas. Debe existir un clima conveniente de comunicación, de supervisión y de trabajo en equipo, se habilitarán prácticas seguras y la notificación de eventos adversos. Es importante destacar la que es la organización sanitaria la que ha de dotar a los profesionales de herramientas que permitan realizar una adecuada gestión de riesgos, con una cultura organizativa no punitiva y participativa.

Sexta etapa: Implementación, seguimiento y evaluación. La gestión de la seguridad del paciente, ya en esta fase estaría integrada al trabajo cotidiano de los profesionales, en consonancia con la cultura de la organización. Se realizaría un seguimiento de los riesgos a través de indicadores incorporados a los cuadernos de

mandos y contratos de gestión. El servicio y la organización aprenderían de los errores, establecerían sistemas de análisis y de evaluación y mejora continuas.

Séptima etapa: Re-análisis de situación. Consiste en reiniciar el ciclo desde el primer punto hasta el último.

IV. Sistema de Salud Mental en la provincia.

El sistema de salud mental abarca a toda la provincia: Los diferentes servicios están distribuidos en los ocho municipios, y en siete municipios existe un psiquiatra que cuenta con personal de psicología, enfermería y trabajador social; y en el municipio cabecera, Cienfuegos, existen ocho áreas de salud, cada uno con un psiquiatra y el resto del equipo ya mencionado, que realizan funciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Además, está el Hospital Psiquiátrico en proceso de remodelación y ampliación, así como un servicio de atención a la urgencia y a pacientes agudos, ubicado en el Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Ambos centros hospitalarios cuentan con psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería, trabajadores sociales, ergoterapeutas, asistentes a pacientes y demás personal de servicio y administrativo. Este sistema tiene como premisa en su actuar los derechos del paciente psiquiátrico promulgados por el Ministerio de salud de Cuba.

Ámbitos de intervención psiquiátrica

En nuestro medio existen diferentes ámbitos de intervención, cada uno de ellos tienen características específicas, en correspondencia con los objetivos que se persiguen. En general, los usuarios han de ser atendidos en el contexto menos restrictivo posible, con una situación segura y en la que se pueda aplicar un tratamiento eficaz y oportuno, con una buena recuperación. En este sentido, el ámbito comunitario ha de brindar atención a toda una población, desde acciones de promoción de salud, prevención, hasta de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para los ámbitos de hospitalización, estas tres últimas su objetivo fundamental.

1. Hospitalización.

Total: Está indicada en los pacientes que se considera presentan una amenaza grave de daño contra sí mismos o contra otras personas, o que presentan una desorganización tan intensa o sufren tal influencia de manifestaciones psicopatológicas que no son capaces de cuidar de sí mismos y necesitan una supervisión constante por parte de un equipo especializado. Debe intentarse la hospitalización voluntaria de los pacientes, de negarse a ello, han de ser hospitalizados de manera no voluntaria si su estado cumple los criterios establecidos para un ingreso involuntario según las normas legales. Otras indicaciones para la hospitalización, son los problemas médicos generales o psiquiátricos que hacen considerar que el tratamiento ambulatorio no sería seguro o resultaría ineficaz, sobre

todo en pacientes sin apoyo familiar o con gran desventaja social en general.

Parcial: Ingreso domiciliario. Se puede realizar de manera directa, o puede utilizarse como alternativa inmediata a la asistencia hospitalaria total, se indica a los pacientes con trastornos de diferentes niveles de funcionamiento psicológico a los que no se considera una amenaza para sí mismos, o para otras personas. Un aspecto importante a tener en cuenta está relacionado con las características de la familia en cuanto a su nivel de funcionamiento y capacidad para brindar apoyo afectivo y económico al enfermo.

Hospital de día de psicótico: Constituye otra alternativa de atención, indicada en los casos de psicosis aguda que se considera no son una amenaza para sí mismos o para otros. También puede ser una alternativa para la fase de estabilización (o postcrisis), como la que sigue a una hospitalización total o parcial en pacientes con trastornos psicóticos crónicos.

Hospital de día de neurótico: Indicada en pacientes con trastornos de nivel neurótico que no requieren de un ingreso total.

Centro Comunitario de Salud Mental (CCSM) y Servicios de Salud Mental de la policlínica: Para aquellos usuarios que puedan beneficiarse con las diferentes acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, desde dichos centros.

V. Los derechos del paciente mental en Cuba como base fundamental para la seguridad en el sistema de salud

El Ministerio de Salud Pública ha establecido una serie de derechos destinados a los enfermos mentales, con la finalidad de que se les respete y se les asegure un trato digno a su condición humana:

1. Recibir en forma totalmente gratuita la más calificada atención en Salud Mental y otros servicios que se requieran, sin discriminación alguna por razones de edad, sexo, raza, nacionalidad, ocupación, opinión política, ideología, creencias religiosas, procedencia cultural, preferencia sexual o cualquier otra causa.
2. Realizar en forma totalmente gratuita cualquier indicación de análisis, estudios radiográficos y otras investigaciones médicas.
3. Recibir un tratamiento individualizado según su problemática personal.
4. Optar por otra opinión de terceras partes en el caso de que el paciente o su familia lo requieran por tener alguna preocupación diagnóstica o terapéutica.
5. Ser adecuadamente informado de su diagnóstico y pronóstico, evitando iatrogenias.
6. Aceptar o rechazar cualquier examen que se realice con fines de investigación científica, exigiéndose para ello su consentimiento informado.
7. Ser informado del tratamiento propuesto, así como de los resultados esperados y posibles efectos indeseables de los recursos terapéuticos, y obtener el consentimiento informado en los casos de electroterapia y tratamiento con Disulfiram.
8. Disfrutar del mayor grado posible de privacidad durante su atención, y que su historia clínica, o cualquier otra información obtenida del paciente o sus familiares, se mantengan bajo estricta confidencialidad.

Además de los derechos generales enunciados, en los servicios ambulatorios se incluyen los siguientes:

1. Recibir la más calificada atención ambulatoria y tener acceso gratuito a todas las modalidades asistenciales comunitarias.
2. Solicitar ser atendido por el profesional de salud mental de su preferencia dentro de las posibilidades del sistema regionalizado de salud.
3. Garantizar su seguimiento ambulatorio después del egreso, o en condiciones de alta protegida, luego de un proceso rehabilitatorio hospitalario.
4. Recibir las orientaciones y certificaciones pertinentes en los casos necesarios de reposo temporal o de valoración por las comisiones de peritaje laboral.
5. Solicitar ingreso y recibirlo en forma totalmente gratuita según lo estipulado.

