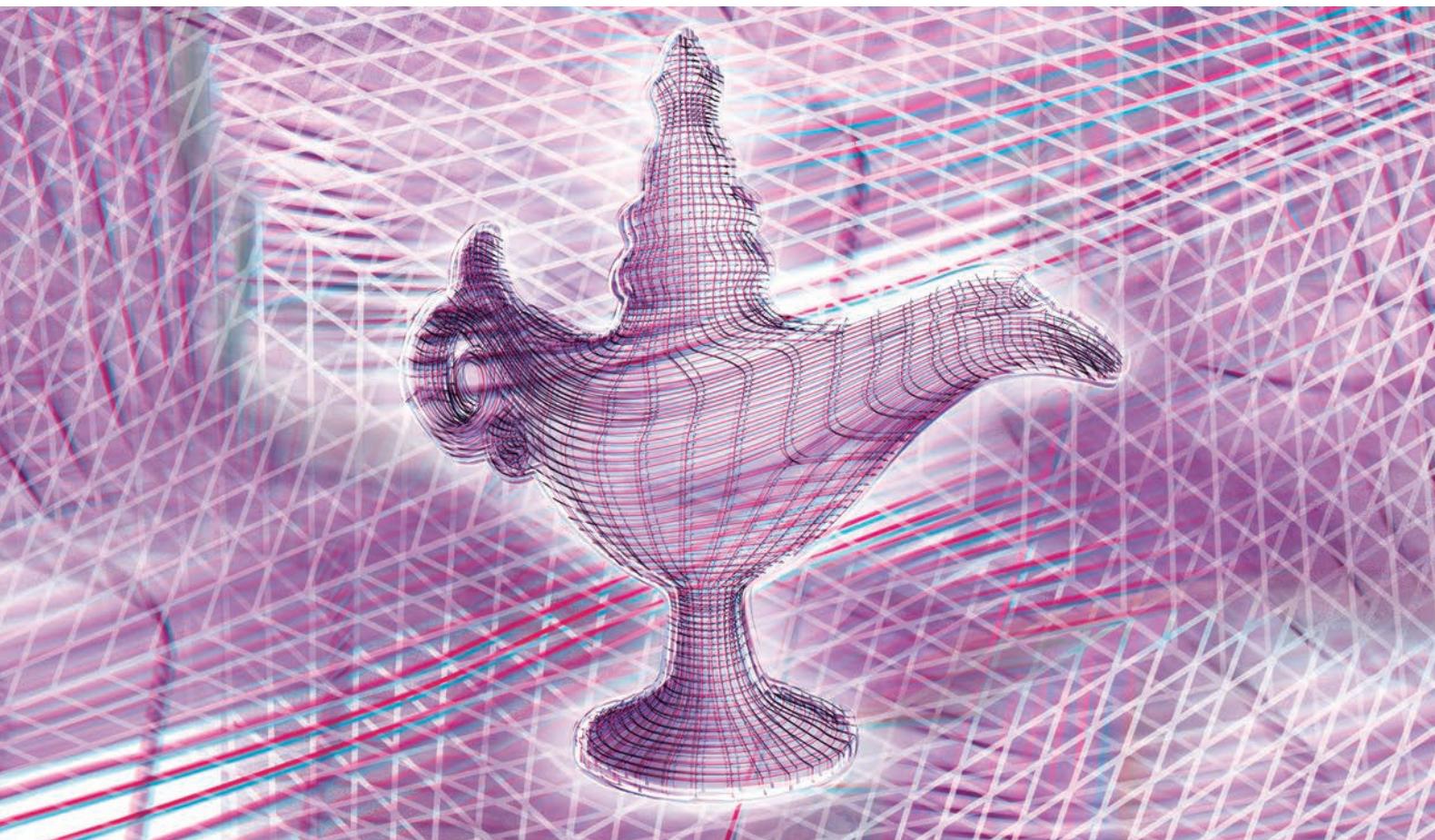


REVISTA CONAMED

Órgano Oficial de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México.

Volumen 24, Número 1, Enero - Marzo, 2019

ISSN 2007-932X



Práctica de enfermería

Nivel de conocimientos en
flebitis por terapia intravenosa

Calidad del proceso de enlace
de turno de enfermería

Enfermería y úlceras
por presión en México

Lista de verificación
de la seguridad de
la cirugía

Prestación de servicios
médicos particulares

Discriminación
a las personas
con epilepsia



Inicio agudo (minutos a horas) de un síndrome que afecta a piel y/o mucosas con urticaria generalizada, prurito o eritema; angioedema en labios, úvula o lengua, parestesias en orofaringe, hiperemia conjuntival, en ocasiones palidez generalizada junto con al menos uno de los siguientes:

Manifestaciones cardiovasculares:

Disminución de la presión arterial, taquicardia, bradicardia, arritmias, paro cardíaco o síntomas de disfunción orgánica/neurológica (síncope, hipotonía, incontinencia/confusión, irritabilidad, cefalea, inquietud, vértigo, somnolencia, letargo en bebés, convulsiones).



Compromiso respiratorio: Rinorrea, obstrucción nasal, tos, disnea, taquipnea o bradipnea, dificultad para hablar, sibilancias, estridor laríngeo, hipoxemia, cianosis.



Síntomas gastrointestinales persistentes:

Dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, disfagia, regurgitación en lactantes.

Fuente: Grupo Anafilaxia CONAMED / Diseño: Jorge Collado

Plan de acción para la

ANAFILAXIA

en el consultorio médico de atención primaria

- 1** Colocar al paciente en decúbito supino con las extremidades inferiores levantadas o sentado si hay dificultad respiratoria o vómito, valorar **vía área permeable, respiración y circulación**



Administrar adrenalina por vía **INTRAMUSCULAR** en el vasto externo de la extremidad inferior (muslo) con jeringa de insulina con aguja de **22G y 32mm**.

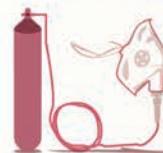


Edad	Dosis y volumen de adrenalina
Adulto o niño > 12 años	Dosis y volumen usando 1 mg/ml de adrenalina (1:1,000)
Niños 6 - 12 años	0.3 mg (= 0.3 ml)
Niños < 6 años	0.15 mg (= 0.15 ml)

Solicitar ayuda y una ambulancia al **911**.



- 4** Administrar **oxígeno** con mascarilla a 6-8 litros/minuto.



Administrar **solución salina 0.9% (isotónica)** intravenosa 20ml/kg en niños y adultos 1,000 ml lo más rápido posible.

- 6** Difenhidramina, por vía **intravenosa o intramuscular**.

Difenhidramina	
Niños: 1.25 mg/kg/dosis (Máx. 50 mg.)	IM, IV, Oral: cada seis a ocho horas.
Adultos: 25-50 mg.	



- 7** Hidrocortisona por vía **intravenosa o intramuscular**.

Hidrocortisona	
> 12 años y adultos: 200 mg.	Administración lenta
> 6 - 12 años: 100 mg.	en infusión IV o
> 6 meses - 6 años: 50 mg.	intramuscular para
< 6 meses: 25 mg.	evitar hipotensión.

- 8** Valorar al paciente, si persisten los síntomas **RESPIRATORIOS Y CIRCULATORIOS** administrar más dosis de **ADRENALINA** por vía **INTRAMUSCULAR** cada **5 MINUTOS** hasta que los síntomas desaparezcan.



Trasladar al paciente a Urgencias de un centro hospitalario más cercano para observación por lo menos por 6 horas.

9

En caso de paro cardio-respiratorio en cualquier momento inicie el protocolo de resucitación cardiopulmonar.

10

REVISTA CONAMED

• Vol. 24 Núm. 1, Enero-Marzo 2019 •

- Editorial 3** **Práctica de enfermería en México, carencias y perspectivas**

*Nursing practice in Mexico,
Perspectives and shortcomings*

Alma Lidia Almiray-Soto

- Artículos originales 5** **Nivel de conocimientos del personal de enfermería en flebitis por terapia intravenosa**

The level of knowledge of nurses regarding the phlebitis caused by intravenous therapy

Omar Hernández-Pérez, Renata Saucedo-García, Guillermina Romero-Quechol

- 11** **Calidad del proceso de enlace de turno de enfermería y seguridad del paciente**

Quality of the nursing shift link process and patient safety

Ana María de Jesús Yáñez Corral, Rosa Amarilis Zárate Grajales

- 21** **Cobertura de enfermería, mortalidad y úlceras por presión en México**

Nursing coverage, mortality and pressure ulcers in Mexico

Rey Arturo Salcedo-Álvarez, Blanca Consuelo González-Caamaño, José Cruz Rivas-Herrera, María de Lourdes Alemán-Escobar, Andrea del Prado-Vázquez, Erick Giovanni Serratos-Pérez

- Seguridad del paciente 30** **Estrategia para favorecer la actitud hacia la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía**

Educational strategy for the improvement of nursing staff's attitude towards the Surgical Safety Checklist

Perla Karelina Estrada-Rodríguez, Roberto Palemón González-Cobos

- Derecho sanitario 38** **El derecho humano a la salud, la representación aparente y la responsabilidad en la prestación de servicios médicos particulares**

The human right to health, apparent agency and liability in private healthcare services

Antonio Grayeb Cervantes

- Derechos humanos y salud 46** **Discriminación laboral en México a las personas con epilepsia. Repercusión bioética**

Labor discrimination in Mexico for people with epilepsy. Bioethical repercussion

Amparo Ponce-Arango, Lilia Núñez-Orozco, Gerónimo Medrano-Loera, Alfonso Reyes-López, Guillermo Cantú-Quintanilla



REVISTA CONAMED

Director General

Dr. Onofre Muñoz Hernández

Editor

Dr. Fernando Meneses González

Director Asociado

Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández

Co-editores

Dra. Leticia de Anda Aguilar

Dr. José de Jesús Leija Martínez

Comité Editorial

Lic. Juan Antonio Orozco Montoya
Dr. Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez
Dra. Carina Xóchitl Gómez Fröde
Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México

Dr. Miguel Villasis Keever
Dr. Rafael Arias Flores
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Dr. Jesús Reyna Figueroa
Petróleos Mexicanos, México
Dra. Silvia Rosa Allende Pérez
Instituto Nacional de Cancerología, México

Dra. Jessica Guadarrama Orozco
Hospital Infantil de México Federico Gómez, México

Dr. Dionisio Herrera Guibert
Training Programs In Epidemiology Public Health Interventions Network, USA

Dr. Juan Francisco Hernández Sierra
Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México

Dr. Fortino Solórzano Santos
Hospital Infantil de México Federico Gómez, México

Dr. Pedro Jesús Saturno Hernández
Instituto Nacional de Salud Pública, México

Dr. Alejandro Treviño Becerra
Editor de la Revista Gaceta Médica de México (ANM)

Consejo Editorial

Dr. Juan Garduño Espinosa
Red Cochrane, México

Dr. Carlos Santos Burgoa
The George Washington University and Milken Institute, USA

Dr. Gregorio Tomás Obrador Vera
Facultad de ciencias de la salud, Universidad Panamericana, México

Dra. Teresita Corona Vázquez
Academia Nacional de Medicina, México

Dr. Juan Miguel Abdo Francis
Academia Mexicana de Cirugía, México

Dr. Guillermo Fajardo Ortíz
Facultad de Medicina UNAM, México

Dra. María Dolores Zarza Arizmendi
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM, México

Dr. Carlos Castillo Salgado
Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, USA

Dr. Tomás Barrientos Fortes
Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac, México

Dr. Gilberto Guzmán Valdivia Gómez
Facultad Mexicana de Medicina Universidad La Salle, México

Dr. Ricardo García Cavazos
Escuela Superior de Medicina, IPN, México

Dr. Manuel Ruiz de Chávez
Comisión Nacional de Bioética, México

Dra. Matilde Loreto Enríquez Sandoval
Academia Nacional de Educación Médica, México

Jonas Gonseth-García
Office of equity, gender and cultural diversity (EGC) Organización Panamericana de la Salud, México

Dra. Diana Celia Carpio Ríos
Secretaría de Salud del Estado de Michoacán, México



Portada: Jorge Collado

La REVISTA CONAMED está registrada en los siguientes índices:

Medigraphic • Dialnet • PERIODICA • Biblat • LATINDEX • IMBIOMED • CUIDEN • BVS • EBSCO



Impresa en Papel Libre de Ácido
(Printed on Acid Free Paper)

REVISTA CONAMED, Año 24, No. 1, enero-marzo 2019, es una publicación trimestral editada por la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, calle Lieja No. 7, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Tel. 52 (55) 5062-1600, www.salud.gob.mx. Editor responsable: Dr. Onofre Muñoz Hernández, Comisionado Nacional de Arbitraje Médico. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2014-040110340300-203, ISSN: 2007-932X, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este Número, Dirección General de Difusión e Investigación CONAMED. Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández, calle Mitla, No. 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenio), Col. Vértiz Narvarte, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03020. Tels. 52 (55) 5420-7043, www.conamed.gob.mx, revista@conamed.gob.mx, fecha de última modificación, 27 de mayo de 2019. Los artículos firmados son responsabilidad del autor. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. REVISTA CONAMED se publica bajo la política de Acceso Abierto (Open Access) y está disponible bajo Licencia Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional, por lo que se permite compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra y hacer derivadas, citando la fuente.

Práctica de enfermería en México, carencias y perspectivas

Nursing practice in Mexico, Perspectives and shortcomings

Alma Lidia Almiray-Soto*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la práctica de enfermería como una disciplina multidisciplinaria que comprende la promoción a la salud, prevención de enfermedades, atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.¹

Para el profesional de enfermería en México, estas actividades se ven influenciadas por diversos factores, entre ellos su historia, la enseñanza, la globalización y el humanismo,² además del compromiso individual para el desarrollo profesional.³

En este contexto, es necesario considerar que las mayores carencias de la profesión de enfermería tienen origen en su historia, donde en épocas pasadas la atención del enfermo era proporcionada exclusivamente por mujeres (por su origen de género y función), generalmente el cuidado estaba a cargo de comadronas y religiosas, en consecuencia, el cuidado proporcionado se limitaba a lo tradicional y a la experiencia.⁴

Con el paso del tiempo, la enseñanza de enfermería ha progresado significativamente y con el surgimiento de la licenciatura y especialidades a nivel universitario (años 80 y 90) ha permitido desarrollar bases teóricas propias. Sin embargo, en un estudio realizado por Sánchez et al. se observaron todavía ciertas carencias u obstáculos percibidos por el profesional de enfermería que influyen en la práctica del cuidado como son:⁵

- Prácticas apegadas a la rutina.
- Actitudes reacias al cambio.
- Escasa colaboración entre colegas.
- Ideas negativas por parte del personal de salud (médicos) con respecto a la eficiencia en la atención y a la realización de investigación.
- Sobrecarga asistencial.
- Escasa dotación de recursos.
- Formación basada en lo tradicional.
- Falta de tiempo para actualización.
- Dificultad para hacer investigación.

Dentro de este panorama, el profesional de enfermería enfrenta retos importantes implicados con la globalización (avance rápido de las tecnologías, relaciones políticas, económicas y exteriores), en la salud, el incremento en la esperanza de vida de las personas; donde las enfermeras requieren incrementar sus talentos,² su capacidad creativa e innovadora, con conocimientos científicos y a la vez humanísticos

* Maestra en Ciencias de la Salud en Epidemiología Clínica de la Universidad Nacional Autónoma de México. Enfermera Especialista Infantil, Hospital Infantil de México «Federico Gómez».

Correspondencia:
ALAS, almirayalma@gmail.com

Conflictos de intereses:
La autora declara que no tiene.

Citar como: Almiray-Soto AL. *Práctica de enfermería en México, carencias y perspectivas*. Rev CONAMED 2019; 24(1): 3-4.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de apoyo económico o financiamiento del sector público, comercial, o sin ánimo de lucro.

Recibido: 21/03/2019.

Aceptado: 26/03/2019.

(ética y bioética), para que converjan con el aumento de la esperanza de vida y la mejora en la calidad de vida, situación que todavía enfrenta dificultades.⁶

Además, con la creación de diversos postgrados y doctorados (administración, docencia) dentro de su mismo gremio, realizando investigación,⁷ es necesario que los profesionales de enfermería tomen conciencia de la importancia de fundamentar el cuidado con alto rigor metodológico para que se puedan generalizar y estandarizar técnicas y procedimientos que contribuyan al mejoramiento de la salud, no sólo del paciente enfermo, si no también en la prevención de enfermedades como las que actualmente tienen alta prevalencia y mortalidad (diabetes, hipertensión, obesidad, etcétera); para lo cual se requiere un nivel de mayor profundidad en la forma de realizar investigación para una toma de decisiones con base en la evidencia científica.

En lo relacionado a la educación, es necesario una formación rigurosa, que les permita a los futuros profesionales desarrollar conocimientos y habilidades científicas, utilizando recursos tecnológicos avanzados como el manejo de búsqueda de la información, conocimientos de bioestadística, metodología de la investigación, así como el dominio de otros idiomas para elegir la evidencia científica más elevada que ayude su práctica profesional; y así desarrollar investigaciones para mejorar las necesidades de salud de la población y responder a las exigencias sociales actuales.

Las enfermeras debemos tener presente la investigación en todo momento, pues permite enfatizar el trabajo autónomo de la profesión, generar evidencias y reafirmar competencias. Adicionalmente, es posible traspasar fronteras con otros colegas al compartir conocimiento científico ya sea en congresos, seminarios y estancias académicas.

Lo anterior estimula y aumenta la motivación del profesional para mantener el compromiso individual necesario en el hacer de la práctica profesional.

No debemos olvidar las palabras de Florence Nightingale: «la observación indica cómo está el paciente, la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar, cómo pensar y qué pensar».

Profesionalmente, la práctica de enfermería requiere «la observación, la reflexión, la formación investigativa y científica para pensar con conciencia creativa, tomar decisiones que mejoren la salud y aumenten el nivel de calidad de vida de las personas. Es decir, formar profesionales científicas(os) de alto rendimiento y competitivas internacionalmente».

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermería. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/topics/nursing/es/>
2. Paravic KT. Enfermería y globalización. Cienc Enferm. 2010; 16 (1): 9-15.
3. Salcedo AR. El profesional de enfermería que México necesita. Rev Enferm IMSS. 2017; 25 (1): 75-79.
4. Cuevas GL, Guillen CD. Breve historia de la enfermería en México. Revista Electrónica de Investigación en Enfermería FESI-UNAM. 2012; 1 (1): 71-80.
5. Sánchez GI, López MI, Pancorbo HP. Obstáculos percibidos por las enfermeras para la práctica basada en evidencias: un estudio cualitativo. Enfermería Clínica. 2013; 23 (6): 279-283.
6. Soria RZ, Montoya AB. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. Papeles Poblac. 2017; 23 (93): 59-93.
7. Aimar A, Videla N, Torre M. Tendencias y perspectivas de la ciencia enfermera. Enfermería Global. 2006; (9): 1-9.

Nivel de conocimientos del personal de enfermería en flebitis por terapia intravenosa

The level of knowledge of nurses regarding the phlebitis caused by intravenous therapy

Omar Hernández-Pérez,* Renata Saucedo-García,** Guillermina Romero-Quechol***

RESUMEN

Introducción: Al no ser identificadas y tratadas de manera adecuada por el personal de enfermería, las complicaciones por el manejo de terapia endovenosa se derivan en infecciones nosocomiales y eventos adversos que prolongan la estancia del paciente y generan altos costos a las instituciones de salud, por lo tanto se tiene por objetivo identificar el nivel de conocimientos de flebitis con relación al nivel académico, categoría y antigüedad laboral. **Objetivo:** Describir el nivel de conocimientos del personal de enfermería en flebitis por manejo de terapia endovenosa. **Material y métodos:** Estudio observacional, transversal y analítico en una población de 54 enfermeras en un hospital de tercer nivel. **Resultados:** 66.7% de la muestra presentó un nivel de conocimientos alto; sin embargo, no identificó correctamente los grados de flebitis, además de que 88.9% de población no ha tomado un curso respecto al tema. Se realizó una correlación de Pearson entre las variables de nivel de conocimientos con nivel académico, categoría y antigüedad laboral. **Conclusión:** El nivel de conocimientos del personal de enfermería es alto, pero no existe correlación entre otras variables tales como nivel académico, categoría y antigüedad laboral.

Palabras clave: Flebitis, enfermería, infusiones intravenosas, nivel de conocimientos.

ABSTRACT

Introduction: When the complications caused by the intravenous therapy, are not identified and adequately addressed by nurses, cause nosocomial infections and adverse events that prolong the stay of the patient and generate high costs to health institutions, therefore, the aim is to identify the level of knowledge of phlebitis in relation to the academic level, category and seniority. **Objective:** To describe the level of knowledge of nurses regarding the phlebitis caused by intravenous therapy. **Material and methods:** Observational, cross-sectional and analytical study in a population of 54 nurses in a third level hospital. **Results:** 66.7% of the sample showed a high level of knowledge, however they could not identify correctly the degrees of phlebitis, besides, 88.9% of the population has not taken a course on the subject, Pearson correlation was applied between variables: level of knowledge with academic level, grade and seniority. **Conclusions:** The level of knowledge of nurses is high, but there is no correlation between other variables such as academic level, grade and seniority.

Key words: Phlebitis, Nursing, infusions intravenosas, level knowledge.

* Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI.

** Unidad de investigación Médica de Enfermedades endocrinias.

*** Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios en Salud.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Correspondencia:

OEHP,
enfermeriacuidanet@gmail.com

Conflictos de intereses:
Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Hernández-Pérez O, Saucedo-García R, Romero-Quechol G. *Nivel de conocimientos del personal de enfermería en flebitis por terapia intravenosa*. Rev CONAMED 2019; 24(1): 5-10.

Recibido: 26/01/2018.

Aceptado: 07/05/2018.

INTRODUCCIÓN

Una de las características más importantes que derivan en la estancia prolongada del paciente durante su proceso de hospitalización es la adhesión de infecciones nosocomiales, por lo que gran parte de ellos llevan un tratamiento enfocado en procedimientos invasivos que, debido a su naturaleza, derivan en un riesgo de infección.

La incidencia relacionada con las líneas vasculares, que incluye a la bacteriemia vinculada con el catéter, es una de las principales causas de eventos adversos asociados a la atención integral del paciente hospitalizado que ocasiona morbilidad y mortalidad por los costos de atención, siendo una de las tres primeras causas de infecciones nosocomiales,¹ pues los costos de las bacteriemias asociadas al catéter generan de \$10,000 a \$20,000 dólares en promedio por episodio.²

La Red de Vigilancia Hospitalaria (ROVHE) indica una incidencia de bacteriemias asociadas al catéter de 7.9 y 6.5/1,000 días-catéter en 2007 y 2008, respectivamente.³

En las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAES) del Instituto Mexicano del Seguro Social, (IMSS) se reportaron 3,082 episodios de bacteriemia relacionados con los años de 2007 a 2011.

