

Análisis de la legislación sanitaria mexicana vigente en materia de infecciones asociadas a la atención de la salud y sus implicaciones bioéticas

Real-Ramírez Janet,⁽¹⁾ Palacios-Martínez Manuel,⁽²⁾ Meza-Barrera Ma. de los Ángeles,⁽³⁾ Pesqueira-Villegas Eduardo.⁽⁴⁾

Resumen ■

Introducción: En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la protección a la salud es un derecho para toda persona y el Estado deberá garantizar que la conserven, restauren o mejoren, mediante la organización de los servicios de salud y de asistencia social necesarios para ello; así como velar por el respeto de los derechos humanos. Adicionalmente, los Convenios Internacionales buscan fomentar la paz, la seguridad, la amistad y la cooperación entre los Estados con problemas comunes (como la protección de la salud y de los derechos humanos). Los Estados participantes se obligan voluntariamente a cumplir con los acuerdos firmados en estos convenios.

El posible incumplimiento de los compromisos adquiridos por el gobierno mexicano mediante la firma de los convenios internacionales y de su inobservancia en la operación del Sistema Nacional de Salud genera una ventana de oportunidad para mejorar la administración y organización de los servicios de salud, en la que debe aplicarse el marco jurídico sanitario con estricto respeto a los tratados internacionales y a los principios bioéticos que regulan a nivel mundial la práctica médica. De esta manera, se facilitaría el cumplimiento de los preceptos del marco jurídico vigente en materia de salud y de derechos humanos.

Objetivo: Analizar desde una perspectiva bioética la legislación sanitaria internacional y nacional; así como las condiciones en como opera la misma en materia de infecciones asociadas a la atención de la salud.

Material y métodos: Se realizó una revisión documental basada en la metodología de una revisión bibliográfica sistematizada de la literatura, de tipo cualitativo. Se analizó la regulación sanitaria en materia de prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) de los países firmantes de la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (AMSP)” bajo una perspectiva bioética, (tomando los principios de No maleficencia, Beneficencia, Justicia distributiva y Autonomía). Fueron recuperados 150 publicaciones y consideradas para el análisis, mediante una matriz hermenéutica, 121 por su aportación al objetivo de esta revisión. La descripción de los resultados fueron agrupados por región en Estados Unidos (EUA), Unión Europea/Australia (UE-A),* América Latina (AL) y México.

Resultados: La revisión documental aportó dos posturas claras en relación a la filosofía de la atención de las IAAS en las diferentes regiones analizadas. La visión angloamericana prioriza la cuantificación de indicadores epidemiológicos, como las tasas de IAAS, así como los costos de las mismas y de manera secundaria cuantifica las acciones por la seguridad del paciente. Esto responde a lineamientos de certificación heterogéneos para los establecimientos que proveen servicios de salud; así como a la proporción de las cuotas de pago por dichos servicios. Desde el punto de vista jurídico, ante la presentación de IAAS, se

(1) Instituto Nacional de Salud Pública, Especialista en Salud Pública y Medicina Preventiva

(2) Instituto Nacional de Salud Pública, Maestro en Ciencias en Epidemiología

(3) Instituto Nacional de Salud Pública, Maestra en Bibliotecología y Estudios de la Información

(4) Health Digital Systems, Maestro en Salud y Administración Sanitaria

Correspondencia al autor: Janet Real Ramírez. Correo electrónico: janet.real@insp.mx

* Agrupados por su similitud en la filosofía

aplica el principio de responsabilidad subjetiva en donde el paciente debe presentar evidencia que sustente responsabilidad en la actuación de los trabajadores de la salud. En el caso de la UE-A, se tiene una visión en donde la protección de la salud es un derecho para los ciudadanos y los servicios de salud deberán garantizar la seguridad del paciente y sus estrategias se guían para cumplir este fin. De esta manera, ante la presentación de IAAS, el fundamento jurídico se centra en la responsabilidad objetiva, en donde los servicios de salud deberán demostrar que sus procedimientos no fallaron. Esta visión gradualmente ha impactado al cambio de su legislación. En el caso de AL, se documenta una postura más influenciada por la visión de la filosofía europea; aún cuando existen diferentes evoluciones en las modificaciones de la legislación sanitaria de cada país analizado. México, por su parte, ha documentado avances en la implementación de sus estrategias para la prevención de IAAS; orientadas en su visión prioritariamente hacia la AMSP pero con una operación alineada a la angloamericana. Adicionalmente, las autoridades sanitarias rectoras han desatendido la búsqueda de la congruencia de las estrategias con su legislación, lo cual pone en riesgo el cumplimiento de los compromisos internacionales y con la población mexicana.

Conclusión: La Alianza por la Seguridad del Paciente es una estrategia práctica que le permite a los Estados participantes orientar sus esfuerzos hacia una atención integral. México tiene retos importantes que superar en materia de legislación que le permita garantizar en forma congruente la protección de la salud de los mexicanos y responder satisfactoriamente con los compromisos internacionales adquiridos. Este análisis superó los alcances de un análisis bioético planteado inicialmente ya que la perspectiva de la garantía del derecho a la protección de la salud con seguridad tiene connotaciones del ámbito de la ética (como los principios propuestos por Garrafa, V. de las 4P's: Precaución, Protección, Prevención y Prudencia).

Palabras clave: Infecciones asociadas a la atención de la salud, infecciones nosocomiales, Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, legislación, convenios internacionales, bioética, México, Europa, Estados Unidos y América Latina.

Para contextualizar y plantear cuestionamientos claves que serán abordados durante el desarrollo del artículo se describe un reporte de caso de un evento de infección asociado a la atención de la salud en México.

Caso sobre infecciones nosocomiales¹

Durante el 2003, en el Hospital Regional 1° de Octubre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) se presentó un brote por *Pseudomonas aeruginosa* en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), que suscitó la defunción de tres de los pacientes atendidos en la unidad. A partir de estos hechos la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) investigó si habían ocurrido omisiones en las medidas de vigilancia y contención de infecciones nosocomiales. Concretamente, la Conamed, realizó recomendaciones para el reforzamiento de las medidas de los comités de infecciones nosocomiales, así como la necesidad de que el director del hospital reportará las acciones implementadas en relación al caso. También conminó al ISSSTE a asumir responsabilidades civiles en relación a las defunciones y exhortó a la Secretaría de Salud, como órgano rector, a difundir y actualizar la norma oficial en materia de infecciones nosocomiales como una de las medidas para la prevención del problema.

La intervención de la Conamed se circunscribe al nivel de una resolución administrativa que puede imponer sanciones administrativas y recomendaciones, pero su capacidad coercitiva es limitada y por ello fácilmente eludidas por las instituciones, autoridades o el personal responsables. Estas resoluciones resultarían más

efectivas para efectos de la reparación del daño, si la Conamed tuviera capacidad de ejecución y competencia para coaccionar al cumplimiento de las mismas, desafortunadamente, la competencia para obligar a la reparación del daño, moral o material, le corresponde al poder judicial y se requiere la interposición de una demanda de carácter civil o penal. En este último escenario, la búsqueda del respeto al derecho de protección de la salud en el proceso de la atención médica, se desvía en su materia de análisis y subsiste la cuantificación del daño material o moral.

Situaciones como la previamente relatada, se reportan en un promedio de 15.5 de cada 100 pacientes hospitalizados a nivel mundial en los establecimientos de salud públicos y privados.² Dado este contexto, surgen interrogantes como: ¿Cuáles son entonces las responsabilidades que tiene el personal de salud en relación a las defunciones injustificadas dentro de un establecimiento de atención sanitaria?, ¿qué mecanismos garantizan la seguridad de los pacientes durante su estancia intrahospitalaria o ambulatoria?, ¿La operación de los servicios de atención médica del Sistema Nacional de Salud es congruente con los preceptos contenidos en leyes, normas y reglamentos?, ¿esto permite que se alcancen las finalidades del derecho a la protección de la salud contenidos en la Ley General de Salud (LGS)?, ¿existen las instancias de vigilancia, supervisión y ejecución de dictámenes que garanticen salvaguardar la vida e integridad de los pacientes y de los trabajadores de la salud?, ¿los convenios internacionales en materia de derechos humanos y en el caso concreto de la AMSP tienen correspondencia en la legislación de nuestro

país?, ¿la normatividad vigente en materia de IAAS en México tiene la evolución pertinente para garantizar la atención de la salud en establecimientos médicos bajo los preceptos éticos que la validan y le dan sustento?

Introducción

La prestación de servicios para la atención de la salud integra un conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como la rehabilitación de los mismos.³ También contempla que en pro de la seguridad en la atención del paciente se tomen en cuenta los procesos destinados a la prevención, mitigación y corrección de las consecuencias de los errores ocurridos durante la atención.

Durante los procesos de atención de la salud, las IAAS afectan aproximadamente a 25 de cada 100 pacientes hospitalizados en países en desarrollo.⁴ Este fenómeno se presenta cuando los pacientes contraen una o más infecciones que no padecían, ni se estaban incubando al momento del ingreso. Estas IAAS pueden causar incremento en los costos de atención, resistencia a antibióticos, discapacidad y/o muerte; así como altas tasas de morbilidad, carga social y económica asociada al paciente, su familia y al sistema de salud.⁵

La presencia de las IAAS en los establecimientos de salud, tienen una etiología multifacética, relacionada con los sistemas y procesos de prestación de atención sanitaria y las limitaciones políticas y económicas de los sistemas de salud y los países; así como con el comportamiento humano condicionado por la educación.⁶ La pertinencia de la legislación sanitaria, bajo una perspectiva bioética con principios rectores como la no maleficencia, beneficencia, justicia distributiva y autonomía contribuiría a la administración y organización de los servicios de salud. Complementariamente la claridad y congruencia entre la operación de los servicios de atención médica y los convenios internacionales, leyes generales, normas y reglamentos, generarían el escenario propicio para la operatividad regulada de los establecimientos sanitarios. De cumplirse estas condiciones se promovería una orientación de recursos humanos, materiales y financieros de los establecimientos para salvaguardar la seguridad del paciente y de los trabajadores de la salud.

Organización Mundial de la Salud

En el marco de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) en 2002 se planteó y reconoció la seguridad del paciente como un problema prioritario de salud pública. En la 57ª AMS, en mayo del 2004, se aprobó la creación de una alianza internacional, con carácter de iniciativa mundial para mejorar la seguridad del paciente. Para octubre de 2004, se presentó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (AMSP), que tiene como objetivo garantizar la seguridad del paciente bajo el precepto «ante todo, no dañar», reducir las consecuencias sanitarias y sociales negativas derivadas de la prestación de un servicio de atención de salud inseguro.⁶ Entre las acciones que promueven se encuentran: fomentar la cultura de seguridad del paciente, la identificación correcta del paciente, atención basada en evidencias, medicación segura, prevención de caídas, prevención y reducción de IAAS, garantizar cirugías seguras, mejorar la relación de los profesionales de la salud con los pacientes, disminuir los factores humanos que contribuyen a la presencia de incidentes de seguridad y la corresponsabilidad del paciente.