Además de los derechos generales enunciados, pueden citarse otros más específicos:

1. Recibir en forma totalmente gratuita la orientación legal que sea necesaria para afrontar cualquier problemática jurídica vinculada con la afección que determina su ingreso.
2. Ser tratado por el personal institucional, otros pacientes y sus acompañantes, sin que su dignidad sea afectada por razones de edad, sexo, raza, nacionalidad, ocupación, opinión pública, ideología, creencia religiosa, procedencia cultural, preferencia sexual o alguna otra causa.
3. Profesar la religión de su elección si la tuviera.
4. Recibir la información que se difunda por los medios de comunicación.
5. Ser respetado en sus derechos civiles, políticos y socioculturales durante su hospitalización.
6. Disponer de un medio hospitalario adecuado en lo referente a seguridad, condiciones higiénico-sanitarias y trato humano.
7. Disfrutar del menor grado posible de restricciones según sus manifestaciones clínicas.
8. Ser atendido en salas abiertas y reunirse con quien desee.
9. Mantener la custodia de las pertenencias básicas para su recreación, aseo y vestuario, así como disponer de dinero de bolsillo.
10. Utilizar el teléfono público y remitir o recibir

correspondencia libremente.

11. Recibir visitas en los días y horas programadas y en casos especiales, en días y horas extraordinarias, según criterio médico.
12. Recibir información del personal que lo atiende en lo referente a nombre, cargo y perfil profesional, así como en cuanto a la evolución de su enfermedad y razones de su traslado a otros servicios o instituciones, en caso de resultar necesario para su mejor atención.
13. Ser informado del tratamiento propuesto, así como de los resultados esperados y posibles efectos indeseables de los recursos terapéuticos.
14. Disfrutar del mayor grado posible de privacidad en la institución.
15. No sufrir ningún tipo de abuso físico, mental o social y estar libre de todo vínculo sexual con los miembros del equipo de salud que lo atienden, lo que constituiría también una forma de abuso.
16. Presentar quejas ante la comisión de ética, dirección del servicio o del hospital, o ante otros niveles administrativos y jurídicos en caso de ser necesario.
17. Recibir la remuneración correspondiente al trabajo que realice en función de su rehabilitación en instituciones especializadas.
18. Solicitar a los cuerpos de revisión la valoración de la admisión y la permanencia en la institución en los casos de ingresos compulsorios.

VI. Estrategias generales dirigidas a aumentar la seguridad de los pacientes en los diferentes ámbitos

La seguridad es, sin duda alguna, un principio fundamental para una buena atención al paciente y a la familia y un componente censor de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja y permanente que involucra a todo el Sistema de Salud Mental en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a:

- Prácticas clínicas seguras.
- Entorno de cuidados sanos.
- Seguridad del equipo.
- Monitoreo permanente sobre discrepancia en la seguridad en los pacientes, usuarios y familiares en general.

Es importante identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales para la seguridad del paciente en cada ámbito, y para encontrar soluciones generales a mediano y largo plazo para el conjunto del sistema.

Un gran número de los errores se relacionan con lo asistencial, pero no se puede olvidar que lo tecnológico y lo logístico juegan un papel importante, por lo que hay que verlo como la integración de tres grandes sistemas que interactuando determinan en mayor o menor

medida el evento no deseado, por lo que es necesario ir más allá de un modelo centrado en la depuración de la responsabilidad y la negligencia individual: es la estructura y organización en su conjunto la que requiere ser evaluada con la finalidad de efectuar acciones de mejora.

Si realmente se quiere lograr la calidad requerida, la atención a la seguridad y gestión de riesgo en salud mental, debe de analizarse en dos grandes vertientes: la hospitalaria y la ambulatoria. Podemos considerar a las unidades de hospitalización total como entornos de alto riesgo, ya que brindan una atención a pacientes vulnerables, que en su mayoría sufren alteraciones del juicio de realidad y de la conducta, que podrían ser sometidos a ingresos y a acciones terapéuticas involuntarias. Sin embargo, el ámbito comunitario también es un área donde los pacientes pueden sufrir daños.

Por tanto, el Sistema de Salud Mental en Cuba debe de establecer una estrategia dirigida a la seguridad del paciente con trastorno mental, mediante una gestión de riesgo coherente, con la finalidad de evitar o minimizar los eventos adversos, de ahí que se proponen las siguientes acciones, a cumplirse a corto plazo:

- Un programa nacional de seguridad del paciente con trastorno mental.
- Formación de los profesionales y demás trabajadores del sector en el tema de seguridad.
- Identificar, notificar y analizar los eventos adversos.
- Divulgar mediante la creación de una red nacional el tema en cuestión.

Para lograr estos objetivos, debe insistirse en la necesidad de construir una cultura de seguridad del paciente en el sistema. Los cambios culturales son tan complicados como necesarios para instituir procedimientos de seguridad del paciente en la práctica asistencial habitual. Las piezas claves en la seguridad y prevención de riesgos, así como en la reducción de las secuelas, son la cohesión del equipo de trabajo y la capacidad de liderazgo local.

Los equipos de trabajo deben aplicar las herramientas necesarias que le permitan conocer los diferentes factores y situaciones de riesgo existentes.

La seguridad del paciente psiquiátrico en el Sistema de Salud Mental, se concibe como la integración de tres grandes sistemas: seguridad asistencial, seguridad tecnológica y seguridad logística.

La seguridad asistencial: Está relacionada con el cumplimiento de todos los requerimientos de los procesos asistenciales: procesos médicos, procesos de enfermería, y procesos que están a cargo de asistentes u otros profesionales que laboran en el sistema. Como parte de esta, pueden citarse las siguientes acciones:

- Crear programas de formación y

perfeccionamiento para los profesionales en materia de seguridad del paciente.