Particularmente en el Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Especialidades «Dr. Bernardo Sepúlveda», en los dos últimos años se ha incrementado considerablemente, 40 casos de bacteriemia asociadas al tratamiento intravenoso y 11 casos por flebitis en 2014; 55 casos de bacteriemia asociados al tratamiento intravenoso y 21 por casos de flebitis en 2015.⁴

Los servicios de medicina interna, nefrología, neurología, hematología, gastroenterología y cirugía son donde más se manifiestan. Por lo anterior, es importante que los profesionales de la salud actualicen sus conocimientos respecto de los avances y cuidados de los pacientes con carácter humanista y ético, a fin de que identifiquen los riesgos y problemas potenciales que puedan prevenirse con la aplicación de los protocolos basados en la mayor evidencia científica y apegados a los estándares nacionales e internacionales en esta materia.⁵

Lo anterior se ve aunado de manera inherente al tratamiento de las diversas patologías y a la

complejidad de las mismas, por lo que en México de 85 a 90% de pacientes que ingresan a un centro hospitalario requieren de un acceso vascular, ya sea periférico o central, que expone al paciente a presentar algún tipo de evento adverso relacionado con el manejo del sistema integral de terapia intravenosa.⁶

El profesional de enfermería es partícipe de estos procedimientos, particularmente en la instalación de dispositivos intravasculares, en la que brinda cuidados para la inserción, mantenimiento y retiro del catéter, y su uso es frecuente para el diagnóstico, tratamientos curativo o paliativo de los pacientes, además de otros usos aún más cotidianos en su labor como la administración de medicamentos, fármacos, hemoderivados, nutrición parenteral total o monitorear el estado hemodinámico del paciente.

No obstante, el personal debe conocer el procedimiento que conlleva todo el manejo de la terapia endovenosa; una herramienta importante es la Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012,⁷ que instituye las condiciones para la administración de terapia de infusión intravenosa en los Estados Unidos Mexicanos y se ha desarrollado con el propósito de establecer las condiciones necesarias y suficientes que favorezcan una práctica clínica homogénea que coadyuve a lograr una atención segura y libre de riesgos. Asimismo, instituye los requisitos mínimos para la instalación, el mantenimiento y el retiro de los accesos venosos periféricos y centrales para contribuir a la mejora de la calidad en la atención de los pacientes.

Con base en las complicaciones, el personal de enfermería debe identificar la definición de flebitis, los grados y tipo de flebitis, un claro ejemplo es la escala de flebitis de Maddox.⁸

El uso de estos dispositivos se hace complejo por la variedad de complicaciones relacionadas con su uso, las cuales se ven reflejadas en infecciones locales o sistémicas.⁴

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trató de un estudio observacional, transversal y analítico con una muestra de estudio aplicada a 54 enfermeras(os) de tres categorías (auxiliar de enfermería general, enfermeras generales y jefes de piso), de los servicios de hospitalización del

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, en el cual se obtuvo una muestra a través de una fórmula de poblaciones finitas a la que se le aplicó un cuestionario «Nivel de conocimientos del personal de enfermería en flebitis por terapia intravenosa», este instrumento fue sometido a validación con una prueba piloto con 10% de la muestra en la que se obtuvo un valor de Kuder Richardson 20 de 0.76, comprobando su confiabilidad y validez interna, evaluando los siguientes rubros: variables sociodemográficas, laborales de capacitación en el manejo de terapia endovenosa y sus complicaciones, definiciones de grados, tipos de escalas, factores y medidas de prevención asociadas a la flebitis.

Para el tratamiento estadístico descriptivo se obtuvieron medidas de tendencia central en las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil) y laborales (nivel académico, antigüedad laboral, categoría y servicio). Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para correlacionar variables de nivel de conocimientos con grado académico, categoría y antigüedad laboral.

Consideraciones éticas

El estudio fue factible de acuerdo con los lineamientos y normativa jurídica inmersa en la Declaración de Helsinki, en la Ley General de Salud en materia de investigación, el código de enfermeras y enfermeros de México y el código deontológico para la profesión de enfermería, en los cuales se aplican principios éticos que son necesarios y que rigen el actuar del profesional de enfermería basado en el respeto y la dignidad de las personas.

RESULTADOS

De 54 enfermeras(os), el rango de edad fue de 30-39 años, 72.2% fueron mujeres, el resto perteneció al sexo masculino; referente al estado civil, predominó con 53.7% las enfermeras (os) que son solteras (os) y el nivel técnico con un mayor auge en 53.7% en relación con la licenciatura con 44.4%.

Respecto a los aspectos laborales, las enfermeras (os) tienen una antigüedad menor de cinco años en 46.3%, mientras que los de antigüedad mayor a 25 años fue la minoría del personal con 9.3%; en lo que concierne al turno, 40.7% corresponde

al turno matutino y el de menor proporción es el turno nocturno con 27.8%. La categoría con mayor frecuencia fue: auxiliar de enfermería con 40.7%, enfermeras generales 37.0% y enfermeras jefes de piso con 22.3%.

En la variable de capacitación referente al manejo de terapia endovenosa, se observó que sólo 11.1% ha tenido capacitación de dicha índole en cursos monográficos, diplomados o en clases impartidas por la institución.

A continuación se muestran los resultados obtenidos del instrumento que mide el nivel de conocimientos de flebitis en manejo de terapia endovenosa (*Figuras 1 a 3 y Tablas 1 a 3*).

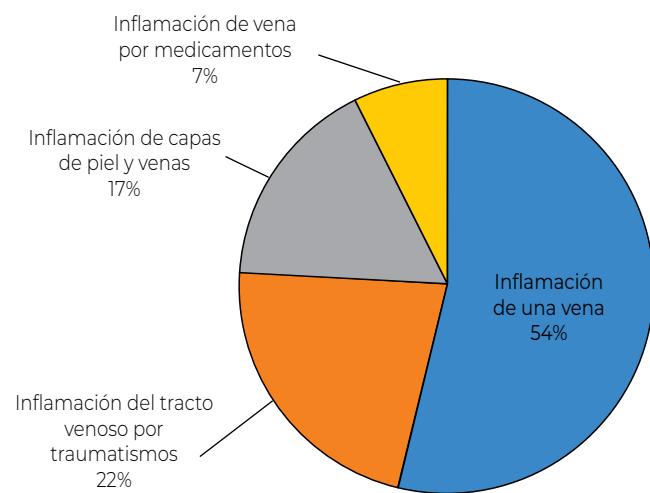


Figura 1. Definición de flebitis.

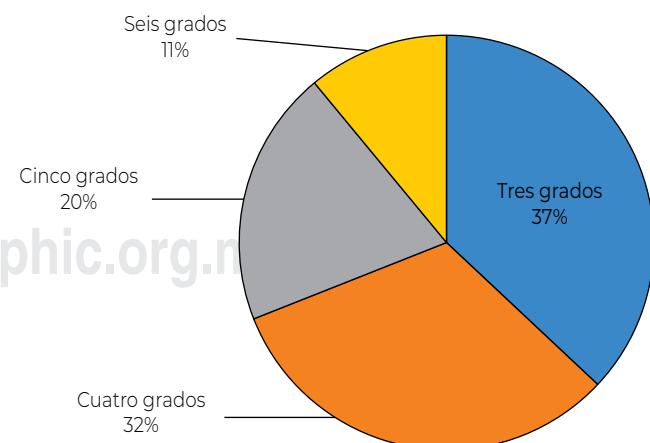


Figura 2. Grados de flebitis.

El 67% de la muestra evidenció un nivel alto de conocimientos, calificación de 75-100%, seguido de 26% con un nivel medio (51-76%), 7% tuvo un nivel de conocimientos bajo (calificación menor a 50% de aciertos) (*Figura 4*).

Los resultados anteriores muestran que no hay diferencias significativas entre el nivel de conocimiento y el nivel académico, categoría y antigüedad laboral ($p \geq 0.05$) (*Tabla 4*).

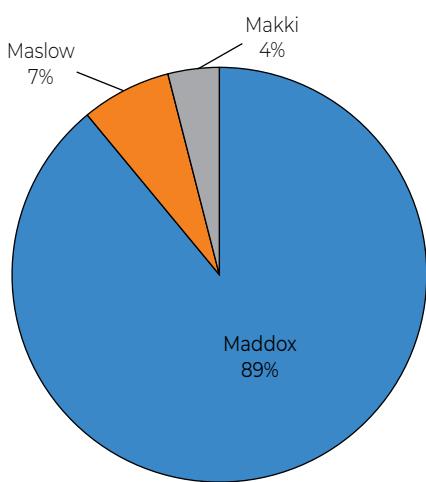


Figura 3. Escalas de flebitis.

DISCUSIÓN

Los procedimientos de terapia intravenosa como parte inherente del cuidado profesional de enfermería conllevan riesgos que, debido a su índole, pueden derivar en eventos adversos y complicaciones que emanan de dichas prácticas, por lo que identificarlos de manera adecuada requiere de conocimientos teóricos y prácticos, tal como hace referencia la escala de Maddox^{8,9} y sus grados en este tipo de escala, así como de las recomendaciones para el personal de enfermería en la terapia endovenosa.

En el grupo estudiado se observó que desconocen los grados de la escala mencionada con antelación; sin embargo, reconocen la escala, la definición de cada tipo de flebitis, así como los factores relacionados con su aparición y las medidas de prevención para evitarlas; es decir, poseen los elementos necesarios para hacer frente a estas complicaciones, en contraste con lo que publica Velázquez-Mendoza,¹⁰ donde se menciona que el personal de su estudio desconoce los elementos que propician su aparición, pero prevalece un rango medio de 70% con respecto a la identificación de los tipos de flebitis.

Tabla 1. Tipos de flebitis.

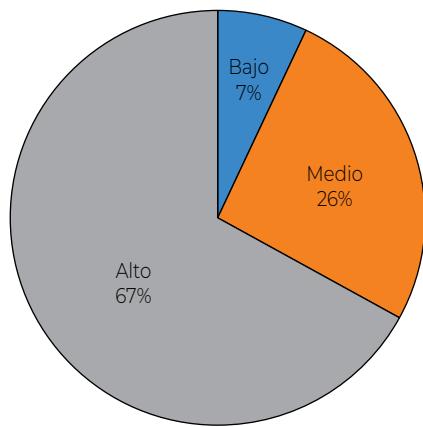
Variables	Respuesta correcta	n = 54	%
Definición de flebitis química	Se entiende como la irritación del endotelio vascular por fluidos y medicamentos	49	90.7
Definición de flebitis mecánica	Irritación de la capa íntima causada por el catéter	43	79.6
Definición de flebitis bacteriana	Llaves de tres vías sin tapones, instalación de catéter con un diámetro mayor del de la vena	50	92.6

Tabla 2. Factores de riesgo de flebitis.

Variables	Respuesta correcta	n = 54	%
Factores de riesgo en flebitis química	Administración de soluciones o medicamentos que sobrepasan el Ph y nivel de acidez	50	92.6
Factores de riesgo de flebitis mecánica	Movimiento por la fijación inadecuada del catéter	47	87.0
Factor de riesgo de flebitis bacteriana	Técnica deficiente de lavado de manos, instalación de catéter de técnica aséptica	42	77.8

Tabla 3. Medidas de prevención en flebitis.

Variable	Respuesta correcta	n = 54	%
Medidas de prevención en flebitis química	Canalizar venas de grueso calibre para hemodilución, irrigar con solución fisiológica	26	48.1
Medidas de prevención en flebitis mecánica	Fijar el catéter de manera que se evite la movilización, incluso el uso de férulas	40	74.1
Medidas de prevención en flebitis bacteriana	Lavado de manos, técnica aséptica, esterilización	44	81.5

**Figura 4.** Nivel global de conocimientos en flebitis.**Tabla 4.** r de Pearson con relación a las variables de nivel académico con respecto a categoría, antigüedad laboral y nivel de conocimientos.

Variable	r de Pearson
Nivel académico	0.691
Categoría	0.399
Antigüedad laboral	0.569

Si bien el nivel de conocimientos del personal se encuentra en un rango alto y medio en menor proporción, independientemente de su grado académico, categoría o antigüedad laboral, es necesario visualizar que la mayoría del personal no ha sido capacitado en cursos de mayor duración y profundidad en los conceptos y estrategias adecuados para el hospital, ya que hay mayor incidencia y prevalencia de flebitis y

bacteriemias que, por ende, pueden derivar en eventos adversos.

Por lo tanto, el nivel de conocimientos no implica que éstos se apliquen.

CONCLUSIÓN

El personal de enfermería muestra un nivel alto en cuanto a conocimientos. Sin embargo, hoy en día prevalecen e inciden dichas complicaciones del manejo de terapia endovenosa, por lo que es de suma importancia que la capacitación que se dé al profesional de enfermería no sólo se vea reflejado en los aspectos del manejo de la terapia endovenosa, sino también en otros de igual relevancia como en la identificación temprana de flebitis, el conocimiento referente a medicamentos que por su naturaleza puedan resultar vesicantes y dañinos, el diagnóstico principal del paciente y decidir cuáles son las mejores alternativas para su tratamiento, además de la calidad del material necesario para dicha intervención.

BIBLIOGRAFÍA

- Miller MR, Niedner MF, Huskins WC, Colantuoni E, Yenokyan G, Moss M et al. Reducing PICU central line-associated bloodstream infections: 3-year results. *Pediatrics*. 2011; 128 (5): e1077-1083.
- Riu M, Chiarello P, Terradas R, Sala M, Garcia-Alzorri E, Castells X et al. Attributable to nosocomial bacteraemia. analysis according to microorganism and antimicrobial sensitivity in a university hospital in barcelona. *PLoS One*. 2016; 11 (4): e0153076.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Informe Anual 2015 Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica [Internet]. 2015 [Acceso 2016-05-28]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/212974/infoanual_rhove_2015.pdf

4. CENETEC. Guía de Referencia Rápida Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones Relacionadas a Líneas Vasculares [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2012 [Acceso 2016-06-01]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_273_13_INFECCIONLINEASVASCULARES/273GRR.pdf
5. CENETEC. Guía Nacional de Práctica Clínica; Protocolo para el manejo estandarizado del paciente con catéter periférico, central y permanente, Guía de Referencia Rápida [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2012 [acceso 2016-06-01] Disponible en: http://www.enfermerianutricion.uaslp.mx/Documents/ID_17.pdf
6. Victoria OR, Arroyo CG, Manuell LG, Jiménez SJ, Galindo BM, Hernández GG y cols. Recomendaciones específicas para enfermería sobre el proceso de terapia endovenosa. Rev CONAMED. 2004; 9 (número especial): 71-81.
7. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2007, Que instituye las condiciones para la administración de la Terapia de Infusión en los Estados Unidos Mexicanos [Internet] México: Diario Oficial de la Federación; 18/09/2012 [Acceso 2016-03-29]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5268977&fecha=18/09/2012.
8. Maddox RR, Rush DR, Rapp RP, Foster TS, Mazella V, McKean HE. Double-blind study to investigate methods to prevent cephalothin-induced phlebitis. Am J Hosp Pharm. 1977; 34 (1): 29-34.
9. Alcalde M. Flebitis en el catéter venoso periférico, [Internet] Vitoria: Escuela De Enfermería de Vitoria-Gasteiz; 2016 [Acceso 2018-15-02] Disponible en: https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/22537/ALCALDE_MAR%C3%8DA_FLEBITIS_TFG.pdf?sequence=1
10. Velázquez-Mendoza S, Gómez-Alonso C, Cuamatzi-Peña M, Izquierdo-Puente M. Conocimiento y criterios de enfermería para evitar flebitis en neonatos con catéter venoso periférico. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2009; 17 (3): 143-147.

Calidad del proceso de enlace de turno de enfermería y seguridad del paciente

Quality of the nursing shift link process and patient safety

Ana María de Jesús Yáñez Corral,* Rosa Amarilis Zárate Grajales**

RESUMEN

Introducción: La seguridad del paciente es un elemento fundamental de la calidad en la atención a la salud. En este sentido, se ha identificado que los enlaces de turno contribuyen en la prevención de incidentes en hospitales. **Objetivo:** Analizar la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería en una unidad médica de tercer nivel de atención del sector público en Culiacán, Sinaloa. **Material y métodos:** Es un estudio cuantitativo, observacional, prospectivo y transversal. El tamaño de la muestra: 120 guías de observación aplicadas en medicina interna y cirugía general. El instrumento utilizado cuenta con validez y confiabilidad suficiente. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** En calidad del enlace de turno y seguridad del paciente se obtuvo un no cumplimiento de 62.8 y de 75.0%, respectivamente en los servicios estudiados. **Conclusión:** En cuanto a la calidad del enlace de turno se observan grandes oportunidades de mejora. Dadas las debilidades que se presentan, se requiere implementar estrategias de mejora continua con respecto a estandarización del proceso, seguridad del paciente, comunicación y aplicación de auditorías.

Palabras clave: Enfermería, organización y gestión, calidad, seguridad del paciente, tercer nivel de atención, hospitalización.

ABSTRACT

Introduction: Patient safety is a key element of quality in health care; it has been identified as links turn contribute to the prevention of incidents in hospitals. **Objective:** To analyze the quality of the nursing shift liaison process, in a medical unit of third level of care, of the public sector in Culiacan, Sinaloa. **Material and methods:** A quantitative, observational, prospective and cross-sectional study. The sample size: 120 observation guides applied in Internal Medicine and General Surgery. The instrument used has sufficient validity and reliability. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics. **Results:** Shift link quality and patient safety, a non compliance with 62.8%. **Conclusion:** As for the quality of the shift link, it has great opportunities for improvement, given the weaknesses that are observed; it is necessary to implement continuous improvement strategies with respect to; standardization of the process, patient safety, communication and application of audits.

Key words: Nursing, organization and management, quality, patient safety, third level of attention, hospitalization.

* Gestión de Calidad.
Hospital Regional «Dr. Manuel Cárdenas de la Vega» del ISSSTE, Culiacán, Sinaloa. Maestra en Enfermería.

** Coordinación de Investigación, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Ciudad de México, Responsable del proyecto PAPIIT IN304414, México. Maestra en Enfermería.

Correspondencia:
AMJYC, abemariay@hotmaill.com

Conflictos de intereses:
Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Yáñez CAMJ, Zárate GRA. *Calidad del proceso de enlace de turno de enfermería y seguridad del paciente.* Rev CONAMED 2019; 24(1): 11-20.

Recibido: 14/06/2018.
Aceptado: 25/09/2018.

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

Dentro de las perspectivas de la calidad de la atención en salud subyace la seguridad del paciente (SP), la cual constituye un reto constante entre los equipos de salud, de quienes asumen la responsabilidad ética y profesional de brindar atención con eficiencia y eficacia. En este sentido, el enlace de turno es un proceso fundamental de comunicación en enfermería y requiere la colaboración entre equipos para lograr su objetivo: la transmisión de información relevante de las personas sujetas de cuidado al finalizar e iniciar cada turno que es realizada por el equipo de enfermería mediante la entrega-recepción de pacientes; así pues, las omisiones o errores durante la atención pueden incidir en la presencia de eventos adversos (EA) en los pacientes hospitalizados.

La *National Patient Safety Agency* define el traspaso de pacientes como «la transferencia de la responsabilidad profesional y la rendición de cuentas de algunos o todos los aspectos de la atención de un paciente o grupo de pacientes a otra persona o grupo profesional con carácter temporal o permanente».¹ A pesar de ser un proceso habitual en todo el mundo, se conoce por diversos nombres: traspaso, entrega, enlace de turno, informe de enfermería y firma de salida, entre los más comunes.

El enlace de turno consiste en un proceso administrativo crítico, reflexivo, continuo de intercambio de información que aplica enfermería; de ahí que la comunicación es un elemento modular y se define como «la serie de pasos dinámicos, fluidos y constantes en la transmisión de un mensaje que produce una respuesta» y los principios que la rigen son: oral o verbal, escrita y corporal,² mismos que se utilizan en la comunicación efectiva. En el caso del enlace de turno, asegura que las enfermeras identifiquen los problemas de los pacientes para un análisis de la situación que permita planificar la atención adecuada y efectiva a favor de la continuidad del cuidado y la SP. Al respecto, las enfermeras tienen el potencial de disminuir los errores durante la atención así como mejorar la comunicación entre colegas, médicos, paciente/familia, promover la seguridad y calidad, de acuerdo con Flemming.³

La *Joint Commission Accreditation of Health Care Organizations* y la *Joint Commission International* (JCI)⁴ recomiendan a las organizaciones

de atención sanitaria implementar un enfoque estandarizado en el traspaso de pacientes y cambios de turno a fin de sumarse a la prevención de incidentes en la atención a la salud como una estrategia global.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) el uso de informes estandarizados o herramientas para la entrega-recepción de pacientes reduce la posibilidad de omitir información; asimismo, permite individualizar los datos. Un ejemplo de ello es el acrónimo SBAR (*Situation Background Assessment and Recommendation*) que describe los pasos para llevar a cabo el traspaso de pacientes o cambio de turno: situación, antecedentes, evaluación y recomendación.⁴ Esta técnica se caracteriza por ser fácil, concreta, concisa y permite la estandarización en los equipos de salud, principalmente coadyuva en la continuidad del cuidado. Al respecto, Abraham et al. demostraron que el uso de herramientas es un apoyo en las actividades de organización de la información y preparación para las entregas, lo que da como resultado menor número de errores en la información transmitida debido a la sistematización de los contenidos en un formato de lista de verificación y resumen.⁵ Esto permite no dejar a la memoria la información relevante de cada persona sujeta a cuidado.

En México el Consejo de Salubridad General impulsó las seis metas internacionales de seguridad del paciente (MISP)⁶ con el propósito de promover acciones específicas para mejorar la seguridad. En este sentido, puede utilizarse el enlace de turno para transmitir información con relación a riesgos de los pacientes y con ello contribuir en la preventión de EA.

Actualmente, es posible evaluar la calidad en la atención sanitaria con el uso de la propuesta teórica de Avedis Donabedian utilizada en el presente estudio. Se trata de un modelo que cuenta con tres elementos: estructura, proceso y resultados⁷ que con el apoyo de indicadores para evaluar la práctica aportan resultados que orientan al personal operativo y directivo sobre el cumplimiento en procesos y procedimientos, además muestran la tendencia y/o desviación de una actividad de acuerdo con una unidad de medida convencional.⁸ El enlace de turno como indicador de la calidad en la continuidad del cuidado requiere evaluarse en cuanto al nivel de su cumplimiento.