Entre los tratados internacionales, la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (AMSP) destaca por la inclusión de estrategias globales en pro de la seguridad de los pacientes, la cual contempla: el facilitar y coordinar de acuerdos internacionales para desarrollar y diseminar soluciones; favorecer la participación de un mayor número de actores sociales para la implementación de soluciones globales; identificar intervenciones que reduzcan rápidamente los riesgos de los pacientes y establecer centros colaboradores que coordinen este trabajo.

La AMSP se apega a lo establecido en la Convención de Viena (23 de mayo de 1969) sobre el Derecho de los Tratados.⁷ Cabe mencionar que un acuerdo internacional regido por el derecho internacional es aquel celebrado por escrito entre los Estados que tengan verificación en uno o más instrumentos conexos. Para 1986, se establece que una organización intergubernamental o internacional es sujeta del derecho internacional y es capaz de formular convenios internacionales. El objetivo de estos convenios es servir de codificación de las relaciones internacionales fomentando la paz, la seguridad, la amistad y la cooperación entre los estados.⁸

Entre los principios generales, básicos y capitales que les dan sustento a los tratados internacionales se encuentran:

1. *Pacta sunt servanda* (lo pactado obliga): el cual establece la obligatoriedad de los estados que celebran el tratado para darle cumplimiento.
2. *Res inter alios acta* (cosa realizada entre otros): el cual expresa que los tratados sólo crean obligación entre los estados parte, reafirmando la voluntad de éstos a comprometerse mediante un tratado como una manifestación básica del Derecho Internacional;
3. *Ex consensu advenit vinculum* (del consentimiento deviene la obligación):⁹ el cual señala la importancia del consentimiento de los estados parte como base de la obligación jurídica, y
4. *Ius cogens* o *Jus cogens* (normas perentorias art. 53 y 64): el cual considera nulo todo tratado que en el momento de su celebración esté en oposición con una norma imperativa de Derecho Internacional. Una norma aceptada y reconocida por la comunidad internacional de los estados en su conjunto no admite acuerdo en contrario y sólo puede ser modificada por una norma posterior de ese Derecho.⁶ De esta manera, se pretende amparar los intereses colectivos fundamentales de todo el grupo social; por lo que se explica que esta clase de normas se encuentren en una posición jerárquica superior respecto al resto de disposiciones del ordenamiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) de esta manera, invita a los países miembros a adoptar el reto en sus sistemas de salud para involucrar y comprometer tanto a los pacientes; usuarios de los servicios, como a los trabajadores de la salud en las propuestas de las mejoras mencionadas en la AMSP. Consecuentemente, la OMS es un órgano internacional que realiza recomendaciones a los estados miembros, para cumplir de acuerdo a los principios mencionados.

Objetivo

Analizar desde una perspectiva bioética la legislación sanitaria internacional y nacional; así como las condiciones en cómo opera la misma en materia de infecciones asociadas a la atención de la salud. A través del análisis de la concordancia y discordancia de sus planteamientos teórico – jurídicos y realizar recomendaciones para la mejora de la legislación.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica sistematizada de la literatura de tipo cualitativo sobre la legislación de la regulación sanitaria y su análisis bioético. Considerando a los países firmantes* de la iniciativa de la OMS¹⁰ “Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente” en materia de prevención de IAAS.

Los descriptores empleados fueron validados por los encabezamientos de materias médicas (Medical Subject Headings, MeSH) y Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) para la estrategia de búsqueda: Infecciones asociadas a la atención de la salud, Infecciones asociadas al cuidado de la salud, healthcare-associated infection, World Alliance for Safer Health Care / Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, legislation/legislación, international agreements/tratados o convenios internacionales, Cross Infection/Infección cruzada, Cross Infection/prevention & control/Infección cruzada/prevenición y control, Government Regulation/Regulaciones gubernamentales, legislación y jurisprudencia.

Criterios de inclusión: Se incluyeron publicaciones con las siguientes características: 1. Procedentes de los países firmantes de la iniciativa de la OMS, “Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente” en materia de IAAS; 2. Que aportarán información sobre protocolos en material de prevención, control y vigilancia de las IAAS; 3. Documentos legales tales como normas, reglamentos, guías de práctica clínica para la vigilancia epidemiológica, algoritmos de acción que contribuyeran con información sobre vigilancia, prevención y control de las IAAS; 4. Documentos que aportaran un marco

* Australia, Bahrein, Bangladesh, Bélgica, Bielorrusia, Georgia, Kazajstán, Kirguistán, República de Moldova, Federación de Rusia y Tayikistán, Bután, Bulgaria, Canadá, Estados del Caribe, China, Colombia, Costa Rica, Croacia, Dinamarca, Egipto, Inglaterra, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Hong Kong, Hungría, Islandia, India, Indonesia, Irlanda, República islámica de Irán, Italia, Japón, Jordania, Kenia, Kuwait, Luxemburgo, Malasia, Mali, Malta, países del Mercosur (Argentina, Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay y Uruguay), México, República de El Salvador, República de Guatemala, Cuba, República Dominicana, República de Honduras y República de Panamá, Mongolia, Mozambique, Países bajos, Irlanda del Norte, Noruega, Omán, Pakistán, Perú, Filipinas, Portugal, Qatar, Ruanda, Arabia Saudita, Escocia, Senegal, Serbia, Singapur, Eslovenia, España, Sudán, Suecia, Suiza, Tailandia, Uganda, Emiratos Árabes Unidos, Estados Unidos, Vietnam, Yemen, Región África (más de 30 países). En total, 115 países firmantes de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de los 125 países miembros de la Organización Mundial de la Salud.

de referencia bioético para el análisis de las acciones emprendidas en vigilancia, prevención y control de las IAAS; 5. Publicadas entre enero del 2002 a noviembre del 2011; 6. En idioma español e inglés 7. Disponibles en texto completo, *on-line* y/o aquellos que se obtuvieran por solicitud directa a los autores. 8. Publicaciones registradas en bases de datos como: *Pubmed, Embase, Cochrane, Redylacs, Eric, Periódica y Clase, Health source/nursing/Academic Edition, HAPI, Journals Ovid, JSTOR, CINAHL, Business: Source complete, Research Starters-Sociology, Google académico y Legislación en Salud*.*

Criterios de exclusión: 1. Publicaciones de países que no hayan firmado la AMSP; 2. Escritos en idiomas diferentes al inglés y español. **Criterios de eliminación:** 1. Publicaciones a los que no se tuvo acceso por razones de costo o tiempo de respuesta.

Se encontraron y recuperaron ciento cincuenta publicaciones considerando la filosofía de la atención sanitaria, su congruencia para implementarla en los establecimientos y en la legislación, así como su análisis bioético. Posteriormente fueron clasificados en cinco grandes temas: Legislación y regulación sanitaria internacional sobre IAAS (46); aspectos éticos en la atención de las IAAS (23); aspectos específicos sobre la AMSP (22); estrategias operativas orientadas a la prevención de IAAS (38) y por último la legislación y regulación en materia de IAAS en México (21). Mediante una matriz hermenéutica fueron analizadas y consideradas 121 publicaciones por la relevancia de la información aportada al objetivo de la revisión. Estas publicaciones fueron categorizadas para la descripción de los resultados en bloques de información referente a Estados Unidos, Unión Europea/Australia, América Latina y México.

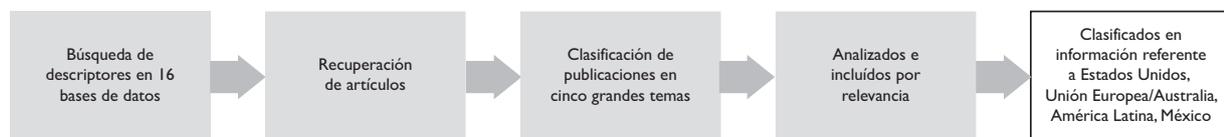


FIGURA 1. FLUJO GENERAL DE LA ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA REVISIÓN

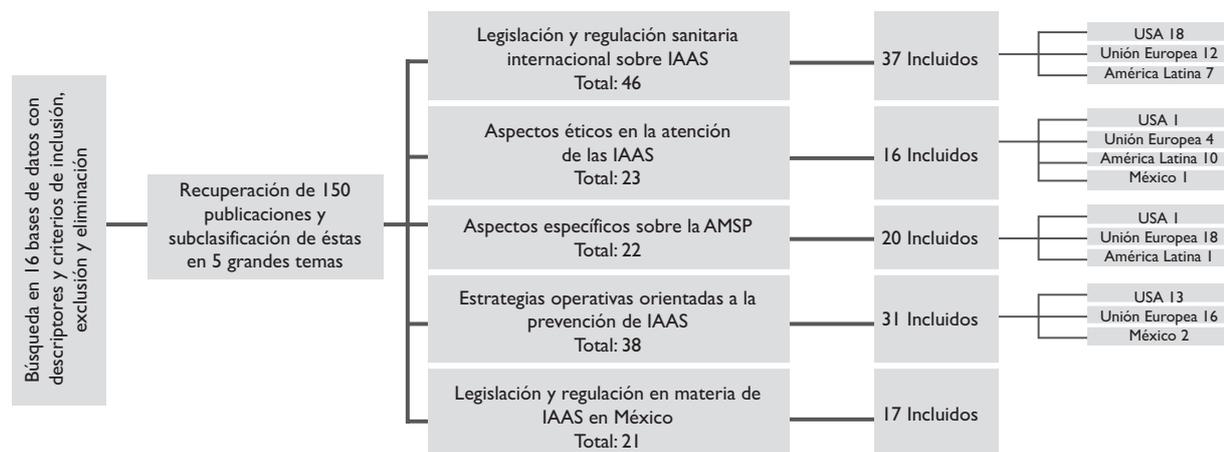


FIGURA 2. FLUJO DETALLADO DE LA ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DE LA REVISIÓN.

* Sitio creado y mantenido por el Programa de Legislación de Salud, Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud, Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://www.legislacionsalud.org/>

Resultados

Los resultados se presentan en cuatro grandes bloques de acuerdo a la procedencia de la información para describir las posturas entre regiones, en torno a la seguridad del paciente, su operación y su legislación. Las regiones quedaron integradas de la siguiente manera: Estados Unidos, Unión Europea y Australia (UE-A), América Latina (AL) y México. El criterio de decisión para considerar a la UE y Australia como un bloque fue por la coincidencia en relación a los temas abordados. En cada apartado también se desarrolla el análisis bioético de la visión en materia de prevención de IAAS.