- Crear programas de formación y perfeccionamiento para el personal asistente a pacientes en materia de seguridad del paciente.
 - Mantener, actualizar y extender el uso de los protocolos de prácticas clínicas a todos los niveles y ámbitos del sistema.
 - Mejorar la seguridad en el uso de los psicofármacos y procedimientos de alto riesgo como el tratamiento electroconvulsivo.
 - Establecer un instrumento de identificación de las fallas en la seguridad del paciente que permita su análisis y discusión.
 - Crear un sistema de vigilancia y análisis de efectos adversos a nivel provincial a través de un comité creado a tal efecto.
 - Considerar los derechos de los pacientes y/o familiares a la libertad de elección, y el respeto a la dignidad, por lo que la información constituye un elemento clave.
 - Considerar el consentimiento informado como elemento fundamental para el respeto a la autonomía.
 - Concebir la historia clínica como documento rector en la labor profesional.
 - Vigilar la comorbilidad de los pacientes en la comunidad con trastornos mentales crónicos, sin fuertes redes de apoyo familiar, a través de evaluaciones clínicas periódicas.
- Vigilar la comorbilidad en los pacientes hospitalizados a través de evaluaciones clínicas periódicas.

La seguridad tecnológica: Relacionada con el cumplimiento de los requerimientos de diseño y explotación tecnológica, tanto espacial como temporal, que permiten el servicio psiquiátrico. También involucra acciones como:

- Establecer un instrumento de identificación de las fallas en la seguridad del paciente, que permita su análisis y discusión.
- Implementar tecnologías seguras, para lo cual se debe cumplir con las exigencias tecnológicas establecidas.

La seguridad logística: Comprende el cumplimiento de todos los requerimientos de los procesos que tienen como objetivo garantizar las actividades vitales diarias del paciente psiquiátrico.

- Cumplir con el avituallamiento adecuado en cuanto a vestuario, calzado, ropa de cama según la estación del año, en los casos de pacientes hospitalizados.

- Velar por una correcta alimentación, teniendo en cuenta las necesidades particulares tanto en los casos de pacientes hospitalizados como en aquellos con trastornos mentales crónicos sin fuertes redes de apoyo familiar.

VII. Vías para lograr la seguridad del paciente en el orden asistencial

Múltiples pudieran ser las vías, en la actualidad se consideran fundamentales un conjunto de ellas:

La correcta recepción, conducción y estancia del paciente en el Sistema de Salud Mental

Desde que el paciente hace su primer contacto con el sistema de salud mental en cualquiera de sus ámbitos de intervención, debe ser recepcionado de manera correcta, brindándole toda la información necesaria sobre el lugar en que se encuentra, acerca de sus derechos, de quiénes lo atenderán, etcétera. Desde que establece el contacto con el personal médico se le ha de crear su historia clínica, documento esencial que recogerá toda la información obtenida del paciente y familiares, así como todos los procedimientos a realizar. Este documento se ha de custodiar celosamente por tener base legal sanitaria.

Los diferentes ámbitos de intervención tienen objetivos y características particulares que los diferencian entre sí. Por eso es importante hacer las especificaciones necesarias. Muchos de los pacientes atendidos no son capaces de comprender con claridad diferentes orientaciones que se les brindan, de ahí que la familia ha de participar en este proceso de forma activa.

Para lograr todo esto el médico debe de cumplir con sus obligaciones y conducir el proceso desde el principio según lo establecido, un tanto similar sucede con el personal de enfermería, quien tiene que velar por el enfermo, para lo cual debe de realizar una correcta aplicación de las normas y procedimientos establecidos; de igual forma y en los ámbitos en que existe el personal asistente a paciente, subordinado directamente al personal de enfermería, ha de realizar las labores inherentes a su función según se establece.

La toma de decisiones con los pacientes y/o familiares como vía para compartir los riesgos

La forma de relacionarse los profesionales, usuarios, pacientes en el sistema de salud ha cambiado en la actualidad con relación al pasado. Los principios de beneficencia y no maleficencia, se han visto superados por la autonomía, es decir, la capacidad de que el paciente participe activamente y de forma conjunta con el médico o equipo médico en la toma de decisiones, y por tanto, compartir los riesgos y los beneficios del proceso. Compartir las decisiones con el paciente y/o familiares dónde todos son actores del proceso asistencial, tras un proceso de consentimiento informado, ha determinado un cambio del paradigma tradicional.

El derecho que hoy en día tienen los pacientes y/o familiares a recibir información, constituye una

necesidad de primer orden para el buen desempeño del trabajo del equipo y del sistema de salud en general. Recibir información en cuanto al estado de salud, sobre las posibilidades diagnósticas y terapéuticas y sobre el pronóstico, el derecho a la libre elección del médico o del centro de salud, o el derecho a una segunda opinión médica sobre el tratamiento a usar, son cuestiones organizativas que han determinado un cambio en la práctica médica, lo que ha posibilitado un papel más activo, e independiente del paciente.

Con este tipo de conductas, se está enterrando el paternalismo que por siglos caracterizó la relación médico-paciente, y que aún en nuestros días se mantiene en aunque en menor medida.

En este contexto, surge como una necesidad impostergable el consentimiento informado, como documento fundamental para que quede plasmada en la historia clínica la responsabilidad compartida de todos los integrantes de este proceso de atención en salud.

El consentimiento informado: Importancia para la seguridad del paciente

El consentimiento informado es un proceso de comunicación y toma de decisiones clínicas de forma conjunta que implica un diálogo bidireccional entre médico y paciente, y en determinados casos, con los familiares, que culmina con la constancia escrita y firmada de un documento que hace saber del proceso a realizar con el enfermo, de las ventajas y desventajas, de las opciones existentes en el actuar médico. Este documento debe ser operativo y útil en la práctica y no verse como un medio de defensa del profesional, tendencia que puede afectar la relación de confianza entre el médico, el paciente y familiares. Se traduce en el acto voluntario del paciente y/o familiares informados aceptando el tratamiento y proceder médico a asumir.

Este instrumento es, sin duda alguna, una necesidad. Debe ser de uso obligatorio, si de un buen desempeño del funcionamiento del Sistema de Salud Mental se trata. Es una vía más para lograr seguridad del paciente.

En fin, para respetar la autonomía del paciente, este debe conocer y aceptar cualquier maniobra a la que vaya a ser sometido. Así, el paradigma básico del principio de autonomía es el consentimiento informado.