En la literatura se encuentran diversos estudios relacionados con el tema, al respecto Arora et al. identificaron que los errores de comunicación ocasionaron los peores EA como producto de la omisión de información sobre problemas de salud activos, falta de claridad y legibilidad en los informes durante la entrega-recepción de pacientes.⁹ Según Llapa et al. en el proceso de enlace de turno hay falta de planificación, protocolización y comprensión sobre la importancia del mismo.¹⁰

Así también, Nagpal et al. identificaron que sólo se transmite 60% de la información esencial y específica de los pacientes: alergias en 55% y las comorbilidades en 30% de los casos.¹¹ Por otro lado, Machaczek et al. observaron informes ilegibles y desordenados en 68.6%, habilidades limitadas para la comunicación en 77.1% e información clínica irrelevante durante la transferencia de pacientes en 54.2%.¹²

A pesar de ser un proceso que forma parte de la responsabilidad profesional diaria del personal de enfermería, sobre todo de jefes de servicio del hospital donde se realizó la investigación, se cuenta con datos empíricos respecto a variabilidad del mismo en algunos turnos; asimismo, olvidos de información relevante de los pacientes, incluso se omite su ejecución, lo que da como resultado problemas de continuidad del cuidado y esto puede afectar el progreso de la salud de las personas sujetas a cuidado. Por otro lado, se encuentra la problemática de los conflictos entre personal por la escasa información transmitida durante este proceso. Cabe mencionar que dentro de los trabajos para la SP en el hospital, se encuentra la implementación de las MISP; sin embargo, durante el enlace no se les da la importancia debida al no comunicar los riesgos de eventos adversos; por lo tanto, consideramos pertinente estudiar la calidad del enlace de turno y con ello hacer propuestas para la mejora, en las que se incluyan acciones de SP. De ahí que, a partir de los esfuerzos conjuntos de los equipos de salud del hospital objeto de estudio, con relación a la calidad y SP, la importancia que el enlace de turno de Enfermería tiene en la continuidad del cuidado y su injerencia en la prevención de EA, surge la presente investigación con el objetivo de analizar la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería en una unidad médica de tercer nivel de atención del sector público en Culiacán, Sinaloa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, transversal y prospectivo. La población se constituyó por 152 enlaces de turno realizados por el personal de enfermería de un hospital público de tercer nivel de atención en Culiacán, Sinaloa. La muestra se determinó a través del uso de la fórmula para variables cuantitativas y poblaciones finitas. Se utilizó muestreo probabilístico aleatorio simple. El tamaño de la muestra fue de 120 guías de observación aplicadas con las cuales se estudió la entrega-recepción de 3,339 pacientes en total. El instrumento de medición se aplicó de la siguiente manera: 10 en el turno matutino y 10 en el vespertino, 12 en el nocturno, uno y ocho en el nocturno II, 10 en la jornada acumulada diurna y 10 en la jornada acumulada nocturna; en suma, un total de 120 enlaces de turno observados en los servicios de medicina interna y cirugía general. Bajo los siguientes criterios de selección se incluyeron los enlaces de turno que realizó el personal de enfermería. Se excluyeron los realizados por el personal suplente y se eliminaron los no concluidos por presentarse urgencia en el servicio. Las variables estudiadas fueron: intervenientes: sociodemográficas, aspectos organizativos y como variable principal: calidad del proceso de enlace de turno en su dimensión: entrega-recepción de pacientes, la cual contiene tres subdimensiones: SP, intervenciones de enfermería, procedimientos y exámenes programados del paciente.

Para la recolección de datos se utilizó un instrumento de medición para evaluar la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería elaborado por las autoras (Yáñez y Zárate). Es una guía de observación conformada por el nombre del instrumento, instrucciones de llenado, fecha de observación y cuatro apartados, el primero contiene datos sociodemográficos sobre el personal de enfermería: 12 ítems, en el segundo se ubican aspectos organizativos: cuatro ítems, en el tercero: entrega-recepción de pacientes 21 ítems, en éste se describe la actividad a realizar por parte de la enfermera 1, quien entrega pacientes, y enfermera 2 quien los recibe y por último un espacio para observaciones donde se registran hechos relevantes durante la guardia (*Anexo 1*).

El nivel de calidad del enlace de turno se establece de acuerdo con el cumplimiento en

las variables medidas, en la entrega-recepción de pacientes se utilizó la siguiente ponderación: no cumple = 0, cumple = 1 y no aplica = 2 con las siguientes categorías: nivel de cumplimiento alto (90-100%), medio (80-89%), bajo (66-79%) y no cumplimiento ($\leq 65\%$).

La validez de contenido fue efectuada por cinco jueces expertos profesionales de enfermería y en cuanto a la confiabilidad entre observadores medida a través del coeficiente Kappa de Cohen se obtuvo como resultado $k = 0.92$. La confiabilidad interna valorada por el coeficiente de correlación Kuder-Richardson, el resultado fue de $r = 0.93$. Por lo tanto, el instrumento utilizado cuenta con la confiabilidad y validez suficiente para su uso, previa prueba piloto.

Se aplicaron 60 instrumentos en medicina interna y 60 en cirugía general durante el mes de febrero de 2015. En un segundo momento, inmediatamente posterior al término del enlace de turno, se realizó revisión del expediente clínico de cada paciente en búsqueda de omisión de información relacionada con la SP, intervenciones de enfermería, procedimientos y exámenes de laboratorio o gabinete programados; con ello se efectuó el completo llenado del instrumento con base en la ponderación: cumple, no cumple y no aplica.

Para el procesamiento de datos se usó una base construida en *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 21, posteriormente la información fue capturada por la investigadora principal y se procedió a aplicar pruebas estadísticas a partir del cálculo de frecuencias, porcentajes y la relación entre variables cualitativas mediante el uso del estadístico χ^2 .

Consideraciones éticas: este estudio fue aprobado por el comité de ética local y nacional de la institución donde se realizó; asimismo, se observaron los lineamientos éticos de Helsinki en lo que respecta a la confidencialidad para el manejo de la información personal.¹³ En concordancia con lo descrito en el Reglamento de la Ley General de Salud en México, referente a la investigación, es un estudio sin riesgo respecto a las técnicas y métodos utilizados para su realización.¹⁴ También se obtuvo carta de consentimiento informado de los participantes en el enlace de turno, procurando siempre una participación libre y voluntaria.

RESULTADOS

En cuanto a la caracterización de la muestra con relación con las variables sociodemográficas participó un total de 240 profesionales de enfermería, de los cuales 120 realizaron la entrega de pacientes y 120 la recepción: 97.1% ($n = 233$) fueron mujeres y 2.9% ($n = 7$) hombres. La edad promedio fue de 50 ± 6.4 años. La media de antigüedad laboral fue de 25.65 ± 3.9 años. Referente al puesto, las jefas de servicio representaron 65% ($n = 156$), las enfermeras especialistas (con posttécnico) únicamente 2.1% ($n = 5$) y enfermeras generales constituyeron 32.9% ($n = 79$).

En 100% de los enlaces de turno ($n = 120$) se observó la entrega-recepción de 3,339 pacientes al lado de la cama, la duración fue entre 20 y 45 minutos. Respecto al índice enfermera-paciente, en medicina interna la mayoría de las enfermeras atendió en promedio ocho pacientes durante la jornada, en comparación con la relación enfermera-paciente en cirugía general como se describe en la figura 1.

Al medir el nivel de calidad global del proceso de enlace de turno de enfermería, en los servicios de medicina interna y cirugía general con base en las actividades que aplicaron a los pacientes ($n = 2,492$) y de acuerdo con el estándar por nivel de cumplimiento, el nivel de no cumplimiento fue de 62.8% ($n = 1,565$); en medicina interna de 76.3% ($n = 855$) y en cirugía general de 52% ($n = 710$) (Figura 2).

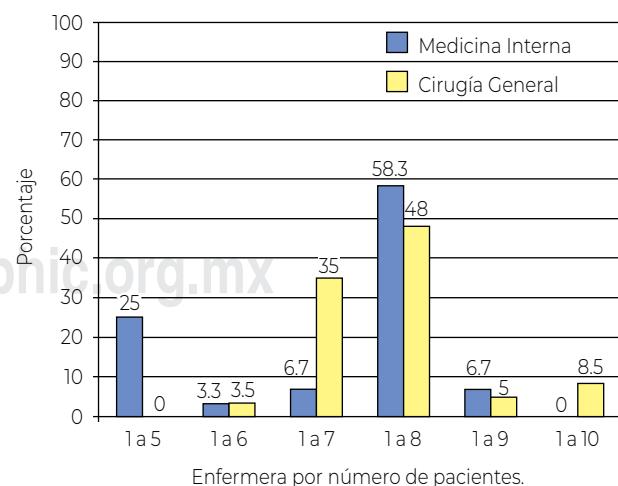


Figura 1. Índice enfermera-paciente por servicio.

Según el turno ($n = 2,492$), el nivel de no cumplimiento fue: en el matutino 63.1% ($n = 315$), vespertino 61.7% ($n = 229$), nocturno I 72.7% ($n = 418$), nocturno II 73.9% ($n = 292$), jornada acumulada diurna 68.4% ($n = 221$) y en jornada acumulada nocturna 27.8% ($n = 90$). Estos resultados revelan una diferencia estadísticamente significativa entre turnos, $\chi^2 = 341.605$, $p < 0.05$. En la figura 3 se muestra que a mayor nivel académico, mayor nivel de no cumplimiento. Estos datos revelan que existe diferencia significativa en la calidad

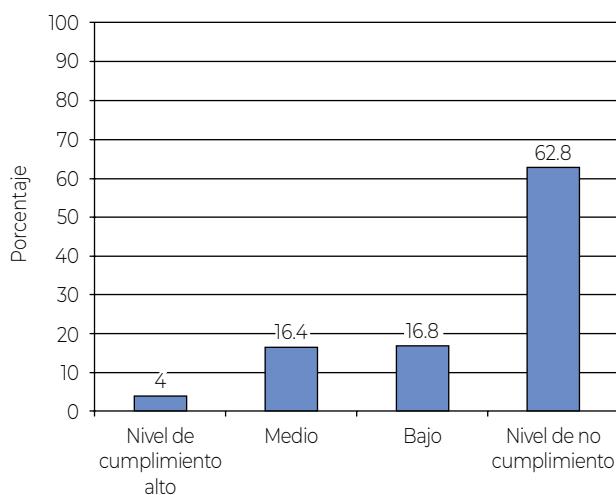


Figura 2. Nivel de calidad del proceso de enlace de turno de enfermería global.

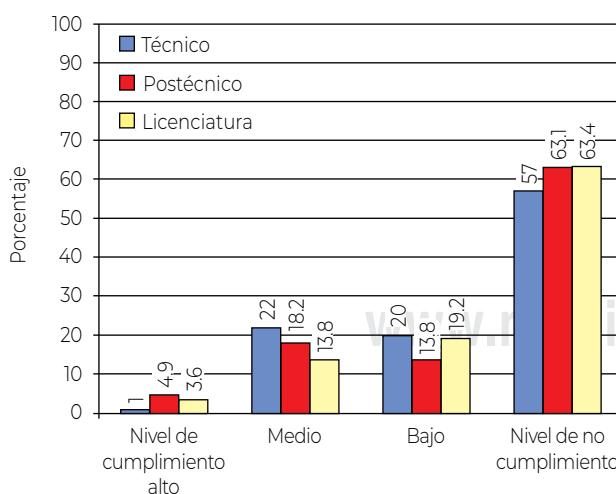


Figura 3. Nivel de calidad del proceso de enlace de turno de enfermería por nivel académico.

del proceso de enlace de turno de enfermería según el nivel académico del personal, $\chi^2 = 32.916$, p . En cuanto al puesto que ejerce el personal de enfermería se observó que las jefas de servicio tuvieron un nivel de no cumplimiento de 73.5% ($n = 1,243$), superior al de las enfermeras especialistas (con posttécnico) y enfermeras generales. Como se aprecia en la figura 4 los resultados indican diferencia estadística entre los diferentes puestos del personal de enfermería, $\chi^2 = 32.876$, $p < 0.05$. En las tres subdimensiones exploradas en este estudio con respecto a SP, todas las actividades aplicaron y fueron evaluadas en todos los pacientes con un total de 3,339. Se obtuvo un nivel de cumplimiento alto de 0.1% ($n = 4$), medio de 7% ($n = 232$), bajo de 17% ($n = 598$) y no cumplimiento de 75.0% ($n = 2,505$). La subdimensión intervenciones de enfermería no se aplicó a todos los pacientes por no tener indicadas las actividades contenidas en el instrumento de evaluación, se aplicó a un total de 2,492 pacientes, alcanzó nivel de cumplimiento alto de 4% ($n = 101$), medio de 16.4% ($n = 408$), bajo de 16.8% ($n = 418$) y un nivel de no cumplimiento de 62.8% ($n = 1,565$). Con relación a la subdimensión procedimientos y exámenes programados de los pacientes, en este caso un total de 2,657 pacientes tenía indicado el contenido en esta subdimensión, los resultados revelan un nivel de cumplimiento alto de 63.7% ($n = 1,692$) y un nivel de no cumplimiento de 36.3% ($n = 965$).

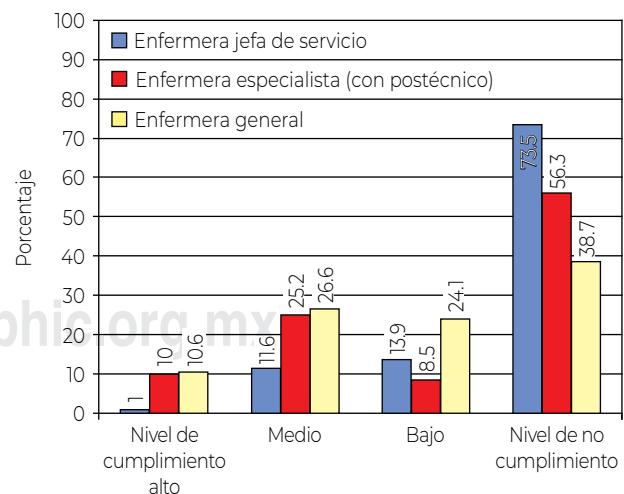


Figura 4. Nivel de calidad del proceso de enlace de turno por puesto del personal de enfermería.

En la *tabla 1* se observa el nivel de cumplimiento por actividad; las actividades que menos se toman en cuenta son riesgo de úlcera por presión y riesgo de caída de los pacientes.

DISCUSIÓN

Al medir la calidad global del proceso de enlace de turno de enfermería imperó el nivel de no cumplimiento, aunado a que las jefas de servicio realizaron el proceso con menor calidad; aunque

este grupo de enfermeras es el responsable directo de la entrega-recepción de pacientes, el resultado puede estar relacionado con una práctica rutinaria y falta de estándares en el proceso de atención como lo señalan Llapa et al.: proceso sin planificación, protocolización y comprensión sobre la importancia del cambio de turno, lo cual repercute en la continuidad del cuidado de los pacientes.¹⁰

Durante el enlace de turno no se contribuye a la SP, puesto que no se comunican los riesgos de las personas sujetas a cuidado relacionados con

Tabla 1. Nivel de cumplimiento en el proceso de enlace de turno de enfermería por actividad.

Actividades	n = 3,339*	Frec.	%
Seguridad del paciente			
1. Identifica al paciente por su nombre	1,350	40.4	
2. Informa el diagnóstico médico del paciente	1,263	37.8	
3. Informa sobre tipo de dieta o ayuno del paciente	499	14.9	
4. Informa el tipo de solución instalada al paciente	2,921	87.5	
5. Revisa dispositivos de identificación	1,460	43.7	
6. Revisa soluciones parenterales instaladas	2,744	82.2	
7. Revisa los accesos vasculares del paciente	2,269	68	
8. Revisa funcionamiento de aparatos electromédicos instalados al paciente	2,160	64.7	
9. Informa nivel de riesgo de úlcera por presión	10	0.3	
10. Informa nivel de riesgo de caída del paciente	8	0.2	
	n = 2,492*		
Intervenciones de enfermería			
11. Informa sobre manejo de oxigenoterapia	1,035	57.6	
12. Informa sobre manejo de eliminación urinaria	1,553	74.1	
13. Informa sobre manejo de eliminación gastrointestinal	526	43.2	
14. Informa sobre cuidado de heridas y estomas	484	14.5	
15. Informa sobre cuidado de drenajes	756	54.6	
16. Informa sobre valoración del dolor	530	37.1	
17. Informa sobre control de glucosa	779	56.2	
18. Informa sobre control de líquidos	704	50.7	
19. Informa sobre control de signos vitales con horario	957	28.7	
	n = 2,657*		
Procedimientos y exámenes programados			
20. Informa sobre procedimientos programados del paciente	1,551	64.6	
21. Informa sobre estudios de laboratorio y de radiología e imagen pendientes del paciente	807	83.4	

*Total de pacientes a quienes tenía indicada la actividad evaluada.

la atención a la salud, lo que puede incrementar la presencia de EA como lo indica Arora al identificar que los problemas de comunicación durante la entrega de turno ocasionaron los peores EA.⁹ Por otra parte, el resultado también representa oportunidades perdidas muy valiosas en cuanto a reportes de riesgos de los pacientes, dado que este proceso puede utilizarse como barrera de seguridad con el apoyo de un informe estandarizado que permita transmitir información relevante y con ello, coadyuvar en la prevención de incidentes derivados de la atención. También, existe evidencia suficiente sobre la probabilidad de que el alto índice enfermera-paciente propicia la presencia de EA, lo anterior se refleja en agotamiento y sobrecarga de trabajo en enfermeras(os).

En la literatura se identifica que en la subdimensión intervenciones de enfermería se comunican pocos datos relevantes del paciente, aun cuando esto forma parte medular del proceso de atención de enfermería y la omisión de los mismos puede ocasionar fallas innecesarias en el proceso de cuidado, situación que también es referida por Nagpal sobre la pérdida de un gran número de intervenciones de cuidado secundaria a la omisión de los datos durante el cambio de turno.¹¹

En cuanto a la comunicación que concierne a los procedimientos y exámenes programados de los pacientes, predominó el alto cumplimiento, lo cual refleja que el personal de enfermería da más importancia a las intervenciones dependientes, probablemente por la relación con el seguimiento que se da a las indicaciones médicas.

Por otro lado, se identificó el enlace de turno con menor calidad, caracterizado por una mínima información transmitida, es decir, un enlace deficiente, lo que pone en riesgo la SP, circunstancia que coincide con los reportes de Arora y Machaczek, quienes identificaron informes ilegibles, desordenados, habilidades limitadas para la comunicación, información clínica irrelevante y dificultad para reconocer qué información es esencial para la atención al paciente.^{9,12}

CONCLUSIONES

Con relación a las tres subdimensiones estudiadas en el proceso de enlace de turno se observaron debilidades en el mismo, ya que predominó el

no cumplimiento, sobre todo en SP, de manera que al estudiar esta subdimensión se identificó un mínimo cumplimiento en los dos servicios sujetos de estudio. Existe diferencia en la calidad de enlace entre los turnos, nivel académico y el puesto del personal de enfermería.

El aporte de este estudio permite, ante todo, fortalecer la gestión del cuidado al destacar la importancia del proceso de enlace de turno de enfermería como un aspecto sustantivo en la calidad de atención y SP. Incluso con el instrumento utilizado se dan pautas para identificar la calidad de este proceso en instituciones de salud, puesto que los resultados como producto de una evaluación sistematizada son orientadores para el personal directivo y operativo, de manera que puedan aprovecharse las oportunidades de mejora con respecto a la entrega-recepción de pacientes. Así también, coadyuva al conocimiento de la calidad de la atención y la seguridad, sumándose a la contribución de enfermería con base en el cumplimiento de políticas y normas de orden internacional y nacional en materia de seguridad, en particular las soluciones para la SP así como las MISP, ahora denominadas Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.

A partir de los resultados se recomienda incrementar la cultura de calidad y seguridad en los hospitales, fortalecer la comunicación efectiva en los equipos de trabajo, estandarizar el proceso con enfoque en SP utilizando la herramienta SBAR y evaluar sus resultados mediante auditorías de proceso y resultado para compararlos con estándares e indicadores como parte de la gestión del cuidado. Del mismo modo, sería trascendental que las facultades y escuelas de enfermería incorporaran en los planes de estudios las temáticas antes mencionadas. Por otro lado, es fundamental impulsar la investigación relacionada con la seguridad, sobre todo de tipo cualitativo, que permita profundizar en el conocimiento de lo cotidiano de los profesionales de salud y del entorno laboral y la manera en la que intervienen en el proceso de cambio de turno y la información efectiva con el fin de disminuir el riesgo clínico y su impacto en la SP.

En cuanto a las limitaciones de este estudio puede existir la posibilidad de una muestra reducida de actividades estudiadas con respecto a las que comprende el proceso de enlace de turno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Safety and Quality Improvement Guide Standard 6: Clinical Handover (October 2012). Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; 2012.
2. Balderas PM. Administración de los servicios de Enfermería. 5a ed. México: McGraw Hill; 2012.
3. Flemming D, Hübner U. How to improve change of shift handovers and collaborative grounding and what role does the electronic patient record system play? Results of a systematic literature review. *Int J Med Inform.* 2013; 82 (7): 580-592.
4. Organización Mundial de la Salud. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente [Internet]. Ginebra: OMS; 2007. [Consulta 4 de diciembre de 2014] Disponible en: <http://bit.ly/1dLV8bW>
5. Abraham J, Kannampallil T, Patel B, Almoosa K, Patel VL. Ensuring patient safety in care transitions: an empirical evaluation of a Handoff Intervention Tool. *AMIA Annu Symp Proc.* 2012; 2012: 17-26.
6. Consejo de Salubridad General. Estándares para la certificación de hospitales. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. México: Secretaría de Salud; 2012. pp. 31-38.
7. Donabedian A. Criterios y estándares para evaluar y monitorizar la calidad I. *Rev Calid Asist.* 2001; 16: 68-78.
8. Ortega VC, Leija HC, Puntunet BM. Manual de evaluación de la calidad del servicio de Enfermería. México: Panamericana; 2014.
9. Arora V, Johnson J, Lovinger D, Humphrey HJ, Meltzer DO. Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: a critical incident analysis. *Qual Saf Health Care.* 2005; 14 (6): 401-407.
10. Llapa-Rodríguez EO, Oliveira-Cleiton S, França-Tâmara RS, Andrade-Joseilze S, Pontes de Aguiar Campos M, Pinto da Silva FJC. Programación del cambio de turno desde la óptica de los profesionales de enfermería. *Enferm Glob [Internet].* 2013 [citado 4 de octubre de 2014]; 12 (31): 2019-231.
11. Nagpal K, Abboudi M, Fischler L, Schmidt T, Vats A, Manchanda C et al. Evaluation of postoperative handover using a tool to assess information transfer and teamwork. *Ann Surg.* 2011; 253 (4): 831-837.
12. Machaczek K, Whietfield M, Kilner K, Allmark P. Doctors' and nurses' perceptions of barriers to conducting handover in hospitals in the Czech republic. *AJNR.* 2013; 1 (1): 1-9.
13. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [Consultada 13 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
14. Ley General de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. México: Cámara de Diputados; 2014. [Internet]. [Consultada 1 de mayo de 2014]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Anexo 1. Instrumento de medición: evaluación de la calidad de | proceso de enlace de turno de enfermería.