Estados Unidos

En ese país se han tenido iniciativas que anteceden a la propuesta de la AMSP; desde 1988 los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) han sido referencia en el tema de IAAS. Desde entonces se ha divulgado un gran número de publicaciones entre los que destacan las actualizaciones periódicas de los criterios a considerarse para la homologación de los reportes de IAAS, para ser notificados a los sistemas de vigilancia nacionales.

También se crearon otro tipo de instancias, como el Comité Asesor de Prácticas en el Control de Infecciones en la Atención Médica (Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, HICPAC), avalado por el gobierno federal, el cual establece recomendaciones en la prevención y control de las IAAS para la formulación de guías en donde participan grupos multidisciplinarios, así como asociaciones especializadas y otras agencias federales.* Estas recomendaciones son retomadas por el CDC y el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, DHHS) para las acciones de prevención, vigilancia y control de las IAAS en los establecimientos de salud. Este comité establece que los establecimientos de salud paulatinamente deben incorporar aproximadamente 1200 recomendaciones de las guías, de las cuales define a 500 como muy recomendables. Sin embargo, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), así como los organismos acreditadores han adoptado solo algunas

recomendaciones de las 1200 o sus interpretaciones de éstas como estándares válidos. Esta situación es condicionada ante la inexistencia de definiciones mínimas y claras de los mismos por el DHHS.

En materia de la legislación para la regularización de establecimientos, como es el caso de la notificación de las IAAS, se observa que esta acción no es obligatoria para todos los estados debido a la dificultad de la operación de los sistemas de vigilancia, así como a los costos en el registro de los eventos infecciosos y a la resistencia de la divulgación de la información por parte de los diferentes establecimientos. Esta situación, también tiene una seria connotación alrededor del impacto que representan los resultados de la comparación de las tasas de IAAS entre establecimientos y su relación con las aseguradoras para el pago de los servicios por su desempeño. De tal manera, de los 55 estados dentro de los Estados Unidos, solo 14 de ellos contemplaban la notificación como obligatoria hasta el 2003 y 24 más la incorporaron recientemente en su agenda como una propuesta para modificar su legislación.

En este sistema de salud se prioriza solamente el resultado final de la presencia de IAAS, pero no considera la presencia de éstas como parte de un proceso de atención del paciente deficiente, como lo hace la propuesta de la AMSP.

En el caso de la certificación de establecimientos, la Comisión Articuladora en la Acreditación de Organizaciones en la Atención de la Salud (Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO), emite una calificación externa sin sustento en la legislación sanitaria para la operación de los mismos y limita la búsqueda de objetivos conjuntos para la seguridad del paciente. Por otro lado, este tipo de organizaciones son cuestionables por la presencia de conflictos de intereses, al ser juez y parte en la evaluación; dado que quienes certifican son parte de las instituciones que avalan y de ellas obtienen recursos para su operación.

La praxis médica también se ve afectada por el sistema de aseguramiento vigente, en donde los médicos deben pagar pólizas para ejercer y estar protegidos en caso de demandas por responsabilidad profesional; por tanto, el riesgo implícito de la práctica médica es directamente proporcional a los montos de las pólizas.

Una característica particular de este país, es la promoción de la interacción con otros países a través de tratados de comercio internacional, en donde los temas en materia de salud pública se ven inmersos. Si estos

* La Asociación de Profesionales en el Control de Infecciones y Epidemiología (Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, APIC) y la Sociedad de Epidemiología Hospitalaria de América (Society for Healthcare Epidemiology of America, SHEA), así como la Agencia para la Investigación y Calidad (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ).

convenios impulsan la privatización, la productividad, el crecimiento empresarial y el valor dentro del mercado, la modificación de las legislaciones y regulaciones se impulsa; buscando de manera secundaria la seguridad del paciente dentro de la atención

Consideraciones éticas

En el caso norteamericano la atención de la salud no es considerada como un derecho humano básico para los ciudadanos y la provisión de los servicios de manera gubernamental se dirige a una pequeña fracción de la población. Este escenario se fundamenta en el libre mercado en donde las aseguradoras distribuyen los servicios y condicionan la provisión de los mismos según de la capacidad de pago de las personas.

Por lo tanto, la práctica médica se conceptualiza desde una postura defensiva en la cual la relación médico-paciente se inspecciona en la búsqueda de fallas penalizables y confronta a los pacientes y a los trabajadores de la salud mediante la intermediación de demandas civiles que van en contra de la filosofía del “no daño” en la atención. Ante una situación de demanda el paciente enfrenta serias dificultades para presentar evidencias que sustenten las fallas cometidas durante la praxis médica, en especial porque usualmente desconoce las especificidades de su padecimiento y las variables que intervienen en su recuperación. En consecuencia, su capacidad para obtener “justicia” y buscar resarcir el daño producido se ve seriamente mermada.

Por otra parte, desde el punto de vista de sistema de salud las certificaciones se plantean como una cualificación en la calidad de la provisión del servicio, que al no ser claras impactan directamente en la demanda del servicio por no contar con los estándares mínimos necesarios para todos los proveedores. Con este escenario, se reducen las oportunidades de búsqueda de estrategias que mejoren la atención y por otra no permite que se generen estándares claros que conlleven a los establecimientos a competir en igualdad de condiciones por estímulos económicos como los ofrecidos por organizaciones como la JCAHO.

Además, al considerar la provisión de servicios de salud como una mercancía, la plataforma moral que sirve de base para el planteamiento de la legislación sanitaria limita la incorporación de estrategias como la notificación de casos de IAAS, la publicación y divulgación del desempeño de los establecimientos de salud, la certificación de establecimientos, así como la participación activa y consciente del paciente en la prevención de las IAAS. En

su conjunto los elementos anteriormente mencionados y la modificación de las leyes que la sustentan antepone las ganancias económicas a la garantía de la seguridad del paciente.

Unión Europea y Australia

En materia de IAAS, los sistemas de salud de los países europeos deben ser vigilados y controlados como parte del papel del Estado, en donde participan de manera colaborativa y voluntaria todos los involucrados en la provisión de la atención junto con la población.

Los países de la Unión Europea (UE) colaboran con los sistemas de redes de información para la vigilancia epidemiológica la cual es respaldada a través de las iniciativas del parlamento europeo. Los principales sistemas de vigilancia son tres principales: el Sistema Europeo Hospitalario para la Vigilancia y Control de Infecciones (Hospital in Europe Link for Infection Control through Surveillance, HELICS), Plan Europeo de Vigilancia para la resistencia antimicrobiana (European Antimicrobial Resistance Surveillance Scheme, EARSS) y el Sistema de Vigilancia Europea del Consumo de Antimicrobianos (European Surveillance on Antimicrobial Consumption, ESAC). Estos sistemas de información proveen evidencia para realizar recomendaciones y modificaciones a la legislación de la materia; en los procesos de acreditación de unidades; en la revisión de los indicadores más significativos de la vigilancia de las IAAS; promueven la colaboración entre países mediante el intercambio de información y registra patrones de variabilidad en la presentación de las IAAS. Toda esta evidencia impacta directamente tanto en la toma de decisiones como en el planteamiento de intervenciones efectivas.

Asimismo, las iniciativas favorecen la integración de grupos de trabajo que realizan actividades directas o indirectas enfocadas a la prevención de las IAAS. Entre las acciones emprendidas por estos grupos destacan las actividades educativas, de consenso e investigación epidemiológica. De igual forma buscan armonizar y validar estrategias y herramientas óptimas para la disminución de las IAAS.

Otras de las actividades que se promueven para favorecer la participación de los tomadores de decisiones y de los gobiernos, son: la gestión de voluntad política para el fortalecimiento y expansión de redes de colaboración internacional, la búsqueda de financiamiento para la vigilancia y control de las infecciones y el involucramiento de administradores hospitalarios en el mejoramiento de

la seguridad de la atención y el impacto directo en la disminución de los costos.

Estos aspectos se reflejan en los tratados de la UE, en donde se encuentran artículos como el 152, en el cual se garantiza que todas sus políticas y estrategias contribuyan a la protección de la salud de alto nivel. También se ve reflejado en la propuesta de un plan estratégico publicado en el Libro Blanco de la Comisión Europea donde se define un marco único de cooperación con prioridad a la salud en el conjunto de políticas a escala europea y mundial.

De esta manera, al ir logrando objetivos que se divulgan y conocen dentro de los países de la UE se fortalece las legislaciones nacionales y dan pauta de referencia para la agenda de la Regulación de Salud Internacional; dando recomendaciones que ayuden a otros países a la modificación de sus legislaciones.

Consideraciones éticas

A diferencia de la postura angloamericana, la filosofía europea plantea el derecho a la salud como un bien social, en donde el Estado considera la provisión del acceso a la atención a la salud como una de sus funciones. Aún cuando esta visión tiene algunas diferencias en la operación de los dos sistemas de salud existentes: el modelo tipo Bismarck* y el de aseguramiento de cobertura universal.

El proceso de atención médica se visualiza como un proceso complejo en donde existen una serie de variables que se suman y confluyen para la presentación de IAAS. Bajo este concepto, los sistemas de atención contemplan la vigilancia y control de IAAS dentro su deontología en donde sus trabajadores están inmersos; por tal motivo sus actividades se orientan a garantizar la seguridad en la atención.

Esta visión ha ido permeando paulatinamente en las legislaciones de los diferentes países de la UE y de Australia, en donde el enfoque de la responsabilidad por la presentación de las IAAS migra de un sistema de comprobación de negligencia a un sistema de responsabilidad objetiva, es decir, en el primer caso el paciente afectado debe comprobar con evidencia causal una actuación negligente en la presentación de la IAAS,

* Un seguro obligatorio para todos los trabajadores gestionado por el estado.

mientras que en el sistema de comprobación de negligencia la responsabilidad es contractual y el proveedor debe comprobar su inocencia mediante la verificación de la presencia de una variable externa a la institución causal del evento.

El enfoque de responsabilidad objetiva tiene implicaciones positivas dentro de los establecimientos y sus trabajadores, ya que al tener mecanismos estructurales para realizar de manera exhaustiva e intencionada mejor su desempeño, éste se retroalimenta bajo el principio de no maleficencia, prevención y prudencia durante todo el proceso de atención. Se privilegia encontrar una mejor respuesta en la búsqueda de una atención segura, aprendiendo de las fallas y no señalando culpables.