Al relacionar el consentimiento informado y el nivel de funcionamiento psicológico del paciente, los trastornos neuróticos difícilmente interferirán en la capacidad del que los padece, pero los cuadros donde se afecta el juicio crítico del individuo, y estamos hablando entonces de todos los trastornos de nivel psicótico, entorpecen el adecuado reflejo de la realidad circundante, dificultando así la total competencia del afectado. Es aquí donde la familia entra a formar parte del proceso.

En Cuba se sometió a la valoración de los niveles pertinentes un Proyecto de Ley de Salud Mental. En él se emplea el concepto de trastorno mental severo, definido como un trastorno sustancial del pensamiento, estado de

ánimo, orientación o memoria, que limita severamente el juicio crítico y la conducta, el reconocimiento de la realidad o la habilidad para afrontar adecuadamente las demandas habituales de la convivencia social y que requiere tratamiento médico, o supervisión y control para la protección de quien lo presenta o de otros.

Además, se define como peligrosidad el estado inherente a un trastorno mental en el que existe riesgo inmediato y relevante para la vida o integridad física de quien lo presenta, o de quienes lo rodean. Por la naturaleza misma del trastorno mental, sobre todo del psicótico, pueden presentarse situaciones en las que el proceder médico va contra la voluntad del paciente.

Uno de los más claros ejemplos de esta situación ocurre con el ingreso compulsorio, también llamado internamiento involuntario, que es aquel que se efectúa sin la anuencia del interesado, aunque exista autorización de la familia, representante legal o instancia judicial. Existe el ingreso compulsorio no judicial y el judicial, éste último exclusivamente orientado por el tribunal, una vez oído el criterio de dos expertos designados.

El proyecto de ley cubano en su Artículo 21, expresa que: "En todas las modalidades de ingresos compulsorios el paciente tendrá derechos de apelación a los cuerpos de revisión (órganos establecidos para que reconsideren la admisión o retención involuntaria de pacientes admitidos en instituciones psiquiátricas mediante este tipo de ingreso, representados por la Comisión de Ética de las instituciones y por los niveles administrativos y jurídicos correspondientes) en el plazo estipulado". En todo ingreso compulsorio, la anuencia del o los psiquiatras del servicio receptor debe ocurrir antes de las 72 horas de días hábiles del criterio del psiquiatra de emergencia; la recepción de un ingreso compulsorio por el psiquiatra de asistencia en sala, debe ocurrir antes de transcurridas 72 horas de días hábiles de la orden de ingreso, donde se transcribe el criterio del psiquiatra del servicio de emergencia. La comunicación del ingreso compulsorio a la familia, cuerpo de revisión y dirección del hospital, debe ocurrir en las primeras 72 horas del ingreso.

Para trasladar a un paciente potencialmente peligroso, un familiar, o incluso un miembro de la comunidad, pueden solicitar el servicio de ambulancia (SIUM). Cuando es necesaria esta acción, debe garantizarse además del personal paramédico que realiza el traslado, la presencia de un miembro del equipo de salud mental que propicie el adecuado tratamiento del paciente. Por lo general, el paciente que no acepta la idea del internamiento voluntario, rechazará igualmente el recibir cualquier tipo de medida terapéutica, sobre todo la utilización de psicofármacos por vía oral o parenteral. Aún así, el médico se ve obligado a emplearlos con el mismo criterio de urgencia psiquiátrica ya comentado, y para evitar que aparezcan complicaciones si se pospone su asistencia. Este sería el caso del denominado

tratamiento involuntario.

En el Artículo 4 del Proyecto de Ley citado, se expresa que "el ingreso compulsorio, al igual que el voluntario, no descarta el derecho del paciente a rechazar la terapéutica propuesta, siempre y cuando este se encuentre en estado de competencia mental para el consentimiento informado. En caso de que el paciente en tratamiento sea incompetente mentalmente y no pueda comprender las consecuencias de su negación o aceptación del tratamiento propuesto, tendrá derecho al consentimiento sustituto de un tutor designado por las instancias judiciales, el cónyuge, o un familiar cercano".

Es importante señalar que bajo ciertas circunstancias, se presentan excepciones en cuanto al consentimiento informado. Los casos más frecuentes son las emergencias médicas donde se requiere atención médica inmediata para prevenir daños serios o irreversibles, así como en casos donde por razón de incompetencia, el sujeto no es capaz de dar o negar permiso para un examen o tratamiento.

Requisitos que debe reunir el consentimiento informado

1. Capacidad: el individuo debe tener la capacidad de tomar decisiones.
2. Voluntariedad: Los sujetos deben decidir libremente a someterse a un tratamiento o participar en un estudio sin que haya persuasión, manipulación ni coerción. El carácter voluntario del consentimiento es vulnerado cuando es solicitado por personas en posición de autoridad, o no se ofrece un tiempo suficiente al paciente para reflexionar, consultar o decidir.
3. Información: Las opciones deben ser comprensibles y deben incluir el objetivo del tratamiento o del estudio; su procedimiento, los beneficios y riesgos potenciales.
4. Comprensión: Capacidad del paciente para comprender la información relevante.

Guía o protocolo de práctica clínica

Es una vía para la confianza y seguridad de los integrantes del proceso en salud; personal médico, paciente y familia. El objetivo general de toda guía o protocolo de práctica clínica, es la de elaborar recomendaciones para estandarizar la atención a pacientes, aplicables sobre todo a los diferentes servicios de salud, en relación a elementos como el diagnóstico y la terapéutica más recomendada, con el fin orientar al profesional en la toma de decisiones y mejorar el ajuste del tratamiento al paciente, al ofrecerle las diversas opciones terapéuticas disponibles según el contexto en que se realizan.

La base sobre la cual se sustenta la práctica clínica es principalmente el juicio clínico, es decir, el conjunto de conocimientos y experiencias adquiridos por cada profesional a través de su trayectoria profesional, y que se manifiesta en cada una de sus actuaciones y en la toma de decisiones frente a un paciente en específico.

Sin embargo, el desarrollo científico tanto en el orden cuantitativo como en el cualitativo de la investigación científica en el ámbito médico en general, y en el campo de la Psiquiatría en especial, hacen cada vez más difícil a los profesionales mantenerse al día en unos conocimientos que crecen y se diversifican de manera acelerada.

Por esta razón, resulta necesario facilitar a todos y cada uno de los profesionales que atienden a pacientes con trastornos mentales una información actualizada y fiable sobre los avances obtenidos por las investigaciones y que son aplicables a la práctica clínica. Una guía o protocolo, no es más que "un conjunto de recomendaciones diseñadas para ayudar a los profesionales sanitarios y a los usuarios a seleccionar la mejor opción en el diagnóstico y el tratamiento de condiciones clínicas específicas en circunstancias concretas".