Guía de observación (Yáñez y Zárate)

Elijo:
Selecione con una X añada el dato seaún sea el caso Fecha de observación:

Anexo 1. Instrumento de medición: evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería.												
Guía de observación (Yáñez y Zárate)												
Seleccione con una X o añada el dato, según sea el caso. Fecha de observación: _____ Folio: _____												
I. Datos sociodemográficos												
Servicio:		Turno:	Matutino	Vespertino	Nocturno I	Nocturno II	Jornada acum. diurna	Jornada acum. nocturna				
Datos de la enfermera que entrega el turno (1)		Género:	F	M	Edad:	Antigüedad:	Nivel académico:	Técnico	Posteónico	Licenciatura		
Puesto:		Enfermera jefa de servicio		Enfermera especialista (con postínico)								
Datos de la enfermera que recibe el turno (2)		Género:	F	M	Edad:	Antigüedad:	Nivel académico:	Técnico	Posteónico	Licenciatura		
Puesto:		Enfermera jefa de servicio		Enfermera especialista (con postínico)								
II. Aspectos organizativos		Sí:	No:							Enfermera general		
Elabora informe para enlace de turno		Al lado de la cama del paciente		Sala de juntas		Central de enfermeras		Mixto	Especificar:			
Lugar del enlace de turno:		Enfermera:		Pacientes:								
Índice enfermera/paciente:		Hora de inicio:		Hora de término:		Duración:						
III. Duración del enlace de turno:												
Asignar el número correspondiente:		No cumple = 0		Cumple = 1		No aplica = 2						
III. Entrega-recepción de pacientes		Pacientes/Número de cama										
Núm.		Ítems						Enf.	N/C	C	N/A	Total
1		Identifica al paciente por su nombre						1				
2		Informa el diagnóstico médico del paciente						1				
3		Informa sobre tipo de dieta o ayuno del paciente						1				
4		Informa el tipo de solución instalada al paciente						1				
5		Revisa dispositivos de identificación						2				
6		Revisa soluciones parenterales instaladas						2				
7		Revisa que los accesos vasculares del paciente estén libres de flebitis						2				
8		Revisa funcionamiento de aparatos electromédicos instalados al paciente						2				
9		Informa nivel de riesgo de úlcera por presión						1				
10		Informa nivel de riesgo de caída del paciente						1				

Núm.	Ítems	Enf.				Total
			N/C	C	N/A	
11	Informa sobre manejo de oxigenoterapia	1				
12	Informa sobre manejo de eliminación urinaria	1				
13	Informa sobre manejo de eliminación gastrointestinal	1				
14	Informa sobre cuidado de heridas y estomas	1				
15	Informa sobre cuidado de drenajes	1				
16	Informa sobre valoración del dolor	1				
17	Informa sobre control de glucosa	1				
18	Informa sobre control de líquidos	1				
19	Informa sobre control de signos vitales con horario	1				
20	Informa sobre procedimientos programados del paciente	1				
21	Informa sobre estudios de laboratorio y de radiología e imagen pendientes del paciente	1				
IV. Observaciones			1			
Hechos relevantes durante la guardia						
						Total
						NOMBRE Y FIRMA DE VERIFICADOR (A): _____

Cobertura de enfermería, mortalidad y úlceras por presión en México

Nursing coverage, mortality and pressure ulcers in Mexico

Rey Arturo Salcedo-Álvarez,* Blanca Consuelo González-Caamaño,*
José Cruz Rivas-Herrera,** María de Lourdes Alemán-Escobar,***
Andrea del Prado-Vázquez,**** Erick Giovanni Serratos-Pérez*****

RESUMEN

Introducción: Las úlceras por presión constituyen un reto para todo el personal de salud, lograr incidir en su prevención y tratamiento requiere compromiso, dedicación y recursos para la atención. **Objetivo:** Analizar la cobertura del personal de enfermería y sus repercusiones en la mortalidad por úlceras por presión en México. **Material y métodos:** Estudio observacional, transversal y comparativo en el que se analiza el índice de cobertura de enfermería por entidad federativa y su relación con la mortalidad por úlceras por presión para el año 2015 tomando como fuente la base de datos de mortalidad del INEGI. Se calcularon frecuencias simples y relativas así como algunas estadísticas de asociación y de significancia utilizando el paquete *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). **Resultados:** En cobertura de enfermería existen diferencias diametrales que van desde 1.24 en el Estado de México hasta 3.97 enfermeras por millar de habitantes en la Ciudad de México. Se registraron 724 defunciones de los códigos L89 de acuerdo con la CIE-10. El análisis estadístico muestra significancia en cobertura de enfermería, frecuencia por entidad federativa e índice de mortalidad en relación con las condiciones desfavorables en derechohabiencia, escolaridad y ocupación. **Conclusiones:** Vincular la cobertura de atención de enfermería con indicadores sociodemográficos y de mortalidad es una forma de coadyuvar a mejorar la calidad del cuidado así como a la toma de decisiones para una óptima política pública en salud.

Palabras clave: Cobertura de los servicios de salud, enfermería, mortalidad, úlceras por presión.

ABSTRACT

Introduction: Pressure ulcers are a challenge for all health personnel, to achieve an impact on their prevention and treatment requires commitment, dedication and resources. **Objective:** To analyze the coverage of nursing personnel and its impact on mortality from pressure ulcers in Mexico. **Material and methods:** Quantitative, cross-sectional, analytical and correlational study in which the nursing coverage index by federal entity is analyzed and its relation with the mortality by pressure ulcers in the year 2015 taking as a source the INEGI mortality data base, simple and relative frequencies were calculated, as well as some statistics of association and significance using the Statistical Package for the Social Sciences. **Results:** There are diametrical differences in nursing coverage ranging from 1.24 in the State of Mexico to 3.97 nurses per thousand inhabitants in Mexico City. There were 724 deaths of the L89 code according to the ICD-10. The statistical analysis shows significance in nursing coverage, frequency by federal entity and mortality rate in relation to unfavorable conditions in right holders, scholarship and occupation. **Conclusions:** Linking nursing care coverage with sociodemographic and mortality indicators is a way to help improve the quality of care, as well as the decision making for a better public health policy.

Key words: Health services coverage, nursing, mortality, pressure ulcers.

* Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, División de Estudios Profesionales.

** Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, División de Estudios Profesionales.

*** Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Sistemas de Salud.

**** Licenciada en Enfermería, Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

***** Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

Correspondencia:
RASA, rasaled@hotmai.com

Conflictos de intereses:
Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Salcedo-Álvarez RA, González-Caamaño BC, Rivas-Herrera JC, Alemán-Escobar ML, Del Prado-Vázquez A, Serratos-Pérez EG. Cobertura de enfermería, mortalidad y úlceras por presión en México. Rev CONAMED 2019; 24(1): 21-29.

Recibido: 04/06/2018.

Aceptado: 25/09/2018.

INTRODUCCIÓN

Cobertura de enfermería

La cobertura de enfermería es un indicador de estructura que resulta del producto de dividir el número total de enfermeras entre el total de población a atender, siendo así que cuanto más bajo es este indicador se traduce en que menos enfermeras tendrán que atender a un mayor número de población y cuanto mayor sea el indicador en esta relación habrá una mejor suficiencia de personal de enfermería para atender a dicha población, la variabilidad entre un indicador alto o bajo puede llegar a caracterizar la calidad de la atención que se confiera.

El profesional de enfermería es parte fundamental del desarrollo de los sistemas y servicios de salud. En México las instituciones públicas cuentan con más de 650,000 trabajadores de la salud, de los cuales 223,284 son enfermeras y éstas tienen que atender a una población de 105,790,725 habitantes.¹ La proporción de enfermeras por 1,000 habitantes a nivel nacional es de 2.1, cuatro veces inferior a la cifra promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).²

Datos del Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE)³ indican que de las 223,284 enfermeras que había en 2013, contaban con formación de auxiliar 30,132 (13.49%), estudios técnicos 104,333 (46.73%), posttécnico 20,377 (9.13%), con licenciatura en enfermería y obstetricia 14,766 (6.61%), con licenciatura en enfermería 46,828 (20.97%), especialidad 4,477 (2.01%), maestría 2,266 (1.01%) y doctorado 105 (0.05%) solamente.

La escasez de enfermeras bien preparadas y su adecuada distribución geográfica son los dos problemas que afectan un sistema de salud, el indicador de cobertura de 2.1 resulta ser una cifra muy inferior al promedio de los países de la OCDE, que es de 8.8 y en la distribución al interior del país existen importantes variaciones entre los estados; la Ciudad de México cuenta con casi cuatro enfermeras por cada 1,000 habitantes, contra 1.24 en el Estado de México. Es importante señalar que en cinco entidades (Ciudad de México, Estado de México, Veracruz, Jalisco y Nuevo León) se concentra 40.6% del total de enfermeras en todo el Sistema Nacional de Salud.⁴⁻⁶

Existe evidencia suficiente que reporta la diferencia en los resultados de los pacientes cuando los sistemas y servicios cuentan con personal calificado en número suficiente y su repercusión positiva en una atención segura y de calidad.⁷⁻¹⁰

Mortalidad

En términos generales la mortalidad se define como el número proporcional de muertes en una población y tiempo determinados; asimismo, las características de cada defunción de una población describen no solamente la situación de la salud de la población, sino también indican los retos que ésta representa para las instituciones de salud en cuestión de políticas públicas encaminadas a disminuir las muertes prematuras y/o evitables, tales es el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles. El análisis multifactorial de las causas de muerte ayuda a mejorar las condiciones de vida, los riesgos de la salud y el efecto real de las políticas de salud vigentes.¹¹

Si bien la muerte es inherente a los seres vivos, es deseable que ésta ocurra de manera tardía, por causas naturales y en condiciones de confort, la ocurrencia de muertes a edades tempranas y/o por causas evitables es un aviso de que las políticas de salud son aún perfectibles. Estudios realizados en Estados Unidos y México demostraron el impacto que tiene la falta de personal calificado de enfermería en la evolución de la salud de los pacientes.^{12,13}

Por consiguiente, la información en salud constituye un elemento fundamental no sólo para conocer el estado de salud de una población, sino además para que a partir de ésta puedan ponerse en práctica nuevos programas, actualizar los que cumplan con los objetivos propuestos, evaluar las condiciones cambiantes de la salud de la población. Sin información veraz y oportuna no se puede diseñar ni llevar a cabo una verdadera política de salud.¹¹

Úlceras por presión

Una úlcera por presión se define como una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente a ella, generalmente ubicada sobre una prominencia ósea a consecuencia de la combinación de la presión, la isquemia y la serie de sucesos relacionados con la herida. Las úlceras por presión (UPP) requieren

para su cicatrización periodos muy prolongados, ya que cicatrizan por segunda intención en un complejo proceso que elimina y reemplaza el tejido dañado. Se considera que es una herida que se hace crónica cuando no ha culminado el proceso de cicatrización en un periodo de seis semanas.¹⁴

Las UPP afectan a los pacientes de cualquier contexto sanitario en todo el mundo, su presencia está considerada un indicador negativo de la calidad asistencial, ya que agrava el estado físico y emocional del paciente, reduce su calidad de vida, incrementa los costos de la atención sanitaria alargando los días de estancia hospitalaria y aumentando las tasas de morbilidad. Cabe señalar que la prevención de UPP es uno de los objetivos de seguridad planteados por la *Joint Commission* y por el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud más reciente. El éxito de la prevención de las UPP requiere un enfoque multidisciplinario. Las enfermeras tienen un papel importante en la prevención y manejo de las complicaciones de las UPP.^{15,16}

The Joint Commission es una organización independiente, sin fines de lucro que accredita y certifica casi 21,000 organizaciones y programas de atención médica en Estados Unidos. La prevención de lesiones por presión siempre ha sido un desafío no sólo para los cuidadores, sino también para el cuidado de la salud en general porque la epidemiología de las lesiones por presión varía según el entorno clínico y es potencialmente condición prevenible. La presencia de las UPP es un marcador de mal pronóstico general y puede contribuir a la mortalidad prematura en algunos pacientes.¹⁷ Además, el desarrollo de las UPP en las etapas 3 y 4, *The Joint Commission* lo considera un factor de seguridad del paciente que podría ser un evento centinela, es decir, un suceso adverso derivado de la atención sanitaria que causa la muerte del paciente.^{18,19}

Las UPP constituyen un gran desafío para la enfermería y para todo el personal de salud en general no sólo operativo, sino también directivo, ya que lograr influir en su prevención y tratamiento requiere mucha dedicación y recursos.^{20,21}

Siendo así que el objetivo de este artículo es: «analizar la cobertura del personal de enfermería y sus repercusiones en la mortalidad por UPP en México» a fin de aportar evidencia para la toma de decisiones informadas en políticas públicas y sistemas de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal y comparativo en el que se analiza el índice de cobertura de enfermería, el cual se calculó con información de población total y recursos humanos de enfermería por entidad federativa, tomando datos de fuentes de información oficial del Sistema Nacional de Salud con datos actualizados hasta 2013 y su relación con la mortalidad en México por UPP en el año 2015, tomando como fuente la base de datos de mortalidad del INEGI.

Con la finalidad de priorizar la mortalidad por UPP por entidad federativa, se calcula el índice de mortalidad por UPP (IMUPP), mismo que varía entre cero y 100. Su valor expresa la magnitud de la mortalidad, cuanto más cercana a 100 es ésta, quiere decir que es mayor la mortalidad, en consecuencia se trata de un método de priorización.

Para la construcción del IMUPP se utilizó la siguiente fórmula:

$$\text{IMUPP} = \frac{(M_{ii} - M_{lmín})}{(M_{lmáx} - M_{lmín})} * 100$$

- Donde IMUPP es el índice de mortalidad por UPP,
- M_{ii} representa el valor que se quiere priorizar,
- $M_{lmáx}$ representa el valor máximo de la población con la que se quiere comparar y
- $M_{lmín}$ representa el valor mínimo de la población con la que se quiere comparar.

Posteriormente, con una base de datos de las personas fallecidas por UPP por entidad federativa se analizó el índice de cobertura y su relación con la mortalidad y otras variables sociodemográficas; adicionalmente, se calcularon frecuencias simples y relativas así como algunas estadísticas de asociación y de significancia utilizando el *Statistical Package for the Social Sciences*, además se exploró y cuantificó la relación entre las variables de estudio y se desarrolló una ecuación lineal con fines predictivos, los resultados se presentan en las tablas y figuras.

Dado que se trabajó con una base de datos pública que no revela datos que permitan identificar

a algún participante de manera específica, consideramos que este trabajo no conlleva implicaciones éticas mayores.

Tabla 1. Principales datos sociodemográficos.

Edad	
Promedio de edad 79.6 años	Desviación estándar de 13.7 años
Sexo	
Hombres	274 (37.8%)
Mujeres	450 (62.2%)
Estado civil	
Viuda	336 (46.4%)
Casada y unión libre	202 (27.9%)
Soltera	136 (18.8%)
Divorciada y separada	28 (3.9%)
No especificado	22 (3%)
Ocupación	
No trabajaba	568 (78.4%)
Trabajos técnicos, agrícolas, obreros o de servicios	156 (21.6%)
Escolaridad	
Sin escolaridad	202 (28.0%)
Primaria incompleta	262 (36.2%)
Primaria completa	115 (15.9%)
Secundaria incompleta	8 (1.1%)
Secundaria completa	38 (5.2%)
Bachillerato incompleto	9 (1.2%)
Bachillerato completo	22 (3.0%)
Profesional	36 (5.0%)
Postgrado	1 (0.1%)
No especificado	31 (4.3%)
Derechohabiencia	
IMSS	292 (40.3%)
Seguro Popular	185 (25.6%)
Ninguna	93 (12.8%)
ISSSTE	61 (8.4%)
No especificado	59 (8.1%)
PEMEX	15 (2.1%)
Otra institución	15 (2.1%)
SEDENA	2 (0.3%)
SEMAR	1 (0.1%)
IMSS Oportunidades	1 (0.1%)

RESULTADOS

Como se aprecia en la *tabla 1*, durante 2015 se registró en México un total de 655,689 defunciones, de las cuales 724 correspondieron a los códigos L89 (UPP) de acuerdo con la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). El promedio de edad fue de 79.6 y la desviación estándar de 13.7 años, 274 (37.8%) casos fueron hombres y 450 (62.2%) mujeres; con respecto al estado civil, viuda 336 (46.4%), casada y unión libre 202 (27.9%), soltera 136 (18.8%), divorciada y separada 28 (3.9%) y no especificado 22 (3%). En cuanto a la ocupación 568 (78.4%) no trabajaba y el resto 156 (21.6%) tenían trabajos técnicos, agrícolas, obreros o de servicios. Con respecto a la escolaridad se observa que la mayoría tenía bajo nivel escolar, sin escolaridad 202 (28.0%), primaria incompleta 262 (36.2%), primaria completa 115 (15.9%), secundaria incompleta ocho (1.1%), secundaria completa 38 (5.2%), bachillerato incompleto nueve (1.2%), bachillerato completo 22 (3.0%), profesional 36 (5.0%), postgrado uno (0.1%) y no especificado 31 (4.3%).

Con respecto a la derechohabiencia, 292 (40.3%) pertenecían al IMSS, 185 (25.6%) al Seguro Popular, 93 (12.8%) ninguna, 61 (8.4%) ISSSTE, 59 (8.1%) no



Fuente: SSA, SINAIS. Cubos México, 2015.

Figura 1. Índice de enfermeras en la República Mexicana por 1,000 habitantes, distribución cuartilar de cobertura en México, 2015.

especificado, 15 (2.1%) PEMEX, 15 (2.1%) otra institución, dos (0.3%) SEDENA, uno (0.1%) SEMAR y uno (0.1%) al IMSS Oportunidades (*Figura 1*).

La cobertura de atención de enfermería se calculó con base en el número de enfermeras por entidad federativa sobre la población total de cada entidad, los valores extremos estuvieron en el Estado de México con 1.24 y la Ciudad de México con 3.97 enfermeras por cada 1,000 habitantes, la distribución cuartilar se presenta en la *figura 1*. En el primer cuartil quedaron los estados de Jalisco, México, Michoacán, Puebla y Querétaro; en el segundo cuartil: Chihuahua, Chiapas, Guanajuato, Morelos, Veracruz y Zacatecas en el tercer cuartil: Aguascalientes, Baja California, Coahuila, Durango, Guerrero, Hidalgo, Nayarit, Oaxaca, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora y Tlaxcala; y en el cuarto cuartil: Baja California Sur, Campeche, Ciudad de México,

Colima, Nuevo León, Quintana Roo, Tabasco, Tamaulipas y Yucatán.

La razón de momios indicó asociación estadísticamente en cuanto a cobertura de enfermería, derechohabiencia y escolaridad en los siguientes aspectos (*Tabla 2*).

Para el caso de este trabajo se agrupó la variable derechohabiencia con base en la que se obtiene como derecho laboral donde se encuentran: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR y otras; y las que se adquieren por el principio de ciudadanía como Seguro Popular e IMSS Oportunidades, al igual que no tener derechohabiencia y las no especificadas; lo anterior basado en que unos gozan de salario fijo y prestaciones sociales. Referente al nivel de escolaridad, se agrupó en educación básica (preescolar, primaria, secundaria y sin estudios), en media (bachillerato completo e incompleto) y en

Tabla 2. Razón de momios en cobertura de enfermería, derechohabiencia y escolaridad.

Nº	Situación	Interpretación	Asociación
1	Contar con derechohabiencia contra escolaridad menor o igual a secundaria incompleta	Personas con nivel de secundaria completa o mayor tienen más oportunidad de contar con derechohabiencia	3.08
2	Tener escolaridad mayor o igual a secundaria completa contra cobertura de enfermería	Personas con escolaridad mayor o igual a secundaria completa tienen más oportunidad de tener cobertura de enfermería	2.12

Tabla 3. Variables y situaciones específicas que mostraron asociación estadística según la prueba exacta de Fisher.

Nº	Situación	Interpretación	Significancia
1	Tener derechohabiencia como resultado de una condición laboral vs. cobertura de enfermería	A mayor posicionamiento dentro de cualquier cuartil es más probable tener derechohabiencia	Prueba exacta de Fisher ($p < 0.001$)
2	Tener derechohabiencia vs. residir en alguno de los estados del segundo cuartil de la cobertura de enfermería y pertenecer al sexo femenino	Mayor ocurrencia de tener derechohabiencia en mujeres	Prueba exacta de Fisher ($p < 0.001$)
3	Tener derechohabiencia vs. residir en alguno de los estados del cuarto cuartil de la cobertura de enfermería y pertenecer al sexo masculino	Mayor ocurrencia de tener derechohabiencia en hombres	Prueba exacta de Fisher ($p < 0.006$)
4	No tener trabajo vs. residir en alguno de los estados del segundo cuartil de la cobertura de enfermería	Tener trabajo es más probable si resides en el cuartil 1, 2 y 3	Prueba exacta de Fisher ($p < 0.000$)

Tabla 4. Escolaridad y derechohabiencia.

Escolaridad	Con derechohabiencia	Sin derechohabiencia	Total
Superior	28 (75.7)	9 (24.3)	37 (100)
Media	21 (67.7)	10 (32.3)	31 (100)
Básica	322 (49.1)	334 (50.9)	656 (100)
Total	371 (51.2)	353 (48.8)	724 (100)

RM 2.24 IC 95% = [1.6-4.9].

superior (licenciatura y postgrado), asumiendo que el grado de escolaridad permite tener un mejor nivel de vida y por consiguiente de salud.

El análisis bivariado utilizando la prueba exacta de Fisher ($p < 0.001$) indicó asociación estadísticamente significativa en cuanto a cobertura de enfermería, derechohabiencia y condición laboral en los siguientes aspectos (*Tabla 3*).

La razón de momios generalizada indicó que una persona con educación básica tiene 2.24 veces más posibilidades de no tener derechohabiencia en comparación con una persona con educación superior o media, IC 95% = [1.614395-4.985868] (*Tabla 4*).

Referente a derechohabiencia, cobertura de enfermería y escolaridad agrupada existe asociación entre la escolaridad y tener derechohabiencia en los estados del primer y segundo cuartil $p < 0.001$.

En lo que respecta a tener derechohabiencia, residir en alguno de los estados del primer o segundo cuartil de la cobertura de enfermería y tener escolaridad mayor o igual a secundaria completa, la prueba exacta de Fisher ($p < 0.012$) mostró asociación estadística.

La cobertura de atención de enfermería es diferente por nivel de educación, siendo el nivel de educación superior el más favorecido ($\chi^2 = 7.13$ $p \leq 0.028$).