En oposición a la filosofía angloamericana, no se promueve la práctica de una medicina defensiva. La relación médico-paciente en estos países mantiene como pilar el consentimiento informado, garantizando una comunicación efectiva entre ellos para la explicación de la situación médica; las consecuencias de la prescripción y las alternativas de tratamiento. De esta manera, al hacer partícipe al paciente de la información concerniente a su salud, se distribuye la responsabilidad, el paciente participa en la toma de decisiones y es consciente de las consecuencias posibles del proceso de atención; lo que convierte la relación médico-paciente en un binomio que busca contribuir sinérgicamente a la obtención de un mejor resultado. Bajo este enfoque, la provisión de la atención de la salud descansa bajo el principio de autonomía, en donde no es necesario la intervención de una sentencia dictada por un juez, más bien la intervención de un árbitro en donde cada una de las partes involucradas intentan llegar a un acuerdo de voluntades.

América Latina

La definición de IAAS, aun cuando tuvo su creación desde la década de los 80's, en los países de AL ha ido permeando de manera gradual y aún se identifican países que continúan manejando la denominación de infecciones nosocomiales. A diferencia de la UE, en AL se dispone de diversas formas de abordar el control de las infecciones así como diferentes niveles de maduración dentro de sus legislaciones sanitarias. Aunque la atención al problema de las IAAS en los países de AL se ha visto influenciada por las iniciativas y estrategias de Europa, Estados Unidos y los organismos internacionales, así como por los sistemas de salud de cada país; se documentó que la mayoría de los países se han alineando más hacia la filosofía de la AMSP.

Se identifican diversos grados de avance en la legislación de la atención de las IAAS. En Argentina, por ejemplo, se han realizado seis modificaciones a sus regulaciones sanitarias; mientras que Perú, Uruguay y Venezuela han efectuado cuatro series de cambios, con reformas más integrales y orientadas hacia todo el proceso de la atención. Países como el Salvador, Guatemala y Honduras por el contrario se han visto más influenciadas por la tendencia angloamericana de integración de guías, y se han limitado a enfocar las actividades de prevención de IAAS únicamente a las asociadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en pacientes y trabajadores de la salud. Un caso singular es el de Costa Rica, el cual dentro de sus decretos sanitarios considera el cierre de los establecimientos al registrarse incrementos en la tasa de infecciones por considerarlos un peligro para la salud de los pacientes, del personal o de terceros.

Muchos de los países de la región han fortalecido a las instituciones del sector salud creando organismos específicos en la integración de la información, certificación y rectoría en la materia, así como su incorporación a

las estrategias nacionales de salud. En la tabla 1, se sintetizan las principales acciones consideradas dentro de la legislación sanitaria de cada uno de los países de los que se obtuvo información.

Consideraciones éticas

Los países latinoamericanos se inclinan en forma más clara hacia la provisión de los servicios de salud bajo la filosofía de la seguridad del paciente. Muestran una paulatina integración del sistema de responsabilidad objetiva en los establecimientos de salud. Como aquellos que al tener dentro de sus diferentes escenarios los recursos humanos, estructurales y otros elementos, los apremian para garantizar la prevención de una atención segura. También realzan la importancia del fortalecimiento de los establecimientos de salud mediante la capacitación, profesionalización, investigación y apoyo en la infraestructura. De esta manera, los sistemas de salud dentro de los países de AL se perfilan en la búsqueda de principios como no maleficencia, beneficencia, prevención, precaución, prudencia y protección para sus poblaciones.

TABLA 1. ANÁLISIS DE LA NORMATIVIDAD DE DISTINTOS PAÍSES DE LATINOAMÉRICA VIGENTES EN MATERIA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES

| Pais | Años de modificaciones a las normas | Norma para vigilancia de IAAS o IIH | Vinculación definida entre la normatividad y Programas Nacionales | Obliga reportar IIH a establecimientos públicos/ privados | Referencia a manuales de procedimientos | Concentran en sistemas de información | Ligada a la acreditación de unidades | Contemplan otras estrategias de seguridad del paciente | Liga acciones de administración/investigación y docencia | Liga acciones de control ambiental | Contempla sanciones | Vinculados a laboratorios de referencia | Establece requerimientos en infraestructura | Observaciones |
|----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|---|---|---------------------------------------|--------------------------------------|--|--|------------------------------------|---------------------|---|---|--|
| Argentina | | x | x | x | x | | x | | | x | | | x | |
| Bolivia | 1978/2003/2004 | x | x | x | | | | | | | | x | | |
| Brasil | 1998/2000/2003 | x | x | | | x | | x | x | | | | | |
| Chile | 1981/2000/2005 | x | x | | x | | x | | x | | | | | |
| Colombia | 2006 | x | | x | x | | | | | | | | x | |
| Costa Rica | 1983/1971 | x | x | x | | | | | | x | x | | | |
| Cuba | 1993/1996/1998 | x | x | | x | | x | | x | | | | | |
| Ecuador | 2006 | x | x | | | | | | x | x | | | | |
| El Salvador | 2006 | | | | | | | | | x | | | | Enfocado solo a la prevención de HIV |
| Guatemala | 2000 | x | | | x | | | | | | | | | Enfocado solo a la prevención de HIV |
| Honduras | 1991 | | | x | | | | | | | | | | Enfocado solo a la prevención de HIV |
| México | 1998/2003/2005 | x | x | x | x | | | | | | x | | x | |
| Nicaragua | 2003 | x | x | | x | | | | x | | | | | |
| Panamá | 1994/2001 | x | | x | | | | | x | | | | | |
| Paraguay | 1996/1998/2006 | | | | | | x | | | | | | | En la normatividad paraguayana no existe especificación en cuanto a las IAAS. Pero en el marco más amplio de protección de la población general y los trabajadores sí. |
| Perú | 1998/2004/2005/2006 | x | x | x | x | | | | | | | | | |
| República Dominicana | 1999/2001/2006 | x | | x | | x | | | | | | | | La normatividad se perfila en grandes temas y trata de aterrizar a la operación |
| Uruguay | 1997/1999/2002/2006 | x | | x | | | x | | | | | | | En esta normatividad se incluyen perfiles de enfermeros licenciados en infecciones hospitalarias. |
| Venezuela | 1998/2003/2006/2007 | | | x | | x | x | | x | | | | x | |

México

En materia de legislación en salud, México ha tenido una evolución más remota a la iniciativa de la AMSP desde la perspectiva de la protección de la salud. Sin embargo, en relación a las IAAS la actualización de la legislación ha sido muy incipiente, como se describe a continuación:

El caso de México en el marco legal

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos enuncia en el artículo 1° constitucional, “todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección...” En las reformas del 2003, se definió en relación a la protección de la salud: “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 (artículo 4°). Con lo que se buscaba garantizar la atención médica a todos los mexicanos acorde a sus necesidades y no a sus recursos. Adicionalmente, menciona “La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del País” (fracción XVI, artículo 73).¹¹

Asimismo, el artículo 133 constitucional establece: Esta Constitución, las leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los Tratados que estén de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán la Ley Suprema de toda la Unión. Los jueces de cada Estado se arreglarán a dicha Constitución, leyes y tratados, a pesar de las disposiciones en contrario que pueda haber en las Constituciones o leyes de los Estados.

En materia de legislación en salud y seguridad del paciente

Para 1983, el derecho a la protección de la salud se elevó a rango constitucional por la postulación de la declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948; para finalmente promulgarse en julio de 1984 en la Ley General de Salud (LGS), las bases y modalidades para el acceso de los servicios de salud, así como temas de salubridad general. La LGS clasifica las materias de salubridad general en aquellas que norma, organiza, opera y vigila directamente la Federación a través de la Secretaría de Salud y aquellas que operan, evalúan y supervisan los gobiernos de las entidades federativas. De igual manera le da sustento para la aplicación de

sanciones los cuales se fundamentan en los principios jurídicos de legalidad, imparcialidad, eficiencia, eficacia y honorabilidad.¹

En la LGS se establecen las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. El sistema de seguridad social integrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); los servicios de salud de la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena); Secretaría de Marina (Semar); Petróleos Mexicanos (Pemex); así como el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su brazo técnico, el Seguro Popular; los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (INS y HAE); así como los servicios de atención médica de carácter privado, serán los encargados de proveer los servicios de salud.

De igual forma, se menciona la finalidad del derecho a la protección de la salud, en donde se especifica:

- I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.¹²

El sistema de salud tendrá como objetivo: “Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas” (fracción I, artículo 6, LGS, 2011). La Secretaría de Salud participará, en coordinación con las unidades administrativas competentes, en la instrumentación de las acciones de prevención y control de enfermedades, así como de vigilancia epidemiológica, especialmente cuando éstas se relacionen con los riesgos

sanitarios derivados de los productos, actividades o establecimientos materia de su competencia (fracción XII, artículo 17bis, LGS, 2010)

En relación al tema específico de las IAAS, en nuestro país aun persiste la denominación de infecciones nosocomiales, como se constata en la promulgación de la NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, la cual da marco de referencia a los establecimientos de salud en todo el país para realizar las acciones en la atención de dicho problema. Esta norma tiene un listado de definiciones operativas mínimas de las IAAS que se deben registrar, establece los requerimientos mínimos con los que deben cumplir las Unidades de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) según el tamaño del establecimiento y las actividades que debe desempeñar. Por otro lado, considera el reporte obligatorio de las IAAS mediante un sistema de información llamado Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE) a través de la plataforma del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). Sin embargo, este sistema no ha alcanzado la cobertura de todas las unidades del sistema público y privado hasta el momento. Esta norma a diferencia de la previa tuvo modificaciones más específicas de los procedimientos empleados durante el proceso de atención, así como la indicación de la elaboración de manuales de procedimientos al interior de los establecimientos según sus características de infraestructura.

El Programa Nacional de Salud 2007-2012 plantea en la estrategia 3, situar a la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud, con la que se busca mejorar las condiciones de salud de la población favoreciendo servicios de salud efectivos y que garanticen la seguridad del paciente. Esto se plantea a través de ocho líneas de acción y 37 acciones específicas, de las cuales: dos líneas de acción impactan de manera directa,* como el caso del programa de Sicalidad y la vinculación de la bioética en la atención, y tres más de forma indirecta.** Dos de las 37 acciones específicas se orientan al tema de

* 3.1 Implementar el Sistema Integral de Calidad en Salud (Sicalidad) en el sistema Nacional de Salud, 3.7 Fortalecer la vinculación de la bioética con la atención médica.