La historia clínica, documento esencial de la buena práctica clínica.

La historia clínica es el documento que contiene las valoraciones e informaciones sobre la situación y evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. Se ha convertido en un documento más que sanitario, jurídico. En la actualidad, para la mayoría de los procesos de responsabilidad profesional la historia es el documento clave para confirmar si se ha realizado el acto médico con buena o mala praxis, y sobre todo, si se han respetado los derechos que la normativa reconoce a los pacientes. La historia clínica es sin lugar a dudas una de las herramientas de registro más imprescindibles para garantizar la continuidad asistencial y su uso se ha transformado en un elemento más de la buena práctica clínica. En fin, la historia clínica recoge información de tipo asistencial, preventivo y social.

Cumplimiento por parte del personal de enfermería de la responsabilidad, rutinas, normas y procedimientos

El cumplimiento adecuado de la responsabilidad, bajo la autoridad que emana de esta profesión, tiene un importante papel para garantizar la seguridad del paciente, lo que conlleva a realizar un trabajo de ejercicio técnico excelente, que consiste en presentar cuidados integrales a los pacientes, asumiendo las obligaciones morales como un compromiso para lo cual debe:

- Tener conciencia de las obligaciones que contrae.
- Enfrentar consecuentemente la toma de decisiones.
- Responder por los actos asumidos.

Al hablar del cumplimiento de las normas se hace necesario mencionar, entre otras, la adecuada administración de medicamentos, cumpliendo para ello con las diez reglas de oro dentro de los procedimientos:

1. Administrar fármacos correctos.
2. Administrar fármacos al paciente correcto.

3. Administrar la dosis correcta.
4. Administrar el fármaco por la vía correcta.
5. Educar al paciente y/o familiar sobre el fármaco que se va a administrar.
6. Verificar si el paciente es alérgico a algún medicamento.
7. Conocer el tipo de número de fármaco que se va a administrar.
8. Conocer posibles reacciones farmacológicas.
9. Registrar cada medicamento administrado.
10. Lavado de manos.

El lavado de las manos, se realiza con el propósito de eliminar grasas y suciedades, eliminar la flora bacteriana de las manos. Este proceder debe ser una práctica habitual de todos los profesionales de la salud.

La confidencialidad. Principio fundamental en el actuar de los profesionales de la salud mental

Todo aquel que trata con los datos de carácter personal de los usuarios del sistema de salud mental, o que mantiene relación laboral con ellos y por tanto, tiene acceso a la información confidencial, está obligado a mantener el secreto de la información a su alcance.

El secreto profesional alcanza no solo a los médicos, personal de enfermería, sino también a terapeutas ocupacionales, auxiliares de enfermería, asistentes a pacientes, personal administrativo, así como al personal auxiliar del sistema de salud mental.

La confidencialidad y privacidad se han de mantener en una primera instancia con la historia clínica, que debe estar custodiada de forma adecuada, permaneciendo accesible únicamente al personal autorizado.

Los preceptos de la privacidad deben ser observados en todos los campos de la vida hospitalaria, y del sistema de salud mental en todos sus ámbitos. La privacidad debe tomarse en cuenta en el momento de realizar la anamnesis, de la exploración física, cuando se le ha de brindar información a los familiares, en las conversaciones entre sanitarios en los pasillos, durante los controles de enfermería, las conversaciones telefónicas, etcétera.

Adiestramiento al personal encargado de la custodia de los pacientes en ambientes de hospitalización total

El personal de enfermería que desempeña su función en ambientes de hospitalización total, tiene a su cargo al personal conocido en nuestro medio como asistentes a pacientes, para lo cual debe velar por un adecuado desempeño de las funciones de estos. En relación a la atención y cuidados que han de realizar con los pacientes, son ellos los encargados directos de velar por la integridad física de los pacientes y los que le rodean. De manera conjunta con enfermería, velan por la correcta e integral atención, por lo que este personal debe recibir adiestramiento por parte de profesionales de enfermería y medicina, para lograr así un desempeño adecuado de su función. Una de las situaciones más

extrema, se da en los casos que los pacientes presentan excitación motora; en este sentido, existen normas para su contención física, que si bien es un procedimiento de enfermería, debe ser dominado también por los asistentes. Con el fin de lograr un proceder técnicamente correcto, se ha establecido en los diferentes ámbitos en los que se realiza, el protocolo para la restricción física del paciente agitado.

VIII. Seguridad en el uso de los psicofármacos

A nivel mundial, la seguridad con el uso de los medicamentos es una parte fundamental y esencial de todo programa de seguridad del paciente, por lo que se requiere la existencia de sistemas que permitan vigilar el desarrollo y la calidad de los medicamentos, informar sobre sus efectos perjudiciales y facilitar información precisa para su uso seguro.

Se entiende por reacciones adversas a los medicamentos (RAM), a las reacciones perjudiciales e inesperadas a medicamentos administrados a las dosis habituales con fines terapéuticos. Las RAM figuran entre las diez causas principales de defunción en todo el mundo.

Al menos el 60 % de las RAM son evitables, y sus causas pueden ser las siguientes:

- Diagnóstico erróneo.
- Prescripción del medicamento equivocado o de una dosis equivocada del medicamento correcto.
- Trastornos médicos, genéticos o alérgicos subyacentes.
- Automedicación con medicamentos que requieren prescripción;
- Incumplimiento del tratamiento prescrito.
- Reacciones con otros medicamentos (incluidos los medicamentos tradicionales) y determinados alimentos.
- Uso de medicamentos de calidad inferior a la norma, cuyos ingredientes y composición no se ajustan a las especificaciones científicas apropiadas y que pueden resultar ineficaces y a menudo peligrosos.
- Uso de medicamentos falsificados sin ingredientes activos o con ingredientes equivocados, que pueden ser peligrosos y hasta mortales.