Existen diferencias estadísticamente significativas, por medio de la prueba χ^2 , entre el nivel de educación y los cuartiles de la edad; particularmente se observa en los niveles de educación superior y media para el primer cuartil de la edad ($\chi^2 = 15.79$ $p \leq 0.014$).

Finalmente, el análisis multivariado de índice de mortalidad por UPP (X), frecuencia por entidad federativa (Y) y cobertura de enfermería por 1,000

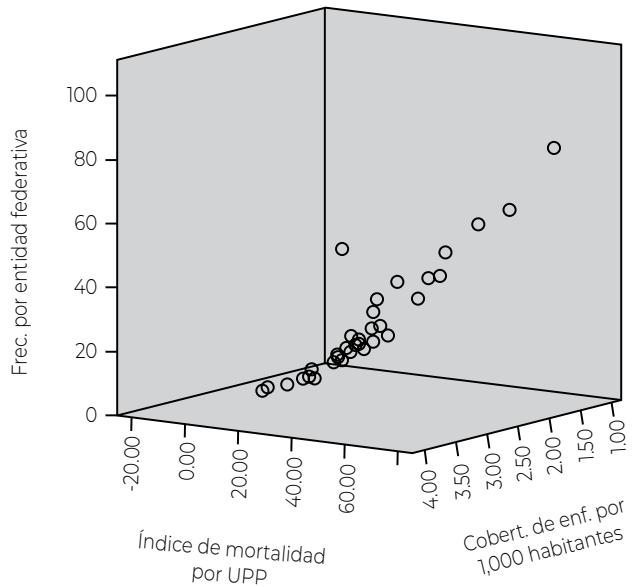


Figura 2. Regresión lineal múltiple de frecuencia, índice de mortalidad y cobertura.

habitantes (Z) mostró significancia un cambio de R^2 de 1.000 y un valor de $p = 0.000$, lo cual muestra que existe significancia estadística e indica que la cobertura de enfermería en combinación con frecuencia por entidad federativa son variables predictivas de un menor índice de mortalidad por UPP (*Figura 2*).

DISCUSIÓN

De acuerdo con Donabedian, la evaluación de los recursos para la atención a la salud debe hacerse a través de indicadores de estructura, proceso y resultado. Para el caso particular de los «recursos», éstos se refieren a la cuantificación de las

«unidades que producen servicio y se encuentran en tiempo y lugar»,²² tal sería el caso de la cobertura de atención de enfermería, misma que considera a la población potencial; es decir, aquélla a la que se puede brindar atención dada la infraestructura existente y la población usuaria.²³ Dentro de este contexto, criterios internacionales sobre cobertura de servicios de atención en enfermería consideran que un país que cuenta con menos de dos enfermeras por cada 1,000 habitantes se clasifica en nivel bajo; más de dos y menos de cuatro se ubica en nivel medio y con más de cuatro en nivel alto. México presenta dos realidades, si consideramos la cobertura en población con seguridad social se ubica en el nivel medio, pero si se trata de la población sin seguridad social la cobertura está en un nivel bajo.²⁴ Estudios realizados en Estados Unidos demostraron el impacto que tiene la falta de personal calificado de enfermería en la evolución de la salud de los pacientes.²⁵ De acuerdo con la información proporcionada con el SIARHE, si la mitad de las enfermeras sólo tienen estudios técnicos, es probable que tal situación pudiera estar también relacionada con la presencia de las UPP, aunque si bien no fue posible asociar tal supuesto debido a que no se contó con información detallada de escolaridad, esto bien puede ser tema de otro trabajo.

Las UPP constituyen uno de los más frecuentes problemas en los pacientes inmovilizados, siendo en muchas ocasiones causas de diversas enfermedades que incluso pueden conducir a la muerte, de ahí la importancia del trabajo del personal de enfermería en la prevención, control y curación de las mismas.²⁶ También se sabe que las UPP disminuyen considerablemente la calidad de vida del paciente. Si está en un centro hospitalario se prolonga su estancia en el mismo, aumentando el trabajo del personal de enfermería, aumentando su estancia y el costo a la sociedad.²⁷ Siendo así que vincular la cobertura de atención de enfermería con indicadores de mortalidad es una forma de coadyuvar a la toma de decisiones para elaborar una mejor política pública en esta materia.

La revisión de los protocolos de prevención, la correcta aplicación de los mismos, la concienciación e implicación del personal de enfermería en su realización, así como la adecuada dotación y uso de los materiales preventivos, constituyen las

principales herramientas para minimizar la incidencia de este importante problema.²⁶

Desde 2006 se definieron en México líneas de acción dirigidas a mejorar la calidad técnica, la calidad percibida y la calidad de la organización, entre éstas, el monitoreo sistematizado de indicadores de calidad (INDICAS). Uno de estos indicadores monitoreados fue el nivel de cumplimiento de acciones de enfermería para prevenir las UPP; sin embargo, los resultados han sido poco satisfactorios.²⁸

Finalmente, consideramos como una limitante el hecho de que la base de datos de mortalidad que proporciona el INEGI, sólo consigna la causa básica de defunción (definida como la enfermedad o lesión o estado morbo que produjo la muerte directamente) y no presenta información de las causas antecedentes (definidas como los estados morbosos que produjeron la causa de defunción) que estuvieron presentes. De manera empírica sabemos que muchos de los pacientes con UPP fallecen de septicemia o de falla sistémica múltiple, de haber contado con la información más detallada se habría podido hacer un análisis más profundo.

Asimismo, desarrollar investigación en enfermería en sistemas de salud y políticas públicas para demostrar con evidencia científica cómo repercuten las políticas públicas de recursos humanos en el desempeño de los profesionales de enfermería y en los niveles de salud poblacional es una necesidad básica para el crecimiento profesional del gremio.

CONCLUSIONES

La cobertura de enfermería es un indicador cuya variabilidad puede llegar a caracterizar la calidad de la atención, en México se observa una multitud de panoramas que abarca desde los mejores escenarios hasta los menos deseables, a nivel nacional la cobertura es de 2.1, inferior a la cifra promedio de los países de la OCDE que es de 8.8 enfermeras por cada 1,000 habitantes.

Según el SIARHE, prácticamente la mitad de las enfermeras tienen como máximo estudios técnicos, una tercera parte cuentan con licenciatura y menos de una de cada cinco cuenta con estudios de postgrado, por consiguiente, en general se puede decir que el nivel de escolaridad es bajo.

Existe evidencia que sustenta que la diferencia en los resultados obtenidos cuando los sistemas y

servicios de salud cuentan con personal calificado y en número suficiente logra un resultado positivo en la calidad de la atención. Siendo así, puede determinarse que la suficiente cobertura de atención de enfermería puede llegar a mejorar los niveles de salud poblacional evitando muertes prematuras.

Las UPP son heridas crónicas cuya simple presencia podría llegar a considerarse como un indicador de impacto en la atención sanitaria, sabemos desde luego que la presencia o ausencia de las UPP corresponde a una multifactorialidad de circunstancias; sin embargo, *The Joint Commission* considera las UPP como un factor de seguridad del paciente que podría ser un evento centinela, es decir, un suceso adverso derivado de la atención sanitaria que causa la muerte del paciente.

Analizar la cobertura de enfermería y sus repercusiones en la mortalidad por UPP en México tiene el propósito de aportar trabajos basados en información oficial para que los responsables de tomar decisiones tengan evidencia científica a través de la cual propongan cambios en las políticas públicas a fin de mejorar los sistemas de salud.

Durante 2015 se registró en México un total de 655,689 defunciones, de las cuales 724 correspondieron a UPP; en la mayoría de estas defunciones estuvo presente la condición de ser adulto mayor, ser mujeres, no trabajar y tener bajo nivel escolar. Tal parece que contar con derechohabiencia es directamente proporcional al nivel de escolaridad y la derechohabiencia es resultado de una prestación laboral, la mayoría de estas condiciones se ratificó mediante asociación y significancia estadística.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salcedo-Álvarez RA, Zárate-Grajales RA, González-Caamaño BC, Huerta-González S, Rodríguez-Rodríguez OE. Cobertura de atención de enfermería y su impacto en la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles en México, 2013. *Index Enferm* [Internet]. 2017 [Consultado el 14 de enero de 2018]; 26 (1-2): 108-112. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v26n1-2/10470.php>.
2. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014 México en comparación [Consultado el 13 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf>.
3. Secretaría de Salud México. Dirección General de Información en Salud. Sistema Nacional de Información en Salud. Reporte del personal de enfermería por nivel académico máximo. Recursos Humanos. [Consultado el 18 de marzo de 2018] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe/>.
4. Secretaría de Salud México. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. [Consultado el 13 de abril 2018] Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf
5. Puebla-Viera DC, Ramírez-Gutiérrez A, Ramos-Pichardo P, Moreno-Gómez MT. Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. *Rev Enferm IMSS*. 2009; 17 (2): 97-102.
6. García-Gutiérrez C, Cortés-Escarcéga I. Percepción del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del Estado de México. *Rev CONAMED*. 2012; 17 (1): 18-23.
7. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002; 288 (16): 1987-1993.
8. Sagrario Ibarrola Izura, Beortegui-Urdánoz E, Oroviogocoechea-Ortega C, Vázquez-Calatayud M. Evaluación de la satisfacción con los cuidados de enfermería en el área de hospitalización de cardiología. *Enfermería en Cardiología*. 2011; 53 (2): 27-33.
9. Secretaría de Salud. Formación de recursos humanos en enfermería. En: La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones. 12 años de experiencia. México, 2012. [Consultado el 13 de abril 2018] Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60111/libro_02.pdf
10. Organización Panamericana de la Salud. Dotación de recursos humanos en salud: nuevas perspectivas de análisis. Washington D.C.: 2005. p. 151.
11. Secretaría de Salud México. Dirección General de Información en Salud. Sistema Nacional de Información en Salud. Mortalidad: Documento Técnico sobre Mortalidad. [Consultado el 29 de abril de 2015] Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/e_mortalidadgeneral.html
12. Lang TA, Hodge M, Olson V, Romano PS, Kravitz RL. Nurse-patient ratios: a systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes. *J Nurs Adm*. 2004; 34 (7-8): 326-337.
13. Álvarez de la Rosa AE, Olivares-Ramírez C, Cadena-Estrada JC, Olvera-Arreola SS. Satisfacción de los pacientes hospitalizados con la atención de enfermería. *Enf Neurol (Mex)*. 2012; 11 (2): 68-72.
14. Barón-Burgos MM. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Servicio de Recursos Documentales y Apoyo Institucional. Madrid: 2015.
15. Larrea-Leoz B, Vázquez-Calatayud M, Labiano-Turrillas J. Evaluación del impacto de una intervención de enfermería en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. *Gerokomos* [Internet]. 2015 [Consultado el 13

- de noviembre de 2017]; 26 (3): 115-119. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000300009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000300009&lng=es).
16. De Figueiredo UM, Tirado JJ, Mulet FV, Núñez AJ, De Andrade LM, Di Ciero-Miranda M et al. Úlceras por presión en personas con lesión medular: conocimiento de familiares y cuidadores. *Av Enferm* [Internet]. 2010 [Consultado el 12 de abril de 2018]; 28 (E): 29-38. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/21447>
 17. Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica para la prevención y tratamiento de úlceras por presión a nivel intrahospitalario. México, 2009. [Consultado el 13 de abril 2018] Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/105_GPC_Ulcpresion1NA/ULCERA_DECUBITO_1ER_NIVEL_EVR_CENETEC.pdf
 18. Joint Commission. Preventing pressure injuries. Quick Safety [Internet]. 2016: 1-4. [Consultado el 13 de noviembre de 2017] Disponible en: https://www.jointcommission.org/assets/1/23/Quick_Safety_Issue_25_July_2016.PDF
 19. Organización Panamericana para la Salud. Parte II: Úlceras por presión. En: Guía de Diagnóstico y Manejo 30. pp. 407-414.
 20. Cañón-Abuchar HM, Adarv-Balcazar M, Castaño-Duque AV. Prevención de las úlceras por presión en personas adultas hospitalizadas. Guías ACOFAEN. Biblioteca Las casas, 2005; 1. [Consultado el 13 de abril 2018] Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0028.php>
 21. González-Consuegra RV, Matiz-Vera GD, Hernández-Martínez JD, Guzmán-Carrillo LX. Plan de atención integral de enfermería para el cuidado de personas con úlceras por presión. *Rev Fac Med.* 2015; 63 (1): 69-80. [Consultado 15 de diciembre de 2017] Doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n1.46595>.
 22. Donabedian A. Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. Fondo de Cultura Económica; México: 1988. p. 255.
 23. De la Fuente-Ramírez JR, Tapia-Conyer R y Lezana-Fernández MA. La información en salud. México: McGraw-Hill Interamericana; 2002. p. 26.
 24. Zárate-Grajales RA, Salcedo-Álvarez RA. La migración, un riesgo potencial para la escasez de enfermeras en México. En: Campos-Covarrubias G (compilador). Educación y salud en los migrantes México - Estados Unidos. México: Ed. Porrúa Miguel Ángel; 2009. pp. 125-137.
 25. Salcedo-Álvarez RA, Rivas-Herrera JC, González-Caamaño BC, Zárate-Grajales RA, Villalobos-San Luis S. Gasto per cápita en salud, cobertura de enfermería y diabetes en México. *Rev CONAMED* [Internet]. 2016 [Consultado el 14 de noviembre de 2017]; 21 (3): 120-125. Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/462/759>
 26. Tomé-Ortega MJ. Las úlceras por presión como efecto adverso de la hospitalización. *Enfermería Dermatológica*. 2010 [Citado el 17 abril 2018]; 9: 35-41. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4317063>
 27. Álvarez de la Cruz C, Lorenzo González M. Cuidados de enfermería en una población geriátrica con riesgos de úlcera por presión. *Enferm Glob* [Internet]. 2011 [Citado el 17 abril 2018]; 10 (23): 172-182. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n23/administracion3.pdf>
 28. Vela-Anaya G. Magnitud del evento adverso. Úlceras por presión. *Rev Enferm IMSS* [Internet]. 2013 [Citado el 16 de abril de 2018]; 21 (1): 3-8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2013/eim131b.pdf>

Estrategia para favorecer la actitud hacia la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

Educational strategy for the improvement of nursing staff's attitude towards the Surgical Safety Checklist

Perla Karelina Estrada-Rodríguez,* Roberto Palemón González-Cobos**

RESUMEN

* Enfermera Especialista Quirúrgica. Hospital de Ortopedia «Víctorio de la Fuente Narváez».

** Maestría en Educación Médica. Diplomado de Investigación en Enfermería.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Correspondencia:
PKER, perlakarelina@gmail.com

Conflictos de intereses:
Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Estrada-Rodríguez PK, González-Cobos RP. *Estrategia para favorecer la actitud hacia la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía*. Rev CONAMED 2019; 24(1): 30-37.

Financiamiento: El trabajo de investigación no recibió financiamiento.

Recibido: 19/12/2018.

Aceptado: 15/01/2019.

Introducción: La Lista de Verificación Seguridad de la Cirugía (LVSC) es una herramienta que contribuye a fortalecer la seguridad para el paciente que se somete a un evento quirúrgico. Su eficacia depende, en gran medida, del interés y la relevancia que el equipo de salud le concede; es decir, de su actitud hacia ella. Una actitud se define como la disposición favorable o desfavorable hacia un objeto, persona o situación de la realidad y es resultado de la experiencia. El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de una estrategia educativa en la actitud de los profesionales de enfermería hacia la LVSC.

Material y métodos: Se construyó y validó una escala de medición tipo Likert con el propósito de evaluar la actitud hacia la LVSC y se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental mediante una intervención de estrategia educativa. El universo de estudio lo constituyó el personal de enfermería adscrito al Área de Quirófanos de dos hospitales públicos. Mediante un muestreo estratificado y por conveniencia se integraron dos grupos de 12 y seis enfermeras, respectivamente; quienes participaron en sendas estrategias de cinco sesiones, de 45 minutos de duración cada una. Se aplicó el instrumento de medición antes y después. Se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas. **Resultados:** Participaron, en total, 18 enfermeras (12 quirúrgicas y seis generales). Todas mostraron puntuaciones más altas en su actitud hacia la LVSC después de la intervención. La diferencia resultó estadísticamente significativa. No hubo diferencias entre las sedes hospitalarias ni entre las categorías profesionales. **Conclusiones:** La estrategia educativa demostró ser eficaz para mejorar la actitud de las participantes hacia la LVSC.

Palabras clave: Lista de verificación seguridad de la cirugía, actitud, educación en enfermería.

ABSTRACT

Introduction: The Surgical Safety Checklist (SSC) is an instrument that contributes to strengthen the security of the patient that undergoes a surgical event. Its efficiency depends largely on the interest and relevance that the healthcare team concedes to it, in other words, on the attitude towards it. An attitude is formally defined as the favorable or unfavorable readiness towards an object, person or situation of reality, and comes as the result of experience. The objective of this study was to assess the effect of an educational strategy on the attitude of the nursing specialists towards the SSC.

Material and methods: A Likert-type measuring scale was built and validated with the propose of assessing the attitude towards the SSC and a quasi-experimental design was carried out through an educational intervention. Nursing staff assigned to the operating rooms of two public hospitals constituted the universe of the study. For convenience and through a stratified sampling, two groups of 12 and 6 nurses were formed respectively. Both participating in strategies of five sessions of 45 minutes each. Before and after, the measuring instrument was applied. Non-parametrical statistics test were utilized.

Results: Eighteen nurses (12 surgical and 6 general) participated. All of them showed higher scores in their attitude towards the SSC after the intervention. The difference shown to be statistically significant.

Conclusions: The education strategy turned out to be successful on improving the attitude of the participants towards the SSC.

Key words: Surgical Safety Checklist, attitude, nursing education.

INTRODUCCIÓN

La seguridad se define como el conjunto de acciones interrelacionadas que tienen como objetivo prevenir y reducir los eventos adversos que implican un daño al paciente como resultado de la atención médica que recibe y debe considerarse como fundamento esencial y necesario de la buena calidad de la atención sanitaria y estar basada en un enfoque preventivo.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente –creada en octubre del 2004 por la Organización Mundial de la Salud– publicó en 2008 la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).¹ Esta es una herramienta eficaz que tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad, además de fomentar la comunicación y el trabajo en equipo, con un método sistemático y de bajo costo que permite a los miembros del equipo quirúrgico crear barreras para poder reducir los eventos adversos relacionados con la atención quirúrgica. Es el registro donde las actividades desarrolladas a lo largo de la cirugía se verifican de manera escrita –como complemento a la verificación verbal– y se fundamenta en tres principios: simplicidad, amplitud de aplicación y mensurabilidad.² Evita los riesgos más eminentes de la cirugía y contribuye a guiar a los equipos quirúrgicos para evitar la materialización de eventos adversos. Su implementación puede mejorar la seguridad del acto quirúrgico en los siguientes aspectos: identificación de pacientes, seguridad del acto anestésico, cirugía en lugar erróneo, información y consentimiento informado, profilaxis antibiótica, profilaxis antitrombótica, pérdida de piezas anatómicas y olvido de cuerpos extraños.³ Es fundamental que se realice la operación en tres fases: el periodo anterior a la anestesia (entrada), el periodo posterior a la anestesia y a la incisión quirúrgica (pausa quirúrgica) y antes del cierre de la herida o inmediatamente posterior (salida). En cada una de las fases, antes de continuar el procedimiento, se ha de permitir que el responsable de llenar la LVSC confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas. Cada fase debería utilizarse como una oportunidad de verificar el cumplimiento de las medidas de seguridad fundamentales.

Para el Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General es muy importante

que cada organización implemente la LVSC en todos los procedimientos quirúrgicos llevados a cabo dentro y fuera de la sala de operaciones y es muy importante que estas acciones se realicen de la manera correcta y en el momento oportuno.

El Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con un amplio espectro de especialidades al servicio de la salud de los derechohabientes, muchas de las cuales realizan procedimientos quirúrgicos de diversa complejidad técnica.⁴ Las actitudes pueden influir en el trabajo de todo el equipo inmerso en el proceso, donde cada acto cuenta para lograr el principal objetivo: la seguridad y la recuperación del paciente. Dado que los profesionales de enfermería están implicados en este proceso como protagonistas de las acciones de seguridad, es necesario tener una actitud favorable para el cuidado de los pacientes.

Se define como actitud a la predisposición para la acción. Es un estado psicológico que se expresa mediante un comportamiento ante una determinada persona, objeto o situación de la realidad.⁵ No se puede hablar de una actitud en abstracto sino en relación a un objeto en particular. Hablamos de una actitud favorable o desfavorable hacia algo o alguien. Es una orientación sistemática de la conducta hacia determinados objetos del mundo social. Esto significa que un individuo se comportará de manera más o menos consistente y duradera ante la presencia de un objeto actitudinal específico, de acuerdo con las condiciones del entorno. Ninguna actitud es innata, sino que todas son adquiridas en la interacción social; es decir, son producto de la experiencia de vida de cada sujeto. Esto significa que un individuo se comportará de manera más o menos consistente y duradera ante la presencia de un objeto actitudinal específico, de acuerdo con las condiciones del entorno. Nuestras actitudes vinculan nuestro aparato psíquico con el mundo en el que vivimos, en el doble sentido de que se configuran a partir de nuestra experiencia en el contexto social y que orientan nuestro comportamiento en él. Las actitudes forman parte de nuestra vida y de nuestro comportamiento, las adquirimos en el transcurso de nuestra interacción social. Al ser aprendidas son susceptibles de modificación. La exposición a otra información, a otros grupos o nuestra experiencia personal pueden cambiar nuestras actitudes, así como generar otras nuevas.⁶

En una actitud podemos reconocer tres componentes: 1. Cognoscitivo. Se refiere al conjunto de conceptos, ideas y creencias, que tienen relación con el objeto actitudinal. Es decir, es la manera como se representa en nuestra conciencia ese aspecto específico de la realidad. 2. Afectivo. Tiene que ver con las emociones de atracción o rechazo que despierta el contacto con el objeto actitudinal o, incluso, su simple referencia o imagen mental. Este aspecto está íntimamente relacionado con las experiencias previas. 3. Comportamental. Una actitud tiene que ver con una forma de actuar, pero no es la actuación en sí sino aquello que la propicia; es decir, las actitudes no son conductas sino predisposiciones adquiridas para actuar selectivamente y conducirse de determinada manera en la interacción social.⁷ Por lo tanto, nuestras actitudes vinculan nuestro aparato psíquico con el mundo en el que vivimos, en el doble sentido de que se configuran a partir de nuestra experiencia en el mundo y que orientan nuestro comportamiento en él.⁸

Después de llevar a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva, no encontramos antecedentes que aborden específicamente nuestro problema de investigación. Como referentes más o menos próximos podemos citar el trabajo de Atalaya⁹ en el cual se refiere una actitud desfavorable del personal de enfermería hacia la aplicación de la LVSC, el de Meléndez¹⁰ quien refiere que las enfermeras perciben poca importancia hacia los aspectos de seguridad del paciente y el de Hernández¹¹ que reporta un cumplimiento de 80% en la aplicación de la LVSC; así como el ya citado de Rodrigo,³ quien reporta que el equipo multidisciplinario aprecia que la LVSC tiene una utilidad moderada.