** 3.3 Impulsar la utilización de guías de práctica clínica y protocolos de atención médica, 3.5 Proteger los derechos de los pacientes mediante el arbitraje y la conciliación, 3.8 Actualizar el marco jurídico en materia de servicios de atención médica

las IAAS,* la integración del proyecto de la Seguridad del Paciente en hospitales y la disminución de las tasas de mortalidad por IAAS y cuatro más contribuyen indirectamente en su atención.** De esta manera, en el PNS, se menciona el qué y se esboza cómo operar estas acciones, así como el mecanismo de evaluación por indicadores de impacto y seguimiento.

Ejemplos de estas estrategias en la operación son: el fortalecimiento de atribuciones y facultades de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) para los procesos de conciliación y arbitraje, así como su desconcentración hacia las comisiones estatales para un funcionamiento más eficiente e intervenciones más oportunas; así como la certificación y acreditación de establecimientos de salud son obligatorias para los establecimientos de salud que otorgan servicios al SPSS y voluntarias para el resto de las instancias.

Consideraciones éticas

Los Planes Nacionales de Salud (PNS) en México durante los sexenios del 2001-2006 y el 2007-2012, define entre sus funciones básicas para la contribución de la construcción de un país más próspero y equitativo estrategias consistentes. Sin embargo, en su misión han sido abordadas de diferente manera.

En el sexenio del 2001-2006 se establecieron estrategias sobre la plataforma de la democratización de la salud priorizando el vínculo entre la salud y la democracia para la disminución de brechas en la población. La

* 1. Vincular a los hospitales públicos de mediana y alta complejidad con el Proyecto de Seguridad del Paciente, que incluya medidas que garanticen una atención limpia...”, 2. Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad por infecciones nosocomiales. La meta es que 60% de los hospitales públicos cuenten con un modelo de gestión de riesgo de infecciones nosocomiales”

** 1. Reestructurar y fortalecer el proceso de certificación de calidad de establecimientos prestadores de servicios de salud para convertirlo en un estándar nacional de calidad en salud. Este proceso de certificación de calidad actualizado debe estandarizarse y ser competitivo internacionalmente, 2. Acreditar las unidades de salud que prestan servicios al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) con criterios de capacidad, calidad y seguridad. La meta en esta materia es acreditar al 100% de las unidades que prestan servicios al SPSS, 3. Distribuir las guías de práctica clínica actualizadas en las unidades de atención a la salud, de acuerdo a su nivel resolutivo, 4. Brindar capacitación al personal de salud en el uso y aplicación de las guías de práctica clínica en las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud 5. Promover el uso de protocolos de atención médica acordes a las políticas y procedimientos de cada institución del sector salud”, 6. Fortalecer las atribuciones y facultades de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) relacionadas con la conciliación y el arbitraje con el fin de consolidar un modelo único de atención de inconformidades, desconcentrar su operación hacia las comisiones estatales y ampliar la cobertura de sus servicios.

libertad, la igualdad ante la ley y el ejercicio de los derechos políticos se integraron en los objetivos de responsabilidad de los funcionarios en corresponsabilidad ciudadana y constituyeron parte sustancial en la búsqueda de un sistema de salud universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo y vinculado al desarrollo. Se enfatiza el reconocimiento de la protección de la salud como un derecho para todos como parte de un principio de ciudadanía con mecanismos precisos como la transparencia, acceso a la información y rendición de cuentas, instancias de vigilancia, corrección de faltas profesionales y administrativas; dieron lugar a un concepto en donde la salud se entiende como un derecho social y no un privilegio de pocos.

El PNS del siguiente sexenio, retomó parte del modelo previo con una redirección hacia las políticas públicas, la interacción del sector sanitario con otros, enfatizando las acciones desde las instituciones, quedando diluida la participación ciudadana.

Otra de las grandes diferencias que presentan el PNS actual, respecto al previo es la desestimación en del fortalecimiento de la Secretaría de Salud en su función rectora, con lo que se frena la armonización de las estrategias nacionales con respecto a las internacionales, así como dentro del sector.

En el entendido de que el PNS plantea el fortalecimiento de la Conamed, implícitamente favorece una legislación orientada a la responsabilidad objetiva donde los establecimientos serán arbitrados bajo la filosofía kantiana del derecho privado y la emisión de laudos, de igual manera al favorecer la integración de los principios de la bioética en la atención médica, la orientación de la legislación se asemeja más a la propuesta europea. Pero en relación a la postura legal de la responsabilidad civil en la presentación de las IAAS aún falta definir las responsabilidades por parte de los establecimientos y de los pacientes.

Así como en AL, México adopta influencias europeas y angloamericanas donde las estrategias planteadas se distribuyen en atender parte de la propuesta de la AMSP y otras como en el caso de la NOM 045, atienden a la angloamericana. Por tanto, existe una construcción enfocada a indicadores cuantitativos enfocados al registro de eventos de IAAS únicamente, con una orientación incipiente hacia el fenómeno de las IAAS como un proceso dentro de la atención en salud.

De esta manera, si se evalúa la política pública de la implementación de las estrategias de seguridad del paciente en materia de IAAS en México, bajo los diez criterios de la propuesta de Ruelas,¹³ se observa que se cumplen tres de los 10 criterios planteados. Lo cual pone en riesgo la implementación de la misma como se detalla a continuación:

| Criterios de la propuesta | Cumple | Justificación del cumplimiento |
|--|-------------------------------------|---|
| 1. Responde a una prioridad precisa y evidente | <input checked="" type="checkbox"/> | Las IAAS a nivel mundial son consideradas un problema de salud pública por los costos sociales y económicos de las mismas. |
| 2. Voluntad política | <input checked="" type="checkbox"/> | Desde el sexenio del 2001-2006 hasta la actualidad se mantiene como una de las estrategias dentro del PNS. |
| 3. Alta percepción social de la prioridad de la política | <input checked="" type="checkbox"/> | Existe una baja percepción entre trabajadores de la salud, usuarios y pacientes ante el problema de IAAS y su prevención. |
| 4. Argumentación sólida sobre la necesidad y los beneficios de la política | <input checked="" type="checkbox"/> | Existen revisiones sistemáticas sobre el tema de IAAS que documentan, disminución en la morbi-mortalidad, en la presentación de complicaciones y en los costos de atención. |
| 5. Formulación clara y medible de los objetivos perseguidos | <input checked="" type="checkbox"/> | Los sistemas de vigilancia se encuentran limitados al registro de tasas de IAAS y no a todo el proceso de atención. |
| 6. Respaldo jurídico sólido | <input checked="" type="checkbox"/> | En la actualidad los documentos legales que sustentan la seguridad del paciente en esta materia son insuficientes en contenido hacia la prevención y no corresponden a la dimensión del problema. |
| 7. Existencia de incentivos y penalizaciones | <input checked="" type="checkbox"/> | Los incentivos son inexistentes y las sanciones iniciales son materia administrativa y requieren del involucramiento de la vía civil y/o penal para el resarcimiento del daño. |
| 8. Suficiencia de recursos para implementar la estrategia | <input checked="" type="checkbox"/> | Los recursos humanos, materiales y financieros entre establecimientos son heterogéneos, así como las oportunidades de acceso a ellos. |
| 9. Seguimiento puntual de la ejecución | <input checked="" type="checkbox"/> | La vigilancia de la ejecución es directamente proporcional a los recursos y la capacitación del personal. |
| 10. Evaluación de los impactos. | <input checked="" type="checkbox"/> | Aún no se cuenta con un sistema que reporte el impacto de la estrategia. |

Discusión

A casi diez años de la implementación de la Estrategia Mundial por la Seguridad del Paciente bajo el lema “una atención limpia es una atención segura” y la actualización la definición de las IAAS en lugar de infecciones nosocomiales se enfoca la atención de la salud desde un marco ético, humanista, responsable, solidario, previsor y prudente en el ejercicio y atención de la salud.

En México, el análisis de la implementación de la estrategia AMSP bajo los diez puntos de la propuesta de Ruelas para el análisis de las políticas públicas* y la defensa del derecho a la protección de la salud, cumple con tres de los 10 criterios planteados de manera suficiente y de manera parcial o incipiente en el resto. Esta situación plantea una evolución lenta en la implementación de la AMSP, a pesar de ser impulsada por acción de instancias internacionales como la OMS.

En el proceso lento de evolución es importante reflexionar lo que Wiseman¹⁴ plantea en su artículo sobre la responsabilidad profesional y reflexionar en torno a los escenarios de una redirección de la legislación en México. Si se orientara hacia la filosofía que propone la AMSP, la responsabilidad se depositaría en los trabajadores de la salud obligándolos a resguardar la integridad y bienestar del paciente, así como hacer partícipe a todos y cada uno de los involucrados en la atención médica dentro del establecimiento. Esta perspectiva encausa a los servicios de salud como un entidad global en donde existen componentes humanos, materiales, financieros y de organización que interactúan bajo un plano horizontal y equitativo para proveer una atención segura, lo cual conduce a que se reduzcan los eventos adversos como las IAAS. En contraste, con el modelo donde la relación médico-paciente es asimétrica y el paciente debe subsumirse por el desconocimiento de temas médicos; por lo que principios legales como “*res ipsa loquitur*” difícilmente prosperan por el principio de autoridad del gremio y se pierda la intención de resarcir el daño, debido a la no la identificación y aseguramiento de un responsable directo, como lo argumenta Miller.¹⁵

* Instrumento mediante el cual se pretende alcanzar desde el estado, en forma sistemática y coherente, ciertos objetivos de interés para el bienestar de toda la sociedad civil; en donde se deberá coordinar el tema espacial (internacional, nacional, regional, comunal, micro-local) a corto, mediano y largo plazo considerando su viabilidad política y financiera.

De acuerdo a lo que plantea Volnei Garrafa, la bioética de la salud pública es resultado moral del conjunto de decisiones y políticas de salud individuales, colectivas que proporcionan aumento en la participación ciudadana y distribución en la exclusión social. De acuerdo al concepto, las autoridades sanitarias deberían reflexionar sobre los derechos esenciales de las personas, así como en las prerrogativas y potestades del Estado, en donde éste deberá ocuparse del individuo y no a la inversa; contemplar acciones globales que consideren que tanto los pacientes como los trabajadores de la salud son igualmente personas; favorecer la construcción de los mecanismos que vinculen las acciones para proveer una atención segura. La suma de estos aspectos contribuiría en la disminución de IAAS al adoptar un compromiso y responsabilidad objetiva en la atención.

También es transcendental como país, refocarse en los compromisos internacionales para guiar el proceso de armonización y considerar las consecuencias económicas y sociales involucradas en las estrategias planteadas según los principios que debe resguardar el Estado. De esta forma, se dirigirían los esfuerzos para garantizar y operar el derecho a la protección de la salud y el reconocimiento de éste como un derecho humano como se plantea en la Constitución.