Todo medicamento supone un compromiso entre los beneficios y los posibles perjuicios. Los riesgos pueden reducirse al mínimo asegurando la buena calidad, seguridad y eficacia del medicamento, y su prescripción y uso racionales. No hay medicamentos exentos de riesgos. Una evaluación atenta de los riesgos y beneficios de los medicamentos promueve la seguridad del paciente. El intercambio de información sobre los efectos adversos de los medicamentos fortalece la seguridad de estos y puede transformarse en decisiones normativas oportunas que salvaguarden la seguridad de

los pacientes cuando surgen problemas. Se denominan "medicamentos de alto riesgo" aquellos que tienen un "riesgo" muy elevado de causar daños graves, o incluso mortales, cuando se produce un error en el curso de su utilización. Esta definición no indica que los errores asociados a estos medicamentos sean más frecuentes, sino que de producirse, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves, por lo que han de ser objetivo prioritario en todos los programas de seguridad clínica.

En la actualidad, el uso de los diferentes grupos de psicofármacos se ha vuelto una práctica común en el actuar de los psiquiatras y otros profesionales de la salud, dada la acción de estos y la eliminación o atenuación de diferentes manifestaciones psicopatológicas con la consecuente reinserción social del paciente. Esto determina que su uso debe ser razonable, bajo estrictas indicaciones terapéuticas según lo establecido en los protocolos de prácticas clínicas. Compartir con el paciente y/o familiares la indicación de psicofármacos, se hace una práctica obligada en el quehacer de los psiquiatras.

Puede dar seguridad al paciente el hecho de indicarle que de presentarse algún efecto no deseado, no desista en comunicárselo, ya que, por ejemplo, la sequedad de boca, molestia provocada por la administración de antidepresivos, puede fácilmente superarse masticando chicles para aumentar la secreción salival, o si este síntoma es tolerable, esperando un par de días hasta que desaparezca, al adaptarse a la nueva situación los mecanismos compensatorios del organismo.

Por sus efectos adictivos, los psicofármacos son controlados. Su prescripción está controlada tanto a nivel nacional como internacional.

Algunas recomendaciones técnicas para facilitar la administración de psicofármacos, compartidas muchas de ellas con los pacientes, hacen que esta práctica sea más segura, eficaz y menos complicada:

- Evitar el uso de psicofármacos cuando no está justificado. La automedicación y el incumplimiento (por ejemplo, no respetar los horarios prescritos o suspender el fármaco antes de cumplimentar la duración del tratamiento establecida por el facultativo) son prácticas muy difundidas en general.
- Conocer el medicamento que se va a administrar: nombre del medicamento y para qué se utiliza. Normalmente esta información se encuentra en el prospecto que acompaña al medicamento. En caso de que no encuentre, o no comprenda alguna información, hay que consultar al médico.
- Conocer las contraindicaciones del medicamento, así como interacciones importantes con otros medicamentos, o con los alimentos.
- Es importante preguntar al paciente acerca de las alergias, enfermedades crónicas que padece, así

como de aquellos medicamentos que está tomando de forma regular.

- Conocer la dosis, la frecuencia de administración y la duración del tratamiento. Es importante asegurarse que la dosis administrada es la correcta. Si tiene alguna duda, confírmela.
- Asegurarse bien de la vía de administración.
- Precauciones especiales de administración: por ejemplo, tomar con las comidas o en periodos de ayuno.
- Conocer y vigilar los efectos adversos del medicamento.
- Los medicamentos no están exentos de efectos indeseables. Cuando se administra un medicamento por primera vez, es recomendable estar atento a la posible aparición de efectos adversos. Con frecuencia, y siempre que esté justificado, el médico podrá alertar de los efectos adversos más frecuentes.
- Si tras la administración de un medicamento se presentan reacciones adversas, debe comunicarlo lo antes posible al médico, quien debe este notificarlo en el modelo correspondiente.

Conservación y almacenamiento de los medicamentos

Por motivos de seguridad, es fundamental respetar las condiciones de almacenamiento correcto de cada medicamento. Por otra parte, hay que tener en cuenta que si el medicamento se conserva en condiciones distintas a las recomendadas, no se puede garantizar la caducidad expresada en el envase.

Algunos medicamentos deben refrigerarse, lo cual se consigna en el embalaje.

En general, todos los medicamentos deben guardarse en su envase original, en un lugar seco y cerrado, con protección.

Estrategias generales

1. Realizar una historia clínica farmacológica detallada que abarque:

Medicación actual y pasada.

Motivo de prescripciones anteriores.

Afecciones somáticas.

Hábitos orales y necesidad de psicoestimulación (café, cola, tabaco, alcohol, etcétera).

Sociabilidad y comentarios acerca de la medicación que suele tomar.

Motivo, esquema y seguimiento de la prescripción actual.

2. El seguimiento del enfermo debe hacerse con una frecuencia lo menos prolongada, estableciendo comunicación ya sea de forma personal o telefónica. En casos graves o difíciles de evaluar, se deberán recabar los datos evolutivos de la medicación al familiar o responsable de la

administración.

3. Los factores específicos más importantes en la administración de psicofármacos, son los que corresponden a la farmacodinamia, la farmacocinética y la biodisponibilidad.
4. Aprender a utilizar pocos fármacos es mejor que emplearlos todos mal.
5. Las diferencias en la respuesta clínica apreciada, dependen más de una buena o mala utilización.
6. Usar dosis bajas o medias, e ir incrementando de forma progresiva según la respuesta deseada y la tolerancia.
7. Establecer una búsqueda constante relacionada con las reacciones adversas y notificarlas oportunamente.
8. Llevar a cabo un uso permanente de las guías o protocolos de prácticas clínicas.
9. Establecer una información adecuada al paciente o familiares sobre el psicofármaco a usar relacionado con los objetivos de uso, reacciones adversas más frecuentes, conducta, etcétera.