Con base en lo expuesto, el objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto de una estrategia educativa en la actitud de los profesionales de enfermería hacia la LVSC. Una estrategia educativa es un recurso muy valioso para intentar modificar actitudes. Para conseguir este propósito se requiere plantear de manera sistematizada un conjunto de experiencias de aprendizaje que promuevan la construcción de un nuevo conocimiento y el cuestionamiento de nuestros esquemas conceptuales ya existentes.¹² Una estrategia educativa que aspire a mejorar la actitud hacia la LVSC, debe generar un microambiente educativo que promueva la construcción del conocimiento propio, lo cual implica

incorporar la discusión y el debate como parte de las dinámicas de aprendizaje con el propósito de promover el cuestionamiento, la confrontación y la autocrítica con respecto a ideas, nociones y creencias que sustentan dicha actitud.¹³

MATERIAL Y MÉTODOS

En la fase inicial, se construyó un instrumento de medición con la finalidad de evaluar la actitud de las profesionales de enfermería hacia la LVSC. Se elaboró con base en dos indicadores: atributos favorables a la LVSC y aspectos desfavorables a la misma. Fue validado desde el punto de vista conceptual y de contenido por medio de una ronda de cinco expertos. Posteriormente, se sometió a una prueba piloto en la que se aplicó a una muestra de 12 enfermeras que laboran en quirófano y se calculó su confiabilidad, dividiendo el instrumento en mitades y llevando a cabo la correlación de éstas mediante la prueba de Spearman-Brown.

En la segunda etapa, se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental mediante una intervención educativa dirigida a dos grupos de profesionales de enfermería, correspondientes a sendos hospitales (de segundo y tercer nivel de atención, respectivamente). El universo de estudio estuvo constituido por el personal de enfermería adscrito al Área de Quirófanos. Se utilizó un muestreo estratificado (de acuerdo con las categorías de especialista quirúrgica y general) y por conveniencia (de acuerdo con las facilidades otorgadas por las autoridades hospitalarias). Como criterios de inclusión se contemplaron: ser enfermera especialista quirúrgica o enfermera general adscrita al Área de Quirófano. El único criterio de exclusión fue no aceptar la participación en la estrategia y los criterios de eliminación consistieron en la asistencia a menos del 80% de las actividades y no contestar el instrumento de medición. A todos los participantes se les solicitó consentimiento informado por escrito.

Para llevar a cabo la intervención educativa se integró un grupo de enfermeras quirúrgicas y generales por cada hospital, las cuales participaron en una estrategia en cada sede, de cinco sesiones de 45 minutos de duración cada una. El propósito esencial fue centrar la dinámica de aprendizaje en torno al intercambio de ideas y la confrontación de puntos de vista de los participantes, mediante

la aplicación de un método heurístico. El papel de la coordinadora fue incentivar la participación de los alumnos mediante preguntas abiertas, moderando la discusión y el debate y aportando puntos de vista propios.

Se realizaron mediciones antes y después de la estrategia. Con los datos obtenidos se calcularon frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central y de dispersión. Se utilizó estadística no paramétrica para las pruebas de ensayo de hipótesis: prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon para comparar los resultados de las evaluaciones individuales, antes y después de la estrategia; así como la prueba U de Mann-Whitney para contrastar los resultados entre grupos y categorías.

RESULTADOS

La versión final del instrumento de medición elaborado para los propósitos del presente estudio (*Anexo 1*) quedó conformada por 40 ítems (la mitad de ellos correspondientes a atributos favorables a la LVCS y la otra mitad a rasgos desfavorables), con un índice de confiabilidad de 0.94. Se incluyó un total de 18 participantes, 16 mujeres y dos hombres, con un promedio de edad de 37.8 años y de 4.8 años de antigüedad en quirófano, seis de ellos con estudios de licenciatura y el resto de nivel técnico o posttécnico. La muestra se dividió en dos grupos (de acuerdo con el hospital de adscripción): 12 enfermeras (ocho quirúrgicas y cuatro generales) en el grupo 1 y seis (dos quirúrgicas y cuatro generales) en el grupo 2.

Al analizar las puntuaciones obtenidas al principio y al final de la estrategia educativa mediante la aplicación del instrumento de medición se puede observar que todos los participantes, sin excepción, mostraron un aumento estadísticamente significativo, tanto en el grupo 1 ($p < 0.001$, *Tabla 1*) como en el grupo 2 ($p < 0.025$, *Tabla 2*).

En el grupo 1, en la medición inicial, las enfermeras quirúrgicas obtuvieron una mediana de 130 (rango 96-163) mientras que en las generales fue de 131 (rango 119-142); es decir, no hubo diferencia significativa. En cuanto a la medición final, la mediana obtenida por las quirúrgicas fue de 166 (131-180) y de 168 (166-172) en las generales, tampoco hubo diferencia significativa.

Para el caso del grupo 2, las quirúrgicas obtuvieron en la medición inicial una mediana de 151.5

(128-175) y las generales de 156.5 (134-180), diferencia no significativa. En la medición final, las quirúrgicas alcanzaron mediana de 176.5 (168-185) y las generales de 176 (162-188); tampoco hubo diferencia.

Al comparar los resultados obtenidos entre los grupos (es decir, entre los dos hospitales), el 1 ($n = 12$) obtuvo una mediana inicial de 131 (96-163) y el 2 ($n = 6$) de 156 (128-180). Esta diferencia no fue significativa. Asimismo, en la medición final el grupo 1 obtuvo 168 (131-180) y el grupo 2 logró 176 (162-188), diferencia que tampoco resultó significativa.

En cuanto a las categorías (en forma global), las quirúrgicas ($n = 10$) resultaron con una mediana inicial de 131 (96-175); mientras que las generales ($n = 8$) obtuvieron 143 (119-180), sin que la diferencia fuera significativa. Y en la medición final las quirúrgicas lograron 169 (131-185) y las generales 172 (162-188); es decir, no hubo diferencia.

En cuanto a los resultados obtenidos de acuerdo con el nivel de actitud hacia la LVCS, en la medición inicial encontramos que el 60% de las enfermeras quirúrgicas mostró un nivel «poco favorable»; mientras que, en la final, el 50% se ubicó en el nivel «muy favorable» más otro 40% en «moderadamente favorable» (*Tabla 3*). Asimismo, las

Tabla 1. Evaluación individual de la actitud hacia la Lista de Verificación Seguridad de la Cirugía antes y después de la estrategia educativa. Grupo 1 ($n = 12$).

Participantes	Categoría	Medición inicial	Medición final	p*
A	Quirúrgica	134	161	
B	Quirúrgica	120	131	
C	General	163	174	
D	General	126	174	
E	General	96	145	
F	General	138	180	
G	General	116	160	$p < 0.001$
H	General	134	171	
I	General	119	168	
J	General	142	172	
K	General	128	168	
L	General	134	166	

* Prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon.

Tabla 2. Evaluación individual de la actitud hacia la Lista de Verificación Seguridad de la Cirugía antes y después de la estrategia educativa. Grupo 2 (n = 6).

Participantes	Categoría	Medición inicial	Medición final	p*
A	Quirúrgica	175	185	
B	Quirúrgica	128	168	
C	General	144	173	
D	General	180	188	p < 0.025
E	General	169	179	
F	General	134	162	

* Prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon.

enfermeras generales se ubicaron en su mayoría en el nivel «poco favorable» (50%) en la medición inicial y, en la final, observamos que un 50% alcanzó el nivel «muy favorable» y el otro 50% logró «moderadamente favorable» (*Tabla 4*).

DISCUSIÓN

Un primer aspecto a considerar es el hecho de contar con un instrumento de medición elaborado específicamente para los propósitos de la investigación. Fue sometido a un proceso riguroso de validación conceptual y de contenido, que además obtuvo un elevado índice de confiabilidad. Esto nos permite concederle un alto grado de validez a los resultados de las mediciones.

Con respecto a los resultados individuales de los participantes, observamos que todos elevaron su puntuación de manera significativa, demostrando así la eficacia de la estrategia educativa. Y queremos destacar el hecho de que hubo tres enfermeras que obtuvieron puntuaciones muy altas antes de la intervención y, aun así, en la medición final mejoraron su resultado (*Tabla 2*).

A esta consideración debemos agregar el hecho de que no hubo diferencias en los resultados al comparar las sedes y las categorías; es decir, pertenecer a un hospital de segundo o tercer nivel no influyó en los resultados. Algo similar se observó al contrastar las categorías, pues no hubo diferencia entre ellas. En otras palabras, ser enfermera especialista quirúrgica o general no

Tabla 3. Nivel de actitud hacia la Lista de Verificación Seguridad de la Cirugía en las enfermeras quirúrgicas (n = 10) antes y después de la estrategia educativa.

Nivel de actitud	Medición inicial n (%)	Medición final n (%)
Muy favorable (169-200)	1 (10)	5 (50)
Moderadamente favorable (137-168)	2 (20)	4 (40)
Poco favorable (105-136)	6 (60)	1 (10)
Desfavorable (73-104)	1 (10)	-
Muy desfavorable (40-72)	-	-

Tabla 4. Nivel de actitud hacia la Lista de Verificación Seguridad de la Cirugía en las enfermeras generales (n = 8) antes y después de la estrategia educativa.

Actitud	Medición inicial n (%)	Medición final n (%)
Muy favorable (169-200)	2 (25)	4 (50)
Moderadamente favorable (137-168)	2 (25)	4 (50)
Poco favorable (105-136)	4 (50)	-
Desfavorable (73-104)	-	-
Muy desfavorable (40-72)	-	-

mostró ventaja o desventaja para el mejoramiento de la actitud.

Lo anteriormente expuesto, nos permite considerar que la estrategia educativa tuvo el mérito de favorecer el desarrollo de la actitud de los participantes, independientemente de su contexto laboral y de su categoría profesional; es decir, que el método de aprendizaje implementado fue de la mayor pertinencia para lograr el objetivo de la investigación.

Las actitudes son adquiridas, por tanto, son potencialmente modificables. Para ello, es necesario proponer estrategias de aprendizaje que tengan como eje de acción promover la reflexión y la crítica. Con base en los resultados obtenidos en este trabajo, podemos afirmar que es factible

desarrollar o modificar las actitudes por medio de un proceso de aprendizaje que tome en cuenta los componentes cognoscitivo, afectivo y comportamental. Para conseguir este propósito se requiere desarrollar experiencias de aprendizaje que promuevan el cuestionamiento de nuestros esquemas conceptuales.^{12,13}

CONCLUSIONES

La estrategia educativa demostró ser eficaz para mejorar la actitud de las participantes hacia la LVSC. No tuvo efecto alguno el antecedente de la formación profesional ni el centro de trabajo, pues tanto las especialistas quirúrgicas como las enfermeras generales aumentaron significativamente sus respectivas puntuaciones al final de la estrategia y no hubo diferencias significativas entre los dos hospitales. La ausencia de estas diferencias la atribuimos a la pertinencia de la estrategia.

Agradecimientos

Los autores expresamos nuestro más sincero agradecimiento por su valiosa colaboración a la Lic. Rosaura Solorio Gudiño, Subjefe de Educación de Enfermería y Técnicos del Hospital General de Zona Núm. 48 «San Pedro Xalpa» y a la Mtra. María Silvia Salazar Santillán, Subjefe de Educación de Enfermería y Técnicos del Hospital de Ortopedia «Dr. Victorio de la Fuente Narváez».

BIBLIOGRAFÍA

1. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía. 1^a. ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
2. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
3. Rodrigo M, Tirapu B, Zabalza P, Martín M, de la Fuente A, Villalgordo P, Domench L. Percepción de los profesionales sobre la utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica. Rev Calidad Asistencial. 2011; 26 (6): 380-385.
4. División Técnica de Información Estadística en Salud. El IMSS en Cifras. Las intervenciones quirúrgicas. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2005; 43 (6): 511-520.
5. Ortego, María del Carmen. Las actitudes. Ciencias Psicosociales. Universidad de Cantabria. [Consultado: 2018 Jul 31]. Disponible en: https://ocw.unican.es./pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema_04.pdf
6. Laca F. Actitudes y comportamientos en las situaciones de conflicto. Enseñanza e Investigación en Psicología. 2005; 10 (1): 117-126.
7. Ubillos S. Componentes de la actitud. [Consultado 31 julio 2018] Disponible en: <https://www.ehu.eus/documents/1463215/1504276/Capítulo+X.pdf>
8. Ferreira, Miguel Ángel. Cambio de actitudes sociales para un cambio de vida. Universidad Madrid: 2009. [Consultado 31 julio 2018. Disponible en: www.um.es/discatif/documentos/Actitudes_Cuenca09.pdf
9. Atalaya ME, Bernal G, Sampertegui Y, Ruiz T. Conocimiento, actitud y práctica del personal de enfermería en medidas de bioseguridad en sala de operaciones del Hospital Docente Belén-Lambayeque. Tesis para optar por el título de Especialista en Centro Quirúrgico. Fac. de Enfermería, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Lambayeque, Perú, 2017.
10. Meléndez Cy cols. Percepción del personal de enfermería hacia la cultura de seguridad en un hospital pediátrico en México. Rev Cuid. 2014; 5 (2): 774-781.
11. Hernández I, Giménez M, Moreno M. Efectividad de una intervención para mejorar la calidad de la cumplimentación del listado de verificación de seguridad quirúrgica en un servicio de cirugía general. Rev Calidad Asistencial. 2017; 32 (1): 58-61.
12. González R, Viniegra L. La orientación del aprendizaje en la especialidad de pediatría. Rev Invest Clin. 1999; 51: 227-233.
13. González R, Viniegra L. Comparación de dos intervenciones educativas en la formación de médicos residentes. Rev Invest Clin. 1999; 51: 351-360.

Anexo 1. Escala de actitud hacia la Lista de Verificación Cirugía Segura.

Instrucciones: En la primera columna de la tabla que se muestra a continuación se presenta un listado de características atribuibles a la Lista de Verificación Quirúrgica. Lea con atención cada una de ellas y anote una «X» en la columna que corresponda a su punto de vista (acuerdo o desacuerdo). Sus respuestas serán confidenciales y sólo serán utilizadas con fines estadísticos. Muchas gracias por su colaboración.

La lista de verificación seguridad de la cirugía:	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Indecisa/o	Parcialmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Identifica riesgos					
2. Evita complicaciones previsibles					
3. Es de aplicación sencilla					
4. Requiere que el personal de enfermería tome la iniciativa					
5. Puede aplicarse sin la participación del personal médico					
6. Es un instrumento complejo					
7. Revela el papel secundario que desempeña enfermería en la seguridad del paciente					
8. Carece de medición en su impacto					
9. Es difícil de utilizar					
10. Es simple					
11. Es de uso restringido a cirugías con características muy específicas					
12. Requiere del liderazgo por parte del personal de enfermería					
13. Previene problemas durante el acto quirúrgico					
14. Permite constatar que el instrumental quirúrgico se encuentra debidamente esterilizado					
15. Brinda confianza de que la cirugía se realiza en óptimas condiciones					
16. Contiene información excesiva					
17. Debe ser llenada lo más rápido posible					
18. Es concisa					
19. Provoca incomodidad al tener que trabajar con personas de otras áreas					
20. Es ajena a cualquier error derivado del acto quirúrgico					
21. Se debe aplicar principalmente en cirugías de urgencia					

Continúa Anexo 1. Escala de actitud hacia la Lista de Verificación Cirugía Segura.

Instrucciones: En la primera columna de la tabla que se muestra a continuación se presenta un listado de características atribuibles a la Lista de Verificación Quirúrgica. Lea con atención cada una de ellas y anote una «X» en la columna que corresponda a su punto de vista (acuerdo o desacuerdo). Sus respuestas serán confidenciales y sólo serán utilizadas con fines estadísticos. Muchas gracias por su colaboración.

La lista de verificación seguridad de la cirugía:	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Indecisa/o	Parcialmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
22. Permite contar con anticipación con los recursos necesarios para actuar en caso de complicaciones durante el acto quirúrgico					
23. Es mensurable					
24. Es valiosa					
25. Requiere de un líder específico para su aplicación					
26. Se debe confirmar verbalmente por los miembros del equipo conforme corresponde y en el tiempo que corresponde					
27. Evita sumar problemas ajenos al motivo de la cirugía					
28. Detecta inconsistencias en la información relevante al paciente					
29. Es de competencia exclusiva de la enfermera circulante					
30. Posee una importancia menor comparada con otras actividades propias de enfermería					
31. Es un documento sin sustento legal					
32. Tiene una gran aplicabilidad					
33. Es un formato más que se llena de forma rutinaria					
34. Es exhaustiva					
35. Es un buen referente de la contribución de enfermería a la seguridad del paciente					
36. Sus implicaciones legales afectan sólo al cirujano responsable del paciente					
37. Implica acciones decisivas por parte de enfermería					
38. Es un formato que distrae de otras tareas más importantes					
39. Hace énfasis en la relación jerárquica					
40. Aumenta la carga de trabajo					

El derecho humano a la salud, la representación aparente y la responsabilidad en la prestación de servicios médicos particulares

The human right to health, apparent agency and liability in private healthcare services

Antonio Grayeb Cervantes*

RESUMEN

* Estudiante de 7º semestre de la Licenciatura en Derecho, Facultad de Derecho, Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia:
AGC,
agrayebc@gmail.com

Conflictos de intereses:
El autor declara que no tiene.

Citar como: Grayeb CA. *El derecho humano a la salud, la representación aparente y la responsabilidad en la prestación de servicios médicos particulares*. Rev CONAMED 2019; 24(1): 38-45.

Recibido: 26/07/2018.
Aceptado: 25/09/2018.

Problemática: La vulnerabilidad de los pacientes que han sido víctimas de una mala práctica médica por parte de facultativos que no guardan relación formal con el hospital donde se atienden. **Derecho fundamental a la salud:** Definición y ubicación del derecho a la salud en el sistema normativo mexicano. **Responsabilidad en el ejercicio profesional:** Comprensión de su origen y concepción de la responsabilidad profesional en el ámbito médico. **Mala praxis médica:** Configuración de la mala praxis para el nacimiento de responsabilidad civil. **Representación aparente:** Determinación de su origen, su definición, condiciones de existencia y propósitos. **Precedentes en el Common Law:** Concepción dentro del sistema jurídico anglosajón y su aplicación al ámbito médico. **Representación aparente en México:** Cómo ha sido entendida por los tribunales mexicanos y su aplicación en los casos de mala práctica médica, sus requisitos, consecuencias y utilidad en la generación de certeza jurídica en los usuarios de servicios médicos privados. **Conclusiones:** Reconocimiento de la eficacia de la representación aparente y de la necesidad de su estudio para posible aplicación en otras áreas.

Palabras clave: Salud, derechos humanos, grupos vulnerables, representación aparente, hospital, responsabilidad, mala práctica médica.

ABSTRACT

Problem: The vulnerability status of the patients who were victim of a medical malpractice by medical personnel which are not formal employees of the hospital where they were receiving their treatment. **Human right to health:** Definition and location of the human right to health in Mexican law. **Professional responsibility:** How to understand the origin and the conception of professional responsibility in the practice of medicine. **Medical malpractice:** How to determine the existence of a medical malpractice in order to claim civil liability. **Apparent Agency:** What does apparent agency mean, it's origins, purpose and existence requirements. **Apparent Agency in Mexican Law:** How are Mexican courts working with the apparent agency doctrine and its application in medical malpractice cases, it's usage requirements, it's consequences and practical benefits. **Conclusions:** Recognizing the efficiency of apparent agency in medical malpractice cases and the need of a deeper research for its application in other kind of legal cases.

Key words: Health, human rights, vulnerable groups, apparent agency, hospital, liability, medical malpractice.

INTRODUCCIÓN

Cuando en los ordenamientos y normativas mexicanas se habla de grupos vulnerables suele hacerse referencia a aquellos grupos de personas que, por motivo de alguna condición física, mental, socioeconómica o de otra índole, se encuentran en riesgo de sufrir una afectación en el ejercicio de sus derechos humanos.

En este breve estudio se atiende la problemática que implica la situación de vulnerabilidad de los usuarios de servicios médicos privados en los casos en que han sufrido un daño a causa de una mala praxis médica en manos de facultativos que no guardan una relación formal de subordinación con el hospital o institución donde estaban siendo atendidos. Lo anterior bajo el permanente reconocimiento de la inferioridad que puede guardar el paciente por la falta de conocimientos técnicos de la materia médica y de la conformación de la planta laboral y el funcionamiento del hospital que, en determinados casos podrían motivar a la institución a desvincularse de su responsabilidad civil.

En este sentido, se apoya la aplicación de la figura jurídica de la representación aparente para brindar un poco de equidad y compensar los desequilibrios sufridos por el paciente con respecto a los deberes de las instituciones prestadoras de servicios.

El derecho fundamental a la salud

La Organización Mundial de la Salud define dentro de su Constitución al establecer los principios generales que regirán al interior del organismo que la salud debe ser entendida como «un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», adicionalmente establece que «el goce del grado máximo de salud que pueda lograrse es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social».¹

Desde el momento en que México forma parte de los diversos órganos e instrumentos internacionales, en virtud de lo dispuesto por el artículo 1º y el artículo 133 de la Constitución, dicha normativa pasa a ser de carácter interno y con el rango que se le asigna en la Carta Magna a los derechos

humanos. Sin embargo, como derecho fundamental, el derecho a la salud no siempre ha gozado del estatus que actualmente ostenta y es que fue hasta 1983 que se le otorgó dicha categoría cuando se adicionó el penúltimo párrafo al artículo 4º constitucional que a la letra dice:

«Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.»²

El reconocimiento de este derecho se hace en la parte de la Constitución que correspondía a las otras garantías individuales que han pasado a transformarse en los actuales derechos fundamentales entendidos como derechos subjetivos de carácter público, pero cuyo alcance y eficacia vincula tanto a órganos del Estado como a particulares en determinadas relaciones jurídicas como sería el caso de los hospitales privados que, aun cuando pudiera entenderse que desarrollan sus actividades en el ámbito del derecho privado, éstas tienen repercusiones directas en el ejercicio de un derecho público siendo éste el razonamiento que ha adoptado la Suprema Corte en la tesis aislada 1a. XXIII/2013 (10a.).³

El precepto constitucional que da origen al derecho fundamental de la salud en nuestro país cuenta con una normatividad específica que desarrolla los principios, instituciones y reglas que rigen al llamado Sistema Nacional de Salud, mismo que incorpora tanto al sector público en todos los órdenes de gobierno como a las instituciones del sector social y a las de carácter privado. Tratándose dicha norma de la Ley General de Salud reglamentaria del artículo 4º constitucional.⁴

De esta manera, resulta sencillo comprender que el derecho humano a la salud tiene un espectro de aplicación tanto en el ámbito privado como el público, generando responsabilidades de naturaleza jurídica distinta en lo que se refiere a la responsabilidad civil, administrativa e incluso penal para aquellos casos en que las faltas a su cumplimiento u observancia ocasionen un daño al titular de este derecho.