En este sentido la alineación de legislación en materia de IAAS con respecto a la AMSP permitiría dar respuesta al compromiso que México adquirió con la OMS, encaminaría parte de la rectoría del sector salud bajo los objetivos que se plantean en la Carta Magna, favorecería la transición hacia la transformación y fortalecimiento de las instituciones y establecimientos de salud mediante la convocatoria y adecuación de los escenarios para que los trabajadores de la salud, los pacientes y la población contribuyan de manera corresponsable.

Recomendaciones

Considerando el análisis de las diferentes estrategias y legislaciones de los países; así como las metas que se proponen resolver como parte de los objetivos planteados desde los PNS para dar atención a la salud de sus poblaciones; así como la factibilidad para alcanzarlos en nuestro país; se plantean las siguientes recomendaciones:

Para el Ejecutivo Federal:

- ▮ Impulse y proponga iniciativas concretas y periódicas en las cámaras altas y bajas para favorecer escenarios donde el Estado ejerza intervenciones positivas* y negativas** que satisfagan la salud individual y colectiva de la población. Retome la estrategia de la democratización de la salud como plataforma del Plan Nacional de Salud.
- ▮ Alinee la legislación y las actividades de prevención y control de IAAS y del resto de estrategias de seguridad del paciente con las recomendaciones de la AMSP.
- ▮ Impulse y proponga modificaciones en la Ley General de Salud para facultar y promover la creación de un órgano administrativo certificador que permita la generalización de la certificación y acreditación. Creando un mecanismo que favorezca los procesos de mejora progresivos con asesoría técnica específica; que garantice el fortalecimiento de los servicios. Evitando acciones punitivas y evaluaciones deficientes.
- ▮ Fortalecimiento de atribuciones y facultades de la Conamed para los procesos de conciliación y arbitraje; para un funcionamiento más eficiente e intervenciones más oportunas civil o penalmente como parte de la definición de responsabilidades por parte de los establecimientos y de los pacientes.

Para la Secretaría de Salud

- ▮ Favorezca la utilización de la información de calidad e impacto para la toma de decisiones, para identificar oportunamente riesgos y se oriente gradualmente a identificar los determinantes de la presentación de las IAAS.
- ▮ A través de los Comités Consultivos Nacionales de normalización, evalúen y modifiquen los planteamientos de la NOM 045 con énfasis en los siguientes aspectos:
- ▮ Promover la aplicación y seguimiento de indicadores del proceso de atención, más allá del registro único de presentación de IAAS.
- ▮ Garantizar la integración de los mínimos necesarios (recursos humanos, materiales y financieros) para la operación de la UVEH.

- ▮ Posibilidad de integración laboral del personal capacitado en la estructura y función de los establecimientos de salud.
- ▮ Impulsar la capacitación en servicio del personal sobre la vigilancia, prevención y control de las IAAS.
- ▮ Se realicen bianualmente actualizaciones de las normas sanitarias a través de los Comités Consultivos Nacionales de Normalización dirigidos a atender a los acuerdos de los convenios internacionales firmados.
- ▮ Se plantee en conjunto con la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales y de Alta Especialidad como eje transversal la seguridad del paciente para la formación de médicos generales y especialistas.
- ▮ Innove en la generación de incentivos para los establecimientos de salud que permitan estimular la participación, capacitación y cumplimiento en el personal de salud.
- ▮ Se realicen acciones conjuntas con la Secretaría de Relaciones exteriores para impulsar la colaboración internacional bajo reglas de operación claras que busquen la retroalimentación, educación, fortalecimiento de instituciones y empoderamiento de la población usuaria.

Para la Dirección General de Epidemiología

- ▮ Fortalezca e integre los sistemas de vigilancia locales (públicos y privados) en un sistema de información nacional. Para la identificación de oportunidades y prevención de eventos como las IAAS, así como la adecuación o modificación de indicadores de acuerdo a su utilidad para este fin.
- ▮ Para la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales y Hospitales de Alta Especialidad, Conacyt y Sicalidad
- ▮ Promuevan la investigación operativa de las estrategias efectivas en diferentes tipos de infraestructura de establecimientos de salud y la divulgación de oportunidades de financiamiento para su realización.

Para la Dirección General de Promoción de la Salud

- ▮ Promueva y construya medios de divulgación y comunicación accesibles y responsables para la divulgación de las estrategias e información que contribuya a la educación de los trabajadores de la salud, de los pacientes y de la población para proteger su salud en la prevención de IAAS y temas de seguridad del paciente.

* Acciones para proveer servicios de atención médica para la protección de la salud.

** Acciones que promueve el estado para promover la prevención del riesgo a enfermar de los ciudadanos, a través de funciones de rectoría, vigilancia y control.

Para las Instituciones de Educación Superior

- ▶ Fomenten los cambios en los programas académicos en las universidades y escuelas de medicina, enfermería y otras áreas afines, así como otras involucradas como por ejemplo derecho, ingenierías, arquitectura, etcétera; bajo la visión de seguridad de la atención en sus diferentes campos para la integración paulatina de grupos multidisciplinarios que actúen desde diferentes sectores.

Para el Instituto Nacional de Salud Pública

- ▶ Promueva la investigación y formación de recursos humanos en materia de protección de la salud y derecho sanitario, y se establezca éste como otro campo del derecho.

Conclusiones

La firma de convenios internacionales como el de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente obliga a México al cumplimiento de los acuerdos creados basados en el Derecho Internacional. Esto debe de ir en concordancia con la legislación del país para lograr su papel como Estado. Por su parte, la definición de derechos¹⁶ dentro de la legislación no garantiza su provisión, así como tampoco delimita la operatividad de las actividades en los establecimientos de salud o la designación de recursos para el mejoramiento de la calidad de los servicios. La actualización de las condiciones jurídicas bajo las que se cimentan las actividades en materia de salud al llevar implícitas los valores rectores del Estado da congruencia en su acciones. En materia de IAAS, México tiene grandes retos a superar en legislación sanitaria y su evolución hacia la responsabilidad objetiva permitirá garantizar la protección de la salud de los mexicanos y sus compromisos internacionales.

Referencias ■

- Comisión Nacional de Arbitraje Médico :México [Internet]. [citado 2011 Ene 10]; Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/opinion_tec.php
- Allegranzi B, Nejad SB, Combescure C, Graafmans W, Attar H, Donaldson L, et al. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2011 Ene; 377(9761):228–41.
- Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. Reglamento de la ley general de salud en materia de protección social en salud [Internet]. 2008. Disponible en: http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Reglamento/Reg_LGS_Materia%20de%20Proteccion%20social%20en%20salud.pdf
- World Health Organization. Countries or areas committed to address health care-associated infection. <http://www.who.int/gpsc/statements/countries/en/index.html> (Consultado 02 julio 2011)
- Organización Panamericana de la Salud. Infecciones hospitalarias Legislación en América Latina. Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud Unidad de Políticas y Sistemas de Salud. 2007.
- Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la seguridad del paciente. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria (Borrador Avanzado): Resumen. Unas manos limpias son manos más seguras. Ginebra, 2005.
- Presidencia de la República. Convención de Viena, sobre el derecho de los tratados entre estados y organizaciones internacionales o entre organizaciones internacionales. Diario Oficial de la Federación, 28 de abril del 1988. <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/I2.pdf>. (Consultado 05 junio 2011)
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Tratados Internacionales. www.cndh.org.mx/losdh/aginter/pdf/2005/iitrat.pdf (Consultado el 03 julio 2011)
- Verdross, A. Derecho Internacional Público. Madrid. Aguilar. 1963.
- World Health Organization. Countries or areas committed to address health care-associated infection. <http://www.who.int/gpsc/statements/countries/en/index.html> (Consultado 02 julio 2011).
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación. Última reforma 10-06-2011. Pág 1-5. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf> (Consultado 05 julio 2011).
- Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación, 01 de noviembre del 2011. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf> (Consultado 02 noviembre 2011)
- Ruelas-Barajas E, Gay-Molina JG. Políticas públicas, estructuras del Estado y defensa del derecho a la protección de la salud. *Salud Pública Mex* 2008; 50 supl 3:S343-S347. Disponible en línea en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2008/suplemento%203/8-politicas.pdf (Consultado el 10 de julio del 2011).
- Wiseman LV. Res ipsa loquitur. *West J Med*. 1975 Jul; 123(1):71–5.
- Miller JM. Liability relating to contracting infectious diseases in hospitals. *J Leg Med*. 2004 Jun; 25(2):211–27.
- Elizondo Mayer-Serra C. El derecho a la protección de la salud. *Salud Pública Méx* 2007; 49:144-155.

Publicaciones considerados en la revisión

Legislación y regulación sanitaria internacional sobre IAAS

Estados Unidos

- Singleton KA. 2009: a time for patient care to shine with Joint Commission National Patient Safety Goals. *MedsurgNurs*. 2008 Dic; 17(6):372–3.
- Horan TC, Andrus M, Dudeck MA. CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. *Am J Infect Control*. 2008 Jun; 36(5):309–32.
- CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. 2011 Jun [citado 2011 Nov 07]; 36(5):309–32. Disponible en: http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/17pscnosindef_current.pdf
- Stone PW, Glied SA, McNair PD, Matthes N, Cohen B, Landers TF, et al. CMS Changes in Reimbursement for HAIs. *Med Care*. 2010 May; 48(5):433–9.
- Stone PW. Economic burden of healthcare-associated infections: an American perspective. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2009 Oct; 9(5):417–22.
- McKibben L, Horan T, Tokars JL, Fowler G, Cardo DM, Pearson ML, et al. Guidance on public reporting of healthcare-associated infections: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *Am J Infect Control*. 2005 May; 33(4):217–26.
- Peterson A, Marquez P, Terashita D, Burwell L, Mascola L. Hospital methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* active surveillance practices in Los Angeles County: Implications of legislation-based infection control. 2008. *Am J Infect Control*. 2010 Oct; 38(8):653–6.
- Salzer R. Improving medical/surgical practice with JCAHO's 2005 National Patient Safety Goals. *Nursing*. 2005; Suppl: 12–3.
- Wolke A. Infection correction: hospital-acquired infections can be reduced significantly or even eliminated with sound prevention procedures. *State Legis*. 2009 Abr; 35(4):20–2.
- Miller JM. Liability relating to contracting infectious diseases in hospitals. *J Leg Med*. 2004 Jun; 25(2):211–27.
- Cardo DM, Brennan PJ, Peadar D Jr. Mandatory reporting of hospital-acquired infections: steps for success. *J Law Med Ethics*. 2005; 33(4 Suppl):86–8.
- Rollins G. Reporting infections. Mandatory vs. voluntary debate heats up as states enact legislation. *Hosp Health Netw*. 2005 May; 79(5):44–6, 48–50, 2.
- Edmond MB, Bearman GML. Mandatory public reporting in the USA: an example to follow? *J. Hosp. Infect*. 2007 Jun; 65 Suppl 2:182–8.
- Meier BM, Stone PW, Gebbie KM. Public health law for the collection and reporting of health care-associated infections. *Am J Infect Control*. 2008 Oct; 36(8):537–51.
- Gittler GJ, Goldstein EJ. The elements of medical malpractice: an overview. *Clin. Infect. Dis*. 2006 Nov; 23(5):1152–5.
- Kuper KM, Septimus EJ. Health-care-associated infections: the legislative perspective and the pharmacist's role. *Am J Health Syst Pharm*. 2009 Mar 1; 66(5):488–94.