IX. Seguridad en el uso del tratamiento electro convulsivo

Luego de un período de entusiasmo inicial, siguió una etapa de descrédito creciente. Uno de los factores que más ha contribuido al deterioro de la imagen del tratamiento electro convulsivo (TEC), ha sido la ausencia de diagnósticos precisos, lo cual la llevó a su uso en forma indiscriminada e incluso con un carácter punitivo. A lo anterior se agregaron complicaciones médicas, tales como fracturas óseas, confusión y trastornos de la memoria, complicaciones que se producían por la falta de equipos adecuados. Otro factor que contribuyó al decaimiento del entusiasmo por este tipo de procedimiento, fue la introducción en el mercado de los primeros antidepresivos y antipsicóticos. No obstante a lo anterior, la TEC jamás pudo ser retirada del arsenal terapéutico. Una proporción importante de sujetos con trastornos mentales, refractarios al manejo con medicamentos, experimentó mejoría de los síntomas después de su aplicación. Es por esto que se le ha reservado para casos en extremo severos, o como esquema de rescate en situaciones donde han fracasado las demás intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas. En la década de los 70, cuando el Colegio Real de Psiquiatría y la Asociación Americana de los Estados Unidos se declararon oficialmente a favor al uso de la TEC por su eficacia y sus escasos efectos adversos y mortalidad, se renovó fuertemente el interés por el tratamiento, lo que ha permitido el advenimiento de cambios tecnológicos importantes que evitan la mayor parte de las complicaciones, así como la realización de trabajos objetivos sobre el tema. Del mismo modo, se han normado las indicaciones y se ha exigido en la mayor parte de los países, incluyendo a Cuba, la solicitud del consentimiento informado. Por otra

parte, existe hoy en día información creciente sobre las limitaciones de la terapia psicofarmacológica y se ha demostrado fehacientemente la mayor eficacia y rapidez de acción de la TEC en algunos trastornos psiquiátricos. Además, existe una mejor comprensión de sus mecanismos de acción. La introducción de cambios tecnológicos en los equipos utilizados en la TEC, que entregan cantidades sustancialmente menores de estímulos eléctricos, junto a los cambios en las normas que regulan su aplicación, tales como el uso de anestesia general y oxigenación, han dado origen a lo que actualmente se conoce como tratamiento electro convulsivo con anestesia (TECA).

Pocas prácticas médicas generan tanto cuestionamiento como la TEC, sin embargo, la bibliografía científica refiere que es un tratamiento altamente eficaz y de escaso riesgo, que posee indicaciones precisas, interacciones, contraindicaciones y efecto adverso como cualquier otra terapéutica empleada a diario. Tiene en cambio una particularidad: coloca al psiquiatra en una situación conflictiva entre sus prejuicios y sus conocimientos.

El tratamiento, a pesar de las controversias en su uso, sigue siendo en la actualidad un recurso terapéutico de gran efectividad. En la provincia, se realiza en el servicio de Psiquiatría del Hospital General bajo un protocolo de práctica clínica en el que se hace referencia a los criterios para su indicación, las sesiones a aplicar, las principales contraindicaciones, eventos adversos, así como su procedimiento en general.

Estrategias generales

1. Mantener el uso del protocolo de práctica clínica para el TEC.
2. Garantizar un ambiente adecuado del paciente durante el tiempo que dure el tratamiento, teniendo siempre el apoyo de los familiares conjuntamente con el equipo médico.
3. Tener un control riguroso por parte del personal de enfermería del paciente bajo tratamiento, según lo indicado en el protocolo de práctica clínica.

X. Seguridad del paciente anciano.

Hoy Cuba se ubica entre los países más envejecidos con una población de 60 y más años de edad que representa el 18,1 %. Cienfuegos esta dentro de la zona más envejecida del país; entre las cuestiones que esto implica para el sistema sanitario, está el hecho de que constituye un sector poblacional que solicita cada día una mayor atención, en lo concerniente a promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

El proceso de envejecimiento implica una serie de cambios biológicos, psicológicos, y sociales, que hacen del anciano una persona especial a la hora de brindar una atención en salud.

Generalmente, los ancianos acuden al sistema acompañados por sus familiares, o por personas encargadas de su cuidado, aunque un grupo reducido

acude solo. Los motivos más frecuentes de consulta son las manifestaciones depresivas, trastornos ansiosos, trastornos del sueño, deterioro cognitivo y cambios de conducta. La medicación que requiere este tipo de afecciones, debe realizarse teniendo en cuenta los protocolos establecidos, con la premisa de que la polifarmacia provoca más daño que beneficios, que la orientación tiene un papel preponderante en la conducta terapéutica, que cuando es necesaria la hospitalización esta se ha de realizar en el tiempo más breve posible y estableciendo cuidados especiales en su custodia.

Estrategias generales

1. Participación activa del anciano y la familia en el proceso de tratamiento.
2. Brindar una atención particular atendiendo a su nivel de funcionamiento psicológico.
3. Mantener en lo posible al anciano en su medio habitual de vida.
4. El uso de los psicofármacos debe ser racional, a dosis adecuadas a las características biológicas, psicológicas y sociales, siempre comenzando por dosis muy bajas e incrementar según tolerancia y respuesta esperada.
5. Brindar apoyo, confianza, amor y seguridad en el proceder a realizar.

XI. Seguridad del paciente agitado.

Un proceder frecuente en la práctica psiquiátrica es la restricción del paciente agitado, tanto a nivel comunitario como a nivel hospitalario. Entre las urgencias psiquiátricas se encuentran los pacientes que requieren atención por agitación y/ o conductas agresivas. La agitación psicomotriz es un síndrome englobado en los trastornos de la conducta, caracterizado por un aumento significativo o inadecuado de la actividad motora, con acompañamiento de alteraciones de la esfera emocional. Las formas de presentación aguda requieren atención inmediata, que suele brindarse en la atención primaria, primer contacto con el sistema sanitario. La intensidad del cuadro puede variar desde una mínima inquietud a una actividad de movimientos extrema sin finalidad alguna; cuando esa hiperactividad tiene un objetivo determinado, hablamos de agresividad o violencia, que puede manifestarse como hostilidad, brusquedad con tendencia a la auto o hetero destrucción.

Las causas pueden ser psiquiátricas, orgánicas o derivadas del abuso de sustancias. En los pacientes psiquiátricos aumenta el riesgo de conducta violenta cuando coexiste el consumo abusivo de sustancias. Algunas causas orgánicas pueden tener consecuencias potencialmente graves, e incluso fatales.

El paciente puede acudir por propia iniciativa, solicitando ayuda por una vivencia indeseada de su agresividad o falta de control, pero lo más frecuente es que llegue con los familiares u otras personas, o que sean las fuerzas del orden público los que soliciten la atención médica.

Múltiples son los factores que dificultan la actuación de los profesionales ante el paciente agitado, entre ellos, la presión para una actuación médica rápida, las implicaciones legales que tienen estas conductas y el componente emocional que generan estas situaciones de agitación.