Responsabilidad en el ejercicio profesional y *lex artis*

Comprender el concepto de responsabilidad en sentido general y en sentido jurídico resulta esencial para entender las consecuencias de una mala práctica médica y más aún para percibir los matices que la hacen surgir cuando existe una representación aparente.

En sentido general, la Real Academia Española la define, entre otras cualidades, como el cargo u obligación moral que resulta para alguien por el posible yerro en cosa o asunto determinado, introduciendo la idea jurídica de la capacidad que tienen las personas para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente.⁵

En su sentido estrictamente jurídico, Montoya Pérez señala que la responsabilidad debe entenderse como «la necesidad (jurídica) que tiene una persona de indemnizar a otra por el daño causado derivado de su obrar ilícito».⁶

La responsabilidad anteriormente descrita encuentra su fundamento en el Código Civil para el Distrito Federal, concretamente en el artículo 1910 donde se establece la obligación de reparar que tienen aquéllos que hayan provocado algún daño a partir de un obrar ilícito o contrario a las buenas costumbres. Adicionalmente, sirve de fundamento el artículo 2615 del mismo ordenamiento al disponer que «el que preste servicios profesionales, sólo es responsable hacia las personas a quienes sirve, por negligencia, impericia o dolo, sin perjuicio de las penas que merezca en caso de delito».

Por su parte, el ejercicio profesional es entendido por la legislación aplicable como la realización habitual a título gratuito u oneroso de todo acto o prestación de servicio propio de cada profesión, aunque sólo se trate de simple consulta o la ostentación del carácter de profesionista.⁷

Para ejercer profesionalmente una actividad, el mismo cuerpo normativo dispone que las leyes de cada campo de acción determinarán cuáles son las actividades profesionales que requieren título y cédula para su regular ejercicio.⁸ Dicha restricción al ejercicio profesional encuentra su razón de ser en la sensibilidad de las áreas en que se desempeñen aquéllos que se ostentan como profesionistas bajo

el amparo de esta ley, tal es el caso de la práctica médica cuyo desenvolvimiento incide de forma directa en el ejercicio del derecho fundamental a la salud tanto de los individuos como de las colectividades y de forma indirecta en el interés del Estado por procurar la salud pública.

En este caso, la obligación de los profesionales de la medicina de contar con dicha documentación se encuentra descrita en el artículo 28 Bis de la Ley General de Salud, misma que se encarga de enunciarlos e imponer limitaciones a ciertos profesionales del rubro.

El efectivo cumplimiento de dichos requisitos hace presuponer que quien se ostenta como profesional de la medicina posee los conocimientos y principios científicos y éticos que rigen la materia, mismos que se conocen en el ámbito médico como *lex artis*.

Para dar precisión sobre los alcances de este concepto, la Suprema Corte ha establecido a través del criterio I.4o.A.91 A (10a.) que:

Lex artis médica o «estado del arte médico» es el conjunto de normas o criterios valorativos que el médico, en posesión de conocimientos, habilidades y destrezas, debe aplicar diligentemente en la situación concreta de un enfermo y que han sido universalmente aceptados por sus pares.⁹

Como la definición misma señala, la *lex artis* es un concepto que tiene su aplicación en el caso concreto y por lo tanto, tiende a individualizarse según los caracteres propios de los pacientes y sus padecimientos. Es así que dichos principios científicos y éticos, en combinación con los conocimientos particulares del médico sobre un paciente en particular, pasan a dotar de contenido al concepto de *lex artis ad hoc*.¹⁰

Mala praxis médica

Una vez que ha quedado clara la idea de la responsabilidad en el ámbito del ejercicio profesional de la medicina, resulta útil saber cuándo puede considerarse que efectivamente se ha configurado un acto de mala práctica médica y su correlativa responsabilidad.

En la doctrina, como señala Montoya Pérez, suele hablarse de cuatro elementos que conforman la mala práctica y que consisten en:¹¹

- Una conducta ilícita del médico que puede tener origen en su negligencia, torpeza o falta de cuidado.
- Presencia de un daño a un bien jurídico del paciente.
- Relación de causalidad entre la conducta del médico y el daño sufrido.
- Imputabilidad del hecho dañoso al médico aparentemente responsable.

Por su parte, en el desarrollo de la práctica jurídica, la Suprema Corte ha establecido que para acreditar el nacimiento de la responsabilidad civil médica debe acreditarse la existencia de la conducta ilícita, el daño y la relación de causalidad. Lo anterior a la vez que se tiene en cuenta la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación del médico.¹²

Representación aparente

Antes de abordar directamente la figura de la representación aparente, es necesario delimitar los alcances de la institución de la representación jurídica y, dado el origen de la figura que motiva este breve estudio, resulta prudente clarificar cuáles son las implicaciones y alcances de la representación tanto en el sistema jurídico del *Common Law* como en el romanista.

Dentro del *Common Law*, la doctrina del *Commercial Law* anglosajón le da origen a esta figura que se entiende como un conjunto de relaciones jurídicas que pueden o no tener un origen contractual y que dan posibilidad a una persona denominada representante a generar vínculos jurídicos con terceros por cuenta del sujeto representado. Para tener dichos efectos, el derecho anglosajón reconoce también como representante a aquél que trabaje bajo supervisión de un superior y que tenga trato con un tercero a nombre de éste, siendo el ejemplo más típico de esta relación la de patrón y empleado.¹³

Para nuestro sistema jurídico, perteneciente a la familia romanista, la representación es una institución que se define como la «facultad que tiene una persona de actuar, obligar y decidir en nombre y cuenta de otra»¹⁴ Otra definición útil a nuestros fines es la que aporta Bejarano Sánchez al decir que la representación:

«Es una figura jurídica que consiste en permitir que los actos celebrados por una persona (llamada representante) repercutan y surtan efectos de derecho en la esfera jurídica de otro sujeto (que adquiere el nombre de representado) como si este último los hubiera realizado y no afectan para nada la del representante, el cual queda ajeno a la relación de derecho por su acción a pesar de ser el protagonista del acto.»¹⁵

En la doctrina jurídica mexicana se distinguen, por su origen, cuatro tipos de representación:¹⁶

- Legal: nace directamente de lo dispuesto por un ordenamiento jurídico.
- Voluntaria: su origen está en el acuerdo de las partes que en ella intervienen.
- Oficiosa: es la obtenida a través de la gestión de negocios.
- Judicial: en determinados casos, la autoridad jurisdiccional determina la necesidad de que se nombre un representante para una sucesión, un incapaz o un ausente.

Tras haber caracterizado a la figura de la representación podemos decir que un representante es el que lleva a cabo conductas autorizadas a nombre del representado y que vinculan jurídicamente a éste. Por el contrario, podría inferirse que aquellos actos que no fueran consentidos por el representado al momento de nacer la representación no tendrían la validez para vincular al sujeto que se pretende representar y con mayor razón, un tercero sin poder ni mandato tampoco podría con su actuar generar vínculos jurídicos a nombre de alguien con quien no guarda tales vínculos.

Sin embargo, la representación aparente es la figura jurídica creada por el derecho anglosajón que permite tener por efectivos los vínculos jurídicos creados a partir de una representación deficiente e inclusive inexistente, pero legítima en apariencia, y cuya finalidad es la de proteger los intereses de terceros para que estén en posibilidad de hacerlos exigibles respecto de las relaciones jurídicas que se hayan entablado con quien se creía que válidamente estaba siendo representado.

Bajo riesgo de caer en una repetición, el lector debe advertir la existencia de tres condiciones contenidas en la definición que hemos propor-

cionado al momento de evaluar si se encuentra frente a un caso de representación aparente y que consisten en:

1. Un sujeto que ostenta la representación al realizar actos a nombre de un tercero.
2. Un sujeto que está supuestamente siendo representado y que a través de su actuar positivo o negativo no destruye la falsa idea de que existe dicha representación.
3. La razonable creencia que tiene un tercero de buena fe de que tal representación existe.

Tras la concurrencia de estas condiciones y la configuración de la representación aparente, el sistema jurídico protege los intereses de terceros que han actuado bajo una idea errónea basada en una apariencia sustentada de representación.

Precedentes en el Common Law

Uno de los antecedentes del uso de la figura de la representación aparente para resolver una controversia relativa a la prestación de servicios médicos se encuentra en el caso *Gilbert vs. Sycamore Municipal Hospital*, en el cual se logra llevar a juicio al hospital por actos presuntamente negligentes atribuibles a los profesionales que brindaron atención médica en las instalaciones de la institución a pesar de que éstos no formaban parte de su lista de empleados o representantes y que fueron presentados en juicio como si fueran únicamente prestadores de servicios de forma esporádica y específica.

En ese sentido, podría entenderse que la institución buscó no ser juzgada como responsable por la conducta de médicos con los que no tiene una relación de supra a subordinación; sin embargo, la Corte de Apelación hizo notar que la existencia de una relación laboral o de representación no es la única forma de crear responsabilidad para la institución en cuestión, sino que sus deberes se extienden a la obligación de supervisar de forma efectiva el desempeño de dichos médicos en las interacciones con los pacientes.¹⁷

Otro precedente de importancia para la formación de este criterio fue el del caso *Lynch vs. Board*

of Education of Collinsville Community Unit Dist. de 1980. En dicha resolución se determina que la persona en apariencia representada debe crear una imagen razonable de la existencia de la representación a través de sus palabras o conductas para poder ser considerada como responsable en el ámbito jurídico.

Para el caso concreto de la apariencia de una representación jurídica en la prestación de servicios médicos, la justicia estadounidense encuentra aplicables dos formas de entender la responsabilidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios médicos:¹⁸

- a) La responsabilidad del hospital se origina por la conducta de aquéllos que se encuentran subordinados a ellos en calidad de empleados.
- b) Los hospitales son responsables por su especial deber de vigilar la calidad de la atención y servicios que sus pacientes reciben.

En Estados Unidos, la noción de representación aparente varía entre jurisdicciones debido al sistema de precedentes con el que operan; no obstante, podemos encontrar de utilidad el pronunciamiento de la *Supreme Court* de Connecticut en que la define como «el poder que sostiene una persona para intervenir en las relaciones jurídicas de un presunto representado frente a terceros que razonablemente creen en las facultades del representante a causa de las conductas desplegadas por el representado.»¹⁹

La representación aparente en México

En nuestro caso, la teoría de la apariencia jurídica comenzó recientemente a tener presencia en algunas tesis aisladas de la Suprema Corte, ejemplo de ello es la Tesis Aislada I.8o.C.50 C (10a.) sobre la representación aparente en el mandato que reconoce la validez en la aplicación de dicha teoría describiéndola como aquélla que «sostiene que la apariencia es susceptible de producir el mismo efecto que la realidad, es decir, dar efectos jurídicos a lo que no es real sino aparente» y que su aplicación no se limita a aquellos casos que de forma expresa la ley señale, de manera que resulta

posible extender su utilización a casos análogos, especialmente en aquéllos en los que exista la necesidad de proteger los intereses jurídicos de terceros que han actuado de buena fe, especialmente si guardan una posición de vulnerabilidad respecto de aquéllos que han generado y sostenido la apariencia.²⁰

Este mismo propósito es el que se ha perseguido en otras tesis aisladas producidas por la Suprema Corte en el ámbito específico de la prestación de servicios médicos del sector privado, tal es el caso de la Tesis Aislada 1a. CXIX/2015 (10a.) que enuncia algunas situaciones en las que puede considerarse como válida la existencia de una representación aparente entre las que resaltan:

Cuando una persona que se desempeña en las instalaciones del hospital como la mayoría de los médicos se conduce regularmente como si fuera empleado de la institución, tanto al interior del centro de salud como frente a los usuarios, por medio de elementos como su localización común en el nosocomio, el desenvolverse bajo la estructura de éste, laborar de forma constante y cotidiana en ese lugar y dar consultas ahí, entre otros actos, que harían suponer a cualquier persona, como usuario, que el médico es empleado o trabaja para la institución médica.²¹

Los escenarios anteriormente mencionados resultan de especial relevancia para el juzgador, dado que, como lo expresa ese mismo documento, tienden a crear una situación en la que un tercero que formalmente no guarda una relación de subordinación con el hospital se encuentra materialmente llevando a cabo conductas que le corresponderían de forma ordinaria al nosocomio que el paciente ha contratado. La Suprema Corte extiende la aplicación de este criterio incluso a los casos en que se le ha hecho saber al paciente que ese personal médico no pertenece a la planta laboral de la institución. El máximo tribunal argumenta que darle validez a dicha mención como motivo de exclusión de responsabilidad para la institución generaría una cierta inmunidad en aquellos casos en los que sea procedente la reclamación de prestaciones derivadas de una mala praxis médica.²²

Lo anterior afectaría directamente el adecuado ejercicio y disfrute del derecho humano a la

salud por hacer aún más grave la situación de vulnerabilidad en la que actualmente se encuentran los usuarios de estos servicios de salud, relación desigual que ha sido reconocida por el órgano jurisdiccional en la Tesis Aislada 1a. CXX/2015 (10a.) al establecer que los pacientes sufren dicha desigualdad:²³

Por la posición de disparidad frente a quienes manejan, desarrollan y controlan los servicios de salud; situación en la que se ven vulnerados en sus derechos fundamentales ante la asimetría de poder entre el hospital y los usuarios, por la propia naturaleza de los servicios y por la complejidad de la medicina como profesión.

Con este criterio, la Suprema Corte nos brinda un soporte adicional, dado que esta última tesis viene a fortalecer el elemento subjetivo de la convicción del paciente para el nacimiento de una representación aparente. Es decir, la situación de inferioridad tanto en conocimientos como en medios que tiene el paciente respecto del hospital le imposibilita tener certeza sobre quiénes son los miembros que desarrollan su actividad profesional dentro del hospital y al servicio de éste. Por tanto, se confirman los deberes de vigilancia que tienen dichas instituciones sobre la atención que reciben sus pacientes, obligación que ya se encontraba establecida dentro de nuestro orden jurídico en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica:²⁴

Artículo 18.- Los establecimientos en los que se presten servicios de atención médica, deberán contar con un responsable, mismo que deberá tener título, certificado o diploma que, según el caso, haga constar los conocimientos respectivos en el área de que se trate.

Artículo 19.- Corresponde a los responsables a que hace mención el artículo anterior, llevar a cabo las siguientes funciones:

I.- Establecer y vigilar el desarrollo de procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios que el establecimiento ofrezca, así como para el cabal cumplimiento de la ley y las demás disposiciones aplicables.

Es así que la prestación de servicios de atención médica engloba una serie de obligaciones que trascienden al acto médico concreto y que ponen a los hospitales en la necesidad de guardar un control

activo sobre el personal que desempeña funciones al interior de éstos, deber que se resume en la permanente supervisión de calidad e idoneidad de los tratamientos que reciben los pacientes en su área sin que para ello resulte relevante la relación formal que exista entre el personal que ahí brinde atención y el hospital.²⁵

CONCLUSIONES

La figura de la representación aparente, como hemos podido constatar, ha venido a formar parte de nuestro sistema jurídico y a fortalecer los recursos con que cuentan los usuarios de los servicios médicos particulares para mitigar, en mayor o menor medida, las relaciones de desigualdad que guardan respecto de las instituciones prestadoras de servicios médicos en virtud del poder económico y técnico que las coloca en una situación ventajosa respecto del paciente.

La adopción de esta figura reafirma los deberes que tienen los hospitales de llevar a cabo una vigilancia permanente sobre la calidad de los servicios que brinda a sus pacientes, incluida la obligación de tener personal dedicado a supervisar quiénes interactúan con los pacientes y dar seguimiento a los tratamientos que sus empleados asignen a cada paciente.

Una correcta integración y aplicación de la representación aparente pretende evitar que se simulen contratos de prestación de servicios profesionales entre médicos y pacientes cuyos beneficios económicos se repartan entre el nosocomio y el galeno, pero que el médico sea el único que cargue con la responsabilidad del acto médico. Por tanto, es una medida doblemente protectora, pues evitaría que el médico tratante fuera el responsable en todos los casos de reparar o indemnizar los daños causados por una mala práctica.

A pesar de las virtudes expuestas, la representación aparente carece de la atención debida por parte de los doctrinarios mexicanos y, aunque probablemente se deba a lo particular de las situaciones que dan origen a su aplicación, también es cierto que su tratamiento y difusión podrían hacer extensivo su uso a otras áreas en pro de la certeza jurídica que nuestro orden normativo busca proteger y promover.

Agradecimientos

Agradezco a la Dra. Carina Gómez Fröde, Directora General de Arbitraje de la CONAMED y a los licenciados María Eugenia Romero Vilchis y Jesús Olivares Villa, árbitros de la misma institución, por el apoyo brindado en la realización de este trabajo de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. [Consultado el 20 de junio de 2018] Disponible en: <http://www.who.int/about/mission/es/>
2. Diario Oficial de la Federación del 03 de febrero de 1983.
3. Tesis Ia. XXIII/2013 (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. I, enero de 2013, p. 626.
4. Camacho-Solís JI. La protección del derecho humano a la salud. En: Kurczyn-Villalobos P (coord.). Derechos humanos en el trabajo y la seguridad social. Liber Amicorum: en homenaje al doctor Jorge Carpizo, UNAM. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas; 2014. p. 32.
5. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española, 22a ed. Madrid: Editorial Espasa; 2001.
6. Montoya-Pérez MC. Responsabilidad civil médica. En: Domínguez-Martínez JA, Sánchez-Barroso JA (coord.), Homenaje al maestro José Barroso Figueroa por el Colegio de Profesores de Derecho Civil de la Facultad de Derecho-UNAM. México: Porrúa; 2012. p. 195.
7. Artículo 24 de la Ley Reglamentaria del Artículo 5º. Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en la Ciudad de México.
8. Ídem, artículo 2º.
9. Tesis I.4o.A.91 A (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. III, octubre de 2013, p. 1821.
10. Tesis I.4o.A.92 A (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. III, octubre de 2013, p. 1819.
11. Montoya-Pérez MC. Op. Cit, p. 209.
12. Tesis I.4o.C.329 C (9a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. V, enero de 2012, p. 4605.
13. Müller-Freienfels W. Minimun wage. Encyclopaedia Britannica. [Consultado el 25 de junio de 2018] Disponible en: <https://www.britannica.com/topic/agency-law>
14. Pérez-Fernández del Castillo B. Representación, poder y mandato. 13a ed. México: Porrúa; 2006. p. 3.
15. Bejarano-Sánchez M. Obligaciones civiles. 6a ed. México: Oxford University Press; 2010. p. 147.
16. Ibídem, pp. 148-149.
17. Caso Gilbert v. Sycamore Municipal Hospital (1993). [Consultado el 20 de mayo de 2018] Disponible en: <https://law.justia.com/cases/illinois/supreme-court/1993/74319-7.html>

18. Caso Reynolds v. Mennonite Hospital (1988). [Consultado el 20 de mayo de 2018] Disponible en: <https://www.courtlistener.com/opinion/2140018/reynolds-v-mennonite-hospital/>
19. Caso Lisa J. Cefaratti v. Jonathan S. Aranow Et Al (2016). [Consultado el 26 de mayo de 2018] Disponible en: <https://www.jud.ct.gov/external/supapp/Cases/AROcr/CR321/321CR61.pdf>
20. Tesis I.8o.C.50 C (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. IV, enero de 2018, p. 2233.
21. Tesis CXIX/2015 (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. IV, marzo de 2015, p. 1113.
22. Ídem.
23. Tesis 1a. CXX/2015 (10a.). Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. II, marzo de 2015, p. 1118.
24. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
25. Tesis 1a. CXXI/2015 (10a.). Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t. II, marzo de 2015, p. 1116.

Discriminación laboral en México a las personas con epilepsia. Repercusión bioética

Labor discrimination in Mexico for people with epilepsy. Bioethical repercussion

Amparo Ponce-Arango,* Lilia Núñez-Orozco,** Gerónimo Medrano-Loera,***
Alfonso Reyes-López,*** Guillermo Cantú-Quintanilla*

RESUMEN

* Departamento de Bioética de la Universidad Panamericana, Ciudad de México.

** Jefe del Departamento de Neurología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

*** Departamento de Neurología, Hospital Infantil de México «Federico Gómez».

Correspondencia:
APA, aponce@up.edu.mx

Conflictos de intereses:
Los autores declaran que no tienen.

Financiamiento: No se obtuvo financiamiento.

Citar como: Ponce-Arango A, Núñez-Orozco L, Medrano-Loera G, Reyes-López A, Cantú-Quintanilla G. Discriminación laboral en México a las personas con epilepsia. Repercusión bioética. Rev CONAMED 2019; 24(1): 46-52.

Recibido: 17/09/2018.
Aceptado: 15/01/2019.

Objetivo: Explorar y analizar los problemas laborales que presentan las personas con epilepsia, reconocer el origen y a las personas involucradas en los mismos. Así mismo clarificar los derechos que protegen contra este tipo de discriminación a nivel nacional e internacional. **Material y métodos:** Estudio multimétodo, transversal que mide la prevalencia del tipo de epilepsia y su repercusión en su estado laboral y educativo. Respecto al método cualitativo, se aplicaron y grabaron entrevistas presenciales semiestructuradas, a tres tipos de pacientes: a) los que trabajan, b) los que han trabajado pero en este momento se encuentran desempleados y c) los que nunca han trabajado. **Resultados:** El cuestionario fue aplicado a 64 sujetos que padecen epilepsia, de los cuales 56 cumplieron con los criterios de inclusión, el 53% del sexo femenino con un promedio de edad de 42.5 años. En relación al estado laboral, 39% trabajan actualmente, 32% están desempleados y 29% no han tenido un trabajo formal. De estos últimos, el 45% (n = 7) a consecuencia de la discapacidad que presentan y el 25% no han logrado un trabajo formal debido a que las empresas se rehusan a contratarlos. Del grupo de sujetos que se encuentran desempleados, se observa que el despido y la renuncia exigida a causa de la enfermedad son las principales causas. **Conclusiones:** Los resultados manifiestan la violación de los principios de la bioética de dignidad, la integridad y la solidaridad, en relación con el trabajo para los pacientes que presentan epilepsia.

Palabras clave: Discapacidad, epilepsia, discriminación laboral, bioética.