17. Umscheid CA, Agarwal RK, Brennan PJ. Updating the guideline development methodology of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). *Am J Infect Control*. 2010 May; 38(4):264–73.
18. Sapsin J, Kimball AM. International trade agreements: vehicle for better public health? *J Law Med Ethics*. 2005; 33(4 Suppl):11–4.

Unión Europea/Australia

1. Economic regulation in health care: What can we learn from other regulators? - The King's Fund [Internet]. The King's Fund. [citado 2011 Nov 9]; Disponible en: http://www.kingsfund.org.uk/publications/economic_regulation.html
2. Magiorakos AP, Leens E, Drouvot V, May-Michelangeli L, Reichardt C, Gastmeier P, et al. Pathways to clean hands: highlights of successful hand hygiene implementation strategies in Europe. *Euro Surveill*. [Internet]. 2010 May 6 [citado 2011 Jul 5]; 15(18). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20460091>
3. Kampf G, Löffler H, Gastmeier P. Hand hygiene for the prevention of nosocomial infections. *Dtsch Arztebl Int*. 2009 Oct; 106(40):649–55.
4. Cochrane J. Infection control audit of hand hygiene facilities. *Nurs Stand*. 2003 Ene 15; 17(18):33–8.
5. Wiseman LV. Res ipsa loquitur. *West. J. Med*. 1975 Jul; 123(1):71–5.
6. Health D of. Statement of purpose: the Commission for Healthcare Audit and Inspection (CHA) and the Commission for Social Care Inspection (CSCI) [Internet]. 2003 Ene 1 [citado 2011 Ago 7]; Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4109462
7. Pellowe C. Managing and leading the infection prevention initiative. *J Nurs Manag*. 2007 Sep; 15(6):567–73.
8. García-Sánchez I, Páez Muñoz E. Marco Integrado de la UE en materia de seguridad de pacientes. Observatorio de Salud en Europa de la Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada; Informe Estratégico “La UE y el SSPA N° 1 – 2009”. <http://www.easp.es/web/documentos/InformesOSE/00014933documento.pdf> (Consultado 02 julio 2011).
9. Thomas A, Rial E, Rougé D. Nosocomial Infection, Physicians and Health Care Institutions: The Present State of French Case Law. *European Journal of Health Law*. 2002 Mar 1; 9(1):49–61.
10. Megan-Jane J. Patient safety ethics and human error management in ED contexts Part II: Accountability and the challenge to change. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 2007 May; 10(2):80–5.

11. Carles M. Liability for medical malpractice: an economic approach. *Gac Sanit* [revista en la Internet]. 2003 Dic [citado 2011 Nov 07]; 17(6):494–503. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112003000600011&lng=es.
12. Rosenthal VD, Maki DG, Graves N. The International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC): goals and objectives, description of surveillance methods, and operational activities. *Am J Infect Control*. 2008 Nov; 36(9):e1–12.

América Latina

1. Ade y Torrent M. Infecciones hospitalarias: legislación en América Latina. Washington: Misión de la Oficina Sanitaria Panamericana; Área de Vigilancia Sanitaria y Atención de las Enfermedades; 2008.
2. Ministerio de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: Fundación Fytec; 2007. 227 p.
3. Resolución 65/06 de 24 Noviembre 2006 aprueba las “Directrices para la Habilitación y Funcionamiento de los Servicios de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrica y Neonatal”, que constan como Anexo y son parte de la presente Resolución. (5 artículos; pp.79-86). Global Legal Information Network [Internet]. [citado 2011 Ago 14]; Disponible en: <http://www.glin.gov/view.action?searchDetails.searchAll=true&summaryLang=es&glinID=209007&searchDetails.queryString=subterm%3Aequals%28%22en+Technicians%22%29&fromSearch=true&refineQueryType=BOOLEAN&refineQuery=subterm%3Aequals%28%22en+Health+and+safety%22%29+AND+juris%3A%22MERCOSUR%22&refine=&searchDetails.queryType=BOOLEAN&searchDetails.showSummary=true>
4. Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad en Atención Médica. Infección hospitalaria: Recomendaciones para su prevención y control. *Revista CIDCAM*. 2007 Oct; 5:6–8.
5. Tocornal Cooper J. Responsabilidad civil por infecciones intrahospitalarias. *Revista chilena de derecho*. 2010 Dic; 37(3):477–504. [citado 2011 Julio 14]; Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-34372010000300004&lng=es&nrm=iso
6. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Lineamientos Técnicos en la Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales. San Salvador: 2007.
7. Surgical Infection Society Latin America. Manual Latinoamericano de Guías Basadas en la Evidencia. Estrategias para la Prevención de la Infección Asociada a la Atención en Salud. 2009 Sep; 184 p.

Aspectos éticos en la atención de IAAS

Estados Unidos

1. Singh N, Brennan PJ, Bell M. Primum non nocere. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2008 Oct; 29 Suppl 1:S1–2.

Unión Europea/Australia

1. Jiménez García-Pascual R. El cumplimiento de los derechos humanos: primera medida de salud pública. *Revista Española de Salud Pública*. 1998 Nov; 72(6):477–80.
2. Altisent R, Brotons C, González R, Serrat D, Júdez J, Gracia D. Ética de la actividad preventiva en atención primaria. *MedClin (Barc)* 2001; 117(19): 740–50. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=13023091>

3. Guillermo DP. Ética en las organizaciones sanitarias. *Revista empresa y humanismo*. 2002; 5(2):285–305.
4. Durand G. La Bioética. *Desclée de Brouwer*; 1992. 132 p.

América Latina

1. Mendoza, E. El papel de la bioética en la formación de los profesionales que intervienen en la atención pedagógica hospitalaria. [Internet]. 2010 [citado 2011 Ago 9]; Disponible en: <http://www.redlaceh.com/postCongreso/ponencias.html>
2. Hooft PF. Bioética y jurisprudencia. *Acta bioethica*. 2002 Ene; 8(2):211–37.
3. Cortina A. “Tareas de una Bioética Latina”, *Jurisprudencia Argentina*, Número Especial dedicado a Bioética, 2004-IV, fascículo n° 5: 9-16.

- [citado 2011 Abr 03] Disponible en: www.uv.es/eticas-aplicadas/Publicarticulos_frame.htm
4. Tealdi JC. Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá: UNESCO; 2008.
 5. Córdoba AIG, Espinosa ÁF. Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. *Cuidar es pensar*. Aquichán. 2006;(001):54–67.
 6. Donaldson L. La seguridad del paciente: «No hacer daño». *Revista CIDCAM*. 2007 Oct; 5:3–5.
 7. Fontana RT, Lautert L. Aspectos ético-legais do controle da infecção hospitalar: algumas reflexões relativas ao enfermeiro. *Ciência, Cuidado e Saúde* [Internet]. 2009 Mar 18 [citado 2011 ene 21]; 7(4). Disponible en: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6672/3922>
 8. Azerrad BG. Filosofía crítica, bioética y bioderecho. *Bioética y Bioderecho*. 3:33–44.
 9. Ciuro Caldani, MA. Notas sobre el significado jurídico del lenguaje bioético. *Bioética y bioderecho*. 2001; 2:73–6.
 10. Villarreal Cantillo E. Seguridad de los pacientes: un compromiso de todos para un cuidado de calidad. [Internet]. 2007 Jun [citado 2011 May 21]; Disponible en: <http://manglar.uninorte.edu.co/handle/10584/905>

México

1. Jiménez-Sánchez G, Lara-Álvarez C, Arellano-Méndez A. Panorama mexicano del desarrollo de la bioética. La medicina genómica en México como uno de los mayores retos bioéticos. En: Pessini L, De Barchifontaine C. *Perspectivas de la Bioética en Iberoamérica*. Sao Paulo: Centro Universitário Sao Camilo, 2007.

Aspectos específicos sobre la AMSP

Estados Unidos

1. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 140a. Sesión del Comité Ejecutivo. Informe Final CE140/FR Washington: Organización Mundial de la Salud, junio 2007

Unión Europea/Australia

1. Mathai E, Allegranzi B, Kilpatrick C, Bagheri Nejad S, Graafmans W, Pittet D. Promoting hand hygiene in healthcare through national/subnational campaigns. *J. Hosp. Infect.* 2011 Abr; 77(4):294–8.
2. García Barbero M. La Alianza Mundial para la seguridad del paciente. *Monografías Humanitas* 2005; 8: 209-18.
3. Pittet D, Donaldson L. Clean Care is Safer Care: a worldwide priority. *Lancet*. 2005 Oct 8; 366(9493):1246–7.
4. Pittet D, Allegranzi B, Storr J, Donaldson L. «Clean Care is Safer Care»: the Global Patient Safety Challenge 2005-2006. *Int. J. Infect. Dis.* 2006 Nov; 10(6):419–24.
5. Pittet D, Allegranzi B, Sax H, Bertinato L, Concia E, Cookson B, et al. Considerations for a WHO European strategy on health-care-associated infection, surveillance, and control. *Lancet Infect Dis.* 2005 Abr; 5(4):242–50.
6. Pittet D, Allegranzi B, Storr J, Bagheri Nejad S, Dziekan G, Leotsakos A, et al. Infection control as a major World Health Organization priority for developing countries. *J. Hosp. Infect.* 2008 Abr; 68(4):285–92.
7. Lynch P, Pittet D, Borg MA, Mehtar S. Infection control in countries with limited resources. *J. Hosp. Infect.* 2007 Jun; 65 Suppl 2:148–50.
8. Ducl G, Fabry J, Nicolle L. Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía Práctica. 2a edición. Organización Mundial de la Salud, 2003.
9. Sax H, Allegranzi B, Uçkay I, Larson E, Boyce J, Pittet D. «My five moments for hand hygiene»: a user-centred design approach to

understand, train, monitor and report hand hygiene. *J. Hosp. Infect.* 2007 Sep; 67(1):9–21.

