

Teniendo en cuenta la importancia de la seguridad del paciente en el mundo y su efecto en los pacientes, familias, equipo de salud y organizaciones, el siguiente trabajo pretende hacer una revisión sobre el error médico y algunas consideraciones desde el punto de vista de la Bioética.

Aspectos Éticos en la Seguridad del Paciente.

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	3
ERROR MÉDICO	14
PORQUÉ OCURRE EL ERROR.	17
ASPECTOS QUE INTEGRAN LA DOCENA SUCIA O PERVERSA	22
1. La falta de comunicación	22
2. Falta de trabajo en equipo	25
3. Falta de Asertividad.....	27
4. Falta de Conocimiento	28
5. Falta de Recursos	30
6. Falta de Conciencia	32
7. Complacencia o exceso de confianza	33
8. Fatiga.....	34
9. Estrés.....	35
10. Distracción	36
11. Presión	38
12. Prejuicios o malas costumbres	39
MANEJO DE LOS FACTORES DE RIESGO	40
ASPECTOS LEGALES EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	42
Negligencia	42
Imprudencia.....	45
Impericia	45
La inobservancia de los reglamentos / deberes a su cargo o también llamado la violación a normas.....	46
ÉTICA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	47
BIOÉTICA CLINICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	52
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	56
BIBLIOGRAFÍA	58

ASPECTOS ÉTICOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

**AUTORA:
INGRID MAYERLY VARÓN MEDINA
ENFERMERA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
ESPECIALISTA EN GERENCIA HOSPITALARIA
MASTER EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y EXCELENCIA DE LAS
ORGANIZACIONES**

**TUTOR:
DR. PABLO ARANGO
MD. ORTOPEDISTA
PROFESOR PROGRAMA DE BIOÉTICA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA**

**MAYO
2018**

INTRODUCCIÓN

Entre las causas a tener en cuenta en los resultados del proceso de atención en salud se encuentra el error médico, lo complejo del tema ha generado gran preocupación a nivel mundial y su estudio, es de gran interés para las instituciones que prestan servicios de salud. Estudiar el error médico es inagotable, complejo y polémico, lo cual genera rechazo en su abordaje.¹

La mayoría de los miembros del equipo de salud se enfrentan al error médico como profesionales y como pacientes. Cometer errores es innato de la condición humana especialmente en situaciones en donde la incertidumbre y la complejidad de la fisiología humana impiden que se tenga un resultado exacto se perciben los errores mirando el pasado, pero en el momento de cometerlos no existe conciencia del daño que se está causando. Se puede trabajar en disminuir y prevenir su ocurrencia pero nunca dejaran de cometerse.

Según Aguirre et al, El error médico es una causa de evento adverso-EA, ha sido uno de los temas de