ABSTRACT

Objective: This paper intends to analyze the labor problems that people with epilepsy present, recognizing the problems' origin and the people involved in them. The national and international laws that protect this persons against this type of discrimination were also analyzed as part of the investigation. **Material and methods:** Multi-method quantitative and qualitative. We obtained the prevalence of type of seizure, their employment status and educational level; in the qualitative method there were applied and recorded depth interviews to three groups of patients: a) working, b) those who have worked but are currently unemployed and c) those who have never worked. **Results:** The questionnaire was applied to 64 subjects, of which 56 met the inclusion criteria, 53% were females; the average age is 42.5 years. In the employment status 39% are currently working, 32% unemployed and 29% have never worked. For this last group, 45% is because a disabilities and 25% because the companies not hired due to the epilepsy. **Conclusions:** The results of study show us that the bioethics principles of dignity, integrity and solidarity of the people with epilepsy are violated in the work environment.

Key words: Disability, epilepsy, employment discrimination, bioethics

INTRODUCCIÓN

La epilepsia es un padecimiento neurológico cada vez más estudiado y tratado con éxito; sin embargo, a nivel social continúa siendo un tabú, por el cual las personas que la padecen terminan siendo discriminadas y separadas en muchos aspectos.¹ En la actualidad, la OMS estima que existen aproximadamente de 40 a 50 millones de pacientes con epilepsia en el mundo, con una prevalencia de siete de cada 1,000 personas; estas cifras varían en cada país, siendo mayor en países en vías de desarrollo.²

En México, se calcula una prevalencia de 18 por cada 1,000 personas, habiendo un aproximado de dos millones de mexicanos que la padecen.³ Existen diversos tipos de crisis y síndromes epilépticos; sin embargo, para la mayor parte de la sociedad que no está en contacto con una persona que la padece, al mencionar esta enfermedad tienen la imagen de crisis tónico-clónicas generalizadas, lo que es sinónimo de mitos y prejuicios.⁴

Debido a dicha situación, la calidad de vida de estas personas es compleja, ya que a las repercusiones clínicas causadas por la enfermedad se le suman las sociales y el desarrollo de la persona en aspectos como la educación, la inserción laboral, los aspectos económicos, la percepción y respeto a sí mismo; entre muchos otros.⁵

Por otro lado, se ha observado que la discriminación en ocasiones es provocada por las propias personas con epilepsia, ya que buscan obtener provecho de las oportunidades que las instituciones públicas o las asociaciones otorgan al declarar que por padecer epilepsia, no cuentan con ningún tipo de oportunidad. Lo anterior da como resultado frenar su desarrollo, siendo en muchos casos ellos mismos quienes deciden colocar las barreras sociales que son interpretadas como discriminación.

El objetivo de la presente investigación es conocer y analizar los problemas que presentan las personas con epilepsia a nivel laboral, reconocer el origen de éstos y clarificar los derechos que protegen contra este tipo de discriminación a nivel nacional e internacional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio multimétodo secuencial; iniciando con un estudio transversal realizado en

la Segunda Sesión informativa mensual para pacientes con epilepsia y familiares, en el Auditorio del Centro Médico Nacional 20 Noviembre de 2017; mediante un cuestionario aplicado a personas con diagnóstico de epilepsia que se encuentran en edad laboral (15 a 65 años) con capacidad de leer y escribir como criterios de inclusión.

El instrumento empleado fue un cuestionario traducido, corregido y adaptado «*Quality of Life in Epilepsy Inventory (QOLIE-89 and QOLIE-31)*»⁶ por un equipo de expertos en metodología, neurología y bioética del cuestionario original en inglés.

Se aplicó una encuesta para datos sociodemográficos. Posteriormente, se realizó una división de las encuestas basada en la situación laboral: a) los pacientes que actualmente trabajan, b) los pacientes que han trabajado pero en este momento se encuentra desempleados y c) los que nunca han trabajado.

Se realizó una selección aleatoria de una persona por grupo, a quien se efectuó una entrevista a profundidad sobre su vida y cómo la epilepsia ha afectado los diferentes ámbitos de su vida. Dichas entrevistas fueron transcritas y agregadas a una Unidad Hermenéutica de Atlas.ti y codificadas en los siguientes ejes analíticos: acciones, familia, formas de discriminación, percepción de epilepsia y situación actual.

RESULTADOS

El cuestionario fue aplicado a 64 sujetos que padecen epilepsia de los cuales 56 cumplieron con los criterios de inclusión. El 53% de los encuestados son de sexo femenino y la edad media de 42.5 años. En relación a los grupos de edad, hubo mayor porcentaje de pacientes en los intervalos entre 36 a 45 y 56 a 65 años.

El nivel educativo más recurrente en los encuestados es medio superior (bachillerato o carrera técnica) (*Tablas 1 y 2*). El 65% de los encuestados superan la media de años de escolaridad en México (nueve años)⁷ y cumplen con los requisitos actuales de formación básica.

Sin embargo, se debe destacar que el trayecto escolar logrado por los encuestados, no implica que haya sido sencillo y sin discriminación: «Logré realizar una carrera técnica en sistemas; ésta la acabé sin problemas, bueno si tuve crisis, pero

Tabla 1. Formación escolar de los pacientes con epilepsia (moda).

Ninguna o desconocida	Básica	Media superior	Licenciatura	Post grado
5	13	19	13	2

Tabla 2. Formación de los pacientes con epilepsia.

Ninguna o desconocida	Básica	Media superior	Licenciatura	Post grado
0.1	0.25	0.36	0.25	0.04

nada que me impidiera terminarla». (Entrevista 1, 38:38).

«En general me apoyaron, alguno que otro se burlaba un poco pero mis amigos me apoyaban al máximo... Tuve crisis durante las clases y algunos profesores creían que no era capaz y que por eso debían de dejarme menos tarea o facilitarme las cosas. Y también en otros casos me tocó profesores que me hacían sentir un poco culpable por sólo el hecho de tener epilepsia como si fuera mi decisión y además como si yo eligiera cuando tener crisis para interrumpir clases; eso era molesto y triste». (Entrevista 2, 33:33, 39:39).

«No, bueno, si te refieres a que requería un poco más de tiempo que mis compañeros para aprender las cosas, pues sí. Si en ocasiones tenía que faltar a causa de la epilepsia también. A veces los medicamentos si me causaban problemas para concentrarme y no tener sueño». (Entrevista 3, 31:31).

Los tres informantes señalaron que, si bien lograron sus objetivos de formación escolar, enfrentaron problemas para conseguir dichos objetivos. Estos problemas van desde burlas de pares, crisis durante las clases, discriminación, problemas cognitivos e incluso acciones de presión y culpa.

El siguiente aspecto a desarrollar es el laboral. La edad promedio en la que comienzan su actividad profesional los sujetos que se encuentran laborando son 20.5 años, en el caso de las personas que han laborado pero que en este momento se encuentran desempleadas es de 19.9 años (*Tabla 3*).

Tabla 3. Grado escolar y tipo de crisis.

	C (%)	CG (%)	S (%)	TCG (%)
Doctorado	0.0	7.1	0.0	0.0
Maestría	0.0	0.0	12.5	0.0
Licenciatura	9.1	21.4	25.0	30.4
Licenciatura trunca	0.0	7.1	12.5	4.3
Carrera técnica	9.1	0.0	25.0	8.7
Preparatoria	36.4	35.7	0.0	13.0
Preparatoria trunca	0.0	0.0	0.0	8.7
Secundaria trunca	0.0	7.1	0.0	0.0
Secundaria	36.4	7.1	0.0	8.7
Primaria	0.0	7.1	25.0	13.0
Ninguna	0.0	0.0	0.0	4.3
Desconocida	9.1	7.1	0.0	8.7

En México, la edad en la que se comienza a trabajar es 14 años de edad.⁸

En cuanto al estado laboral, 16 sujetos nunca han trabajado, de los cuales el 44.8% es a consecuencia de la discapacidad que presentan. El 25% no ha logrado contratación debido a que las empresas niegan su inserción social haciendo referencia a que no cuenta con las capacidad física para realizar las actividades correspondientes, el 6.2% refiere que no han encontrado el trabajo deseado, el otro 6.2% no tiene la necesidad de trabajar, ya que cuentan con apoyo familiar y con seguro médico para el tratamiento antiepileptico.

En total, 18 de los 56 encuestados están actualmente desempleados y no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres.

Los informantes declararon: «pues si no lo decimos [que se tiene la enfermedad] tenemos la misma posibilidad» (Entrevista 1, 12:12) «'¿Informaste que tenías epilepsia?' —No... tampoco dije nada, sí me valoró un doctor pero preferí no decir nada—» (Entrevista 2, 52:52). «Nunca, ni en la entrevista ni en la revisión médica mentí u omití que tengo epilepsia; esto porque es cierto, porque mi médico me ha dicho que debo de decirlo y porque siempre digo la verdad». (Entrevista 3, 39:39). De estas declaraciones,

se observa que los informantes que sí han laborado han tenido que mentir en alguna ocasión para poder competir por un puesto, pero en el tercer caso queda claro que notificó al entrevistador de su situación y por esta razón no fue contratada.

Se observa que el despido y renuncia a causa de la epilepsia es exactamente el mismo para ambos grupos, mientras que se observan diferencias en las otras causas; sin embargo, ésta es la misma razón para no contratar a estos sujetos. Por ejemplo los informantes 2 y 3 señalaron que:

«Pues aquí sí puedo echarle la culpa a la epilepsia. Un día lo comenté con un compañero de trabajo, pues de alguna forma me pareció necesario y cerca de nosotros se encontraba el jefe... 'escuché que tienes epilepsia, no me lo informaste al ingresar a la empresa y debías de haberlo hecho; en esta empresa no pueden laborar personas con ese tipo de enfermedades'.» (Entrevista 2, 63:63).

«¿Tú crees que la epilepsia fue la causa por la cual no te contrataron?» «Creo que en varios de los empleos sí, pues había varios lugares, buscaban a varios trabajadores, supe de varias personas que ingresaron porque eran compañeros y teníamos las mismas capacidades y conocimientos y no había otro motivo. En otros simplemente se dejaron de comunicar. En verdad no veo otro motivo». (Entrevista 3, 108:108).

Como se puede leer en las citas anteriores, los informantes describen cómo la epilepsia fue la justificación para ser despedidos o no contratados. Confirmándose así lo descrito en la encuesta y la clara muestra de discriminación que sufren los pacientes. La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad define que:

«Discriminación por motivos de discapacidad» es cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables.»⁹

Relacionado con el sentimiento de capacidad para laborar existe una relación 3:1 siendo mayor

el número de mujeres que consideran que cuentan con una discapacidad. En cuanto a la falta de contratación debido a la epilepsia, se observa una relación 2:3, siendo mayor el número de hombres que no son contratados debido a la epilepsia.

De los sujetos encuestados, 22 se encuentran laborando, 45.45% son mujeres y el 54.54% son hombres. En relación al empleo con el que cuentan, 12 de ellos no son contratados sino autoempleados. Por otro lado, 10 de ellos se encuentran contratados, empleos que van desde mensajería hasta puestos administrativos en empresas públicas y privadas. El promedio de años trabajados de cada sujeto es de ocho años siete meses, siendo tres meses el menor tiempo laborado por uno de ellos y de 30 años el sujeto que durante más tiempo ha trabajado.

Sin embargo, a pesar de contar con estas oportunidades laborales, las condiciones de contratación reflejan algún tipo de discriminación, ya que como señalan los informantes:

«En algunas ocasiones, las personas con epilepsia estamos sujetas a abuso, esto debido a que al no lograr nuestro objetivo, las personas de las que depende nuestro progreso en cierta forma utilizan esto para aprovecharse de nosotros y demandar mayor trabajo; esto se ve traducido en manipulación». (Entrevista 2, 76:76).

«Para lo que yo he vivido, las personas con epilepsia en México y tal vez en muchas partes del mundo, tenemos falta de aceptación y oportunidades tomando en cuenta de que no somos capaces de las mismas cosas que otros a nivel de trabajo, pero que sí logramos trabajar; y por esto no nos contratan o cuando nos contratan tenemos mucho peor pago». (Entrevista 3, 58:58).

La percepción de los informantes, desde sus marcos de acción y experiencia, es que no son contratados bajo las mismas condiciones o sufren de algún abuso o «manipulación» para poder conservar su empleo, en otros términos también son víctimas de acoso laboral.

En la encuesta se solicitaron datos sobre las características de su padecimiento, edad de diagnóstico, tipo de crisis que padecen, frecuencia, tratamiento y estado laboral. Con estos datos se observó que es posible que exista relación entre el estado laboral con el tipo de crisis que padece (Tabla 4).

Tabla 4. Estado laboral y tipo de crisis que padece.

	CPS	CPC	CSG	CTCG
Sí trabaja	4	5	3	10
Desempleado	3	3	8	4
Nunca ha trabajado	1	3	4	8

En los grupos de crisis simple, compleja y tónico-clónica generalizada es mayor el número de sujetos que se encuentran en este momento trabajando; mientras que en el grupo de crisis complejas secundariamente generalizadas es mayor el número de sujetos que se encuentran desempleados, con una tasa de desempleo del 53%.

Finalmente, debido a estas situaciones los enfermos de epilepsia sufren de cierta segregación social. A pesar de que los informantes indicaron que tienen amigos, se sienten más identificados con otros pacientes. «En realidad tengo poco contacto [con amigos]. Sin embargo, con los que me comunico que son los más cercanos me apoyan al máximo. Otro grupo de amigos son los que padecen epilepsia, con ellos la comunicación es diferente y me siento un poco más comprendida». (Entrevista 2, 80:80). «En realidad la cantidad de amigos con los queuento no es muy grande, son pocos y sí, mis amigos han aprendido a conocerme y a reaccionar de acuerdo a lo que está pasando». (Entrevista 3, 29:29). Lo que lleva, finalmente, a que estos sujetos se integren y participen en comunidades y grupos de apoyo. «Además juntos [madre e hijo] tenemos planes y actividades relacionadas con el grupo a favor de las personas con epilepsia en el estado de Morelos, por lo que mantenemos una muy buena relación en todos los ámbitos». (Entrevista 1, 26:26).

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos evidencian la discriminación que se presenta en el ambiente laboral para personas con epilepsia. Una de las causas del rechazo laboral percibido por los participantes es la ignorancia con respecto a la enfermedad, ya que las personas que la padecen continúan siendo estigmatizadas con respecto a creencias

religiosas, capacidad física e intelectual; sin embargo, desde una perspectiva aún más grave en la actualidad, es el acabar con la dignidad de estas personas por su falta de calidad de vida.¹⁰ El carecer de esta misma condiciona la disminución de oportunidades, lo que crea un ciclo negativo que conlleva a una nueva forma de discriminación que destruye las bases de la dignidad y los derechos humanos.

Analizando los casos de las personas que se encuentran desempleadas y de las personas que nunca han laborado existe un dato importante, el cual ha sido analizado en diversos estudios sociales,¹¹ en los cuales se reporta que el porcentaje de desempleo es mayor en mujeres, esto es debido a la conjunción de dos causales de discriminación en la actualidad: el ser mujer y padecer epilepsia. Nos damos cuenta que Spaemann da una explicación real de dignidad cuando refiere: «lo que la palabra dignidad quiere decir es difícil de comprender conceptualmente, porque indica una cualidad indefinible y simple»¹² siendo tan difícil de comprender pero muy fácil de lastimar por esta distinción. El padecer epilepsia conlleva en muchas ocasiones a la violación de los derechos del hombre por terceras personas, falta de libertad y oportunidad.¹³

El empleo con el que cuentan las personas que en este momento se encuentran trabajando, corresponde a autoempleo y a la contratación por terceros. Las personas autoempleadas, en su mayoría, son jefes de familia. Estas personas manifestaron que debido a su dificultad para obtener un trabajo en el cual fueran aceptados y tuvieran oportunidades de desarrollo, a pesar de padecer epilepsia, ellos crearon sus propias oportunidades de empleo. Para lograr esto es importante la aceptación por parte de la persona, de su propio ser y su dignidad; esto implica admitir la existencia de la igualdad esencial⁹ entre todas las personas, independientemente de su condición física, social, psicológica, económica, política, sexual, etcétera.

CONCLUSIONES

En las entrevistas se observa que la dignidad se encuentra en diversos momentos suprimida, y la causa de esto es la discriminación suscitada por la falta de conocimiento y prejuicios. En la actualidad,

las personas dan mayor importancia a aquello que el hombre es capaz de realizar sin tomar en cuenta que en realidad todo ser humano es valioso por lo que es¹⁴ y no por las capacidades que tiene; es por esto que las personas con epilepsia son excluidas no sólo de actividades profesionales, sino también de actividades académicas y sociales.

En una sociedad plural, democrática e incluyente se ve cada vez más necesario luchar contra cualquier clase de discriminación y, como se muestra en el presente estudio, por la incapacidad que produce la epilepsia en sus diferentes modalidades.

El progreso de la medicina ofrece hoy para los pacientes con epilepsia un tratamiento farmacológico y un apoyo psicoemocional, que permite a estas personas una adecuada integración a la fuerza laboral de la comunidad.

Por desgracia, la ignorancia, el abuso y el maltrato pueden llevar a la exclusión social a quienes buscan realizar su proyecto de vida en el mundo laboral, atendiendo a la legítima aspiración de todo individuo de valerse por sí mismo y no ser una carga económica para nadie, antes, sobreponerse a la limitación que produce la enfermedad y querer contribuir con su bienestar psicosocial al bien común.

En el otro extremo tenemos a los pacientes víctimas de la manipulación social e ideológica que son usados por sus familiares o allegados para esconderse en una enfermedad, pacientes a los cuales se les impone una incapacidad de forma radical, buscando despertar la commiseración de los programas sociales, para obtener un beneficio y renunciar al esfuerzo, al espíritu de lucha y de entrega, aceptando unas limitaciones que no tendrían por qué darse.

La bioética aporta a ese debate el reconocimiento de la dignidad ontológica y social de cada persona, en busca de la integridad física y social, siguiendo los principios, primero de precaución para no exponer a estos pacientes a riesgos innecesarios; segundo de responsabilidad para no proporcionar ayuda innecesaria que genera dependencia; tercero de atención a la vulnerabilidad física, psicológica y social, para aceptar la condición real en la que se encuentran estas personas; y cuarto, el ya citado principio de autonomía para dar oportunidades justas, en las cuales se pueda desempeñar todo paciente con epilepsia.

Por último, llevando al campo práctico el principio de subsidiariedad, se propone plantear un programa en el cual se realice una estrategia óptima de proceso de contratación para pacientes con enfermedades como la epilepsia, en el cual las personas proporcionen información completa sobre su padecimiento, sus capacidades y limitaciones, sin que esto conlleve a discriminación y rechazo; esto con el objetivo de lograr su desarrollo integral en un ambiente óptimo, en el que la enfermedad sólo sea un característica de salud a cuidar y no la definición de persona. Aunado a esto, se sugiere también establecer un programa de psicoeducación para las empresas, con el objetivo de concientizar tanto a empleados como a empleadores sobre diversas enfermedades, entre ellas la epilepsia con la finalidad de ampliar el conocimiento de la población y disminuir la discriminación en este ámbito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez I, Macías J. Epilepsia y trastornos de personalidad. En: 12º Congreso Virtual de Psiquiatría. Universidad de Valladolid. 4. 2011.
2. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva No 999 Octubre de 2012. OMS [último acceso 24 de mayo 2014] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/es/>
3. Figueroa-Duarte AS. Estudio clínico, epidemiológico y sociocultural de la epilepsia: un enfoque crítico. Arch Neurocienc. 2010; 15: 139-151.
4. López-Gutierrez F, Oliva-Vega J, García-Mejía M, Volkers-Gaussmann G. Situación Laboral de pacientes con diagnóstico de epilepsia atendidos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Arch Neurocienc (Mex). 2011; 16 (Supl-I): 88-91.
5. Estrategia de establecida el 30 de septiembre de 2011 por la Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia. En la convención del 26 al 30 de septiembre 2011 Epilepsia desde el prisma socioeconómico. Calidad de vida. 36.
6. Quality of Life in Epilepsy Inventory (QOLIE-89 and QOLIE-31) http://www.rand.org/health/surveys_tools/qolie.html
7. Población de México. Escolaridad. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2015 Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/escolaridad.aspx?tema=P>
8. Encuesta nacional de la juventud 2010: resultados obtenidos el 18 de noviembre de 2011. [último acceso 24-may-2014] Disponible en: http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Encuesta_Nacional_de_Juventud_2010_-Resultados_Generales_18nov11.pdf

9. Carpintero F. Derecho y ontología jurídica a pesar de los cambios. *Actas de Madrid*. 1993, p. 153.
10. Aparisi A. El principio de la dignidad humana como fundamento de un bioderecho global. *2º Universidad de Navarra. Cuadernos de Bioética*. 2013; XXIV (2), p. 212.
11. Reporte sobre la discriminación en México 2012. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. 2012; [último acceso 17 junio 2014] 33: 978-607-7514-66-4. Disponible en: http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Reporte_2012_Trabajo.pdf
12. Speamann R. Sobre el concepto de la dignidad humana en persona y derecho. *Persona y Derecho*. 1988; 19: 16.
13. Aprobación el 19 de octubre de 2005. Art. 3 Dignidad humana y derechos humanos. Declaración Universal sobre la Bioética y Derechos Humanos de la Unesco. http://portal.unesco.org/es/ev.php?URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
14. Kant E. Fundamentación metafísica de las costumbres. 8º ed. Madrid: Espasa-Calpe; 1983; p. 92.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Para mejorar la
atención del paciente por
el personal de

atención Enfermería

Actuar con base en el Código de Ética para
las enfermeras y enfermeros en México



Comunicación efectiva

- +Amabilidad.
- +Lenguaje sencillo.
- +Ambiente de confianza.

Respeto a los valores del paciente

Atención libre de riesgos y daños innecesarios

Conocimientos científicos, +
técnicos y éticos actualizados.

Entorno seguro. +



Coordinación efectiva con el equipo de salud

- +Registros en forma: clara, legible, veraz, oportuna y confiable.
- +Registros clínicos de enfermería como evidencia del cuidado.

**Documentar el cuidado enfermero conforme a:
la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012,
Del Expediente Clínico**

Curso sobre **PREVENCIÓN** del conflicto derivado del ACTO MÉDICO



CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO



3-7 Junio 2019

Sede:
Facultad de Medicina, UNAM
Auditorio:
Dr. Alberto Guevara Rojas
De 9:00 a 15:00 hrs.

Informes e inscripciones:
01 (55) 5420-7148 01 (55) 5420-7102 01 (55) 5420-7093

Dirigido a profesionales de la salud: Médicos, Odontólogos, personal de Enfermería,
Trabajadores Sociales y Psicólogos.



Origen del conflicto médico · Ética y Derecho Sanitario · Modelo CONAMED ·
Marco jurídico · Calidad de la atención · Expediente clínico y consentimiento informado ·
· Análisis de casos · La Comunicación en la relación médico-paciente.

www. gob.mx/conamed