10. Bion JF, Heffner JE. Challenges in the care of the acutely ill. *Lancet*. 2004 Mar 20; 363(9413):970–7.
11. Pittet D. Healthcare-associated infection: moving behind headlines to clinical solutions. *J. Hosp. Infect.* 2009 Dic; 73(4):293–5.
12. Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente. Organización Mundial de la Salud. Depart. de políticas y operaciones en sistemas de salud. Reto Mundial en Pro de la seguridad del paciente: 2005-2006. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005.
13. Kilpatrick C. Save lives: clean your hands. A global call for action at the point of care. *Am J Infect Control*. 2009 May; 37(4):261–2.
14. Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA59.22. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2006
15. Allegranzi B, Storr J, Dziekan G, Leotsakos A, Donaldson L, Pittet D. The First Global Patient Safety Challenge «Clean Care is Safer Care»: from launch to current progress and achievements. *J. Hosp. Infect.* 2007 Jun; 65 Suppl 2:115–23.
16. Pittet D, Allegranzi B, Storr J. The WHO Clean Care is Safer Care programme: field-testing to enhance sustainability and spread of hand hygiene improvements. *J Infect Public Health*. 2008; 1(1):4–10.
17. Donaldson L. When will health care pass the orange-wire test? *Lancet*. 2004 Nov 30; 364(9445):1567–8.
18. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety Forward Programme 2008–2009. Document WHO/IER/PSP/2008.04. http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf (8 Jul 2011).

América Latina

1. Ceriani Cernadas JM. La OMS y su iniciativa «Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente». *Archivos argentinos de pediatría*. 2009 Oct; 107(5):385–6.

Estrategias operativas orientadas en la prevención de IAAS

Estados Unidos

1. Government Accountability Office. Healthcare Acquired Infections in Hospitals: Leadership Needed from HHS Prioritize Prevention Practices and Improve Data on These Infections. GAO-08-673T, April 16, 2008.
2. Stone PW, Horan TC, Shih H-C, Mooney-Kane C, Larson E. Comparisons of health care-associated infections identification using two mechanisms for public reporting. *Am J Infect Control*. 2007 Abr;35(3):145-9.
3. Bartley J, Streifel AJ. Design of the environment of care for safety of patients and personnel: does form follow function or vice versa in the intensive care unit? *Crit. Care Med*. 2010 Ago; 38(8 Suppl):S388-98.
4. Patel PR, Srinivasan A, Perz JF. Developing a broader approach to management of infection control breaches in health care settings. *Am J Infect Control*. 2008 Dic; 36(10):685-90.
5. Larson EL, Quiros D, Lin SX. Dissemination of the CDC's Hand Hygiene Guideline and impact on infection rates. *Am J Infect Control*. 2007 Dic; 35(10):666-75.
6. Leape LL. Errors in medicine. *Clin. Chim. Acta*. 2009 Jun; 404(1):2-5.
7. Government Accountability Office. Healthcare Acquired Infections in Hospitals: Continuing Leadership Needed from HHS to Prioritize Prevention Practices and Improve Data on These Infections. GAO-09-516T, Mar 18, 2009.
8. Safeek YM. Protocols, prompters, bundles, checklists, and triggers: synopsis of a preventable mortality reduction strategy. *Health Financ Manage*. 2010 Ago; 64(8):70-5.
9. Smith PW, Bennett G, Bradley S, Drinka P, Lautenbach E, Marx J, et al. SHEA/APIC Guideline: Infection prevention and control in the long-term care facility. *Am J Infect Control*. 2008 Sep; 36(7):504-35.
10. Government Accountability Office. Healthcare Acquired Infections in Hospitals: An Overview of State Reporting Programs and Individual Hospital Initiatives to Reduce Certain Infections. GAO-08-808. Sep, 2008.
11. Kilbridge PM, Classen DC. The informatics opportunities at the intersection of patient safety and clinical informatics. *J Am Med Inform Assoc*. 2008 Ago; 15(4):397-407.
12. Sax H, Allegranzi B, Chraïti M-N, Boyce J, Larson E, Pittet D. The World Health Organization hand hygiene observation method. *Am J Infect Control*. 2009 Dic; 37(10):827-34.
13. Sherman H, Castro G, Fletcher M, Hatlie M, Hibbert P, Jakob R, et al. Towards an International Classification for Patient Safety: the conceptual framework. *Int J Qual Health Care*. 2009 Feb; 21(1):2-8.

Unión Europea/Australia

1. Madea B. Medico-legal autopsies as a source of information to improve patient safety. *Leg Med (Tokyo)*. 2009 Abr; 11 Suppl 1:S76-9.
2. Mielke M. Prevention and control of nosocomial infections and resistance to antibiotics in Europe - Primum non-nocere: elements

of successful prevention and control of healthcare-associated infections. *Int. J. Med. Microbiol*. 2010 Ago; 300(6):346-50.

3. Gilbert GL, Cheung PY, Kerridge IB. Infection control, ethics and accountability. *Med. J. Aust*. 2009 Jun 15; 190(12):696-8.
4. Megan-Jane J. Patient safety ethics and human error management in ED contexts: Part I: Development of the global patient safety movement. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 2007 Mar; 10(1):13-20.
5. Ghirardini A, Murolo G, Palumbo F. The Italian strategy for patient safety. *Clin. Chim. Acta*. 2009 Jun; 404(1):12-5.
6. de Boer AS, Coutinho RA. Public health and healthcare-associated infections in the Netherlands. *J. Hosp. Infect*. 2007 Jun; 65 Suppl 2:133-8.
7. Verhoeven F, Steehouder MF, Hendrix RMG, Van Gemert-Pijnen JEW. From expert-driven to user-oriented communication of infection control guidelines. *International Journal of Human-Computer Studies*. 2010 Jun; 68(6):328-43.
8. Cookson B, Mathai E, Allegranzi B, Pessoa-Silva CL, BagheriNejad S, Schneider A, et al. Comparison of national and subnational guidelines for hand hygiene. *J. Hosp. Infect*. 2009 Jul; 72(3):202-10.
9. Whitby M, Pessoa-Silva CL, McLaws M-L, Allegranzi B, Sax H, Larson E, et al. Behavioural considerations for hand hygiene practices: the basic building blocks. *J. Hosp. Infect*. 2007 Ene; 65(1):1-8.
10. McCay L, Lemer C, Wu AW. Laboratory safety and the WHO World Alliance for Patient Safety. *Clin. Chim. Acta*. 2009 Jun; 404(1):6-11.
11. Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L, Pittet D. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin. Proc*. 2010 Ene; 85(1):53-62.
12. Fletcher M. Hand hygiene and infection in hospitals: what do the public know; what should the public know? *J. Hosp. Infect*. 2009 Dic; 73(4):397-9.
13. Flanagan P. Current standards for infection control: audit assures compliance. *Br J Nurs*. 2009 Sep 10; 18(16):970-5.
14. Damani N. Simple measures save lives: an approach to infection control in countries with limited resources. *J. Hosp. Infect*. 2007 Jun; 65 Suppl 2:151-4.
15. Magiorakos AP, Suetens C, Boyd L, Costa C, Cunney R, Drouvot V, et al. National hand hygiene campaigns in Europe, 2000-2009. *Euro Surveill*. [Internet]. 2009 Abr 30 [citado 2011 Ene 21]; 14(17). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19422767>
16. Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. 2010 Dic; 40 pp.

México

1. Curiel EV. El papel de los pacientes en la prevención de infecciones intrahospitalarias. El papel de los pacientes en la prevención de infecciones intrahospitalarias. 14(2):103-5.
2. David HH, Alejandro TF, Odette del CL, Leticia, Rosario VP, Javier RS, E FD, Germán. Programa para implantar el Plan para el autocuidado de la seguridad y corresponsabilidad del paciente: «Juntos por tu salud» en el Hospital Central Militar. *Revista CONAMED*. 2009; 14(2):5-18.

Legislación y regulación en materia de IAAS en México

1. Ruelas-Barajas E, Gay-Molina JG. Políticas públicas, estructuras del Estado y defensa del derecho a la protección de la salud. *Salud Pública Mex* 2008; 50 supl 3:S343-S347. Disponible en línea en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2008/suplemento%203/8-politicas.pdf (Consultado el 10 de julio del 2011).
2. Aguilar Eloy Margarita, García-López Beatriz, Hernández-Tezoquipa Isabel, Rosas-Reséndiz Ma. Teresa. Las infecciones nosocomiales: registrar para prevenir. *Rev Enferm IMSS*. 2004; 12(2):89-92.
3. Mayer-Serra CE. El derecho a la protección de la salud. *Salud Pública de México*. 2007;(002):144-55.
4. Comisión Nacional de Arbitraje Médico : México [Internet]. [citado 2011 Ene 10]; Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/opinion_tec.php
5. Bonilla Hernández, PA. El control de constitucionalidad de los tratados internacionales: Un breve análisis teórico práctico de su posible operatividad. *Anuario de Derecho Constitucional Latinoamericano*. 2010; Año XVI: 47-69.
6. Becerra, Manuel. Control de cumplimiento de los tratados internacionales en materia de derechos humanos. En: *Hacia un instrumento regional interamericano sobre la bioética : experiencias y expectativa*. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2009. p. 73-94.
7. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. *Acciones hoy, para el México del futuro*. Primera edición, 2001.
8. Consejo de Salubridad General. *Estándares para la Certificación de Hospitales*. 2009; 290 p.
9. Córdova Villalobos, JA. Declaración conjunta de apoyo de ministros de salud de México, Centroamérica y el Caribe, a favor del primer reto mundial por la seguridad del paciente. «Una atención limpia, es una atención segura». 2007 Sep. 21.
10. Dirección General Adjunta de Calidad en Salud S. Instrucción 327/2011. Las 10 estrategias del Programa Nacional de Seguridad del Paciente. Compromiso de México con el Programa Internacional de Seguridad del Paciente auspiciado por la OMS-OPS. 2011.
11. Castro Georgana V. La legislación sanitaria en México. Dirección de regulación, control y fomento sanitario. Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. *Salud en Tabasco*. 1995;1(2-3):67-69
12. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Manual administrativo de la dirección de enfermería. Secretaría de Salud. 2008 Feb 25; 1-237.
13. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. 2009.
14. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de cooperación con México de la OPS/OMS para el periodo 2005-2009. 2005 Nov; 1-120.
15. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud Primera edición, 2007.
16. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad. Programa de Acción Específico 2007-2012. Sistema Integral de Calidad en Salud. Sicalidad. México D.F.: Secretaría de Salud; 2008. 109 p.
17. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Primera edición. México D.F.: Secretaría de Salud; 2008. 48 p.