Estrategias generales

1. Mantener el uso del protocolo de práctica clínica para el paciente agitado.
2. Garantizar un ambiente adecuado del paciente durante el tiempo que dure la restricción física.
3. Mantener una vigilancia estrecha de las funciones vitales por parte del personal de enfermería.

La seguridad del paciente y su aplicación en el Sistema de Salud Mental en la provincia, ha tomado como base lo referido por la Agencia Nacional para la Seguridad del paciente (NPSA) del Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido, la cual ha planteado una serie de pasos con la finalidad de lograr el desarrollo de una organización segura, cuyo objetivo es crear una cultura de seguridad a partir de los incidentes que afectan a los pacientes y usuarios del sistema:

1. Construir una cultura de seguridad.
2. Fomentar el liderazgo del equipo de personas.
3. Integrar las tareas de gestión de riesgos en la práctica cotidiana.
4. Promover la información de eventos adversos.
5. Involucrar y comunicarse con los usuarios y los ciudadanos.
6. Aprender y compartir lecciones de seguridad.
7. Implementar soluciones para prevenir daños.

Consideraciones finales

La seguridad del paciente con trastorno mental es un elemento clave y prioritario. Los errores y la falta de calidad redundan en daños no solo para los usuarios, sino también para los profesionales y el resto de los trabajadores, y traen consigo un incremento de los gastos. La mejor vía para adoptar soluciones precisas y útiles será la de pensar en términos de sistema.

Los usuarios de los diferentes ámbitos del sistema de salud mental, en especial aquellos que se encuentran en situaciones de manifestaciones psicopatológicas agudas, son fundamentalmente vulnerables a un número considerable de riesgos; riesgos que pueden ser causa de la propia conducta del paciente, de la conducta de otros pacientes, o sencillamente de los cuidados y procedimientos que reciben en las diferentes áreas de atención por el personal que los asiste. El hecho de que el paciente sufra una merma en sus capacidades cognitivas, conductuales, multiplica aún más su vulnerabilidad para recibir algún daño. Desde el pasado año se ha comenzado a prestar especial atención a la seguridad de los usuarios del sistema de salud mental en Cuba. Se han realizado eventos de carácter nacional con el objetivo de producir un cambio en la cultura, para

lograr trabajar con seguridad, en una gestión de riesgos o posibles riesgos; identificándolos, analizándolos, divulgándolos para corregirlos. Este trabajo forma parte de ese empeño, es decir, de concientizar a los profesionales implicados en este complejo proceso, de conceder al tema el espacio y la relevancia que merece.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, eds. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academies Press; 1999.
2. Ceriani Cernadas JM. La OMS y su iniciativa Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente [editorial]. *Arch Argent Pediatr*. 2009;107(5):385-6.
3. Garjón Parra J, Gorricho Mendivil J. Seguridad del paciente: cuidado con los errores de medicación. *Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra* [revista en Internet]. 2010[citado 12 Sep 2011]; 18(3):[aprox. 40p]. Disponible en: http://www.navarra.es/appsext/DescargarFichero/default.aspx?codigoAcceso=PortalDeSalud&fichero=bit/Bit_v18n3.pdf.
4. Chantler C. The role and education of doctors in the delivery of health care. *Lancet*. 1999;353(9159):1178-81.
5. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse Events in British Hospitals: Preliminary Retrospective Record Review. *BMJ*. 2001;322(7285):517-9.
6. Martínez López FJ, Ruiz Ortega JM. *Manual de Gestión de Riesgos Sanitarios*. Madrid: Ed Diaz de Santos;2001.
7. Mira JJ, Rodríguez Marín J. Análisis de las condiciones en las que los pacientes toman decisiones responsables. *Medicina Clínica*[revista en Internet]. 2001[citado 12 Sep 2011];116(3):[aprox. 12 p]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/2/104.pdf>.
8. Herrero A, Reyes A, García F. Valoración del consentimiento informado por médicos y pacientes. *Rev Calidad Asistencial*. 2001;16(8):706-13.
9. Bates DW, Gawande AA. Improving safety with information technology. *N Engl J Med*. 2003; 348(25):2526-34.
10. Thomas EJ, Petersen LA. Measuring errors and adverse events in health care. *J Gen Intern Med*. 2003;18(1):61-7.
11. Grasso BC, Genest R, Jordan CW, Bates DW. Use of chart and record reviews to detect medication errors in a state psychiatric hospital. *Psychiatr Serv*. 2003;54(5):677-81.
12. Michel P, Quenon JL, de Sarasqueta AM, Scemama O. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. *Brit Med J*. 2004;328(7433):199-202.
13. Field MJ, Lohr KN. *Guidelines for Clinical Practice: From development to use*. Washington D.C.: National Academies Press;1992.
14. Organización Mundial de la Salud. *Calidad de la atención: seguridad del paciente* [Internet]. Ginebra: OMS; 2002 [citado 3 May 2011]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf>.
15. León Roman CA. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Rev Cubana Enfermer* [revista en Internet]. 2006[citado 3 May 2011];22(3):[aprox. 9p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enf07306.html.
16. Brennan TA, Leape LL, Laird N, Hebert L, Locadio AR, Barnes BA, et al. Incidence of adverse effects and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991;324(6):377-84.
17. World Health Organization. *World Health Alliance for Patient Safety. Forward Programme*[Internet]. Geneva:WHO;2004 [citado 3 May 2011]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.
18. Brennan TA, Leape LL, Laird N, Hebert L, Locadio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse effects and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1991;324(6):370-6.
19. Guimón J. La evaluación del respeto a los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos: un manual de calidad. *Psiquis*. 2004;25(2):5-9.
20. Silva Hernández CA. La autonomía, la integridad y el consentimiento informado. Su importancia en ética médica. *Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana* [revista en Internet]. 2005[citado 12 Abr 2011];2(2):[aprox. 5p]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0205/hph020805.htm>.

21. Núñez de Villavicencio F. Consentimiento educado vs. Consentimiento informado. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2006 [citado 3 May 2011];32(4):[aprox. 7p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_4_06/spu11406.htm.
22. González Menéndez R. Humanismo, espiritualidad y ética médica. La Habana: Editora Política; 2005.
23. Ernst F, Grizzle A. Drug-related Morbidity and Mortality: Updating the Cost-of-Illness Model. J Am Pharm Assoc. 2001;41(2):192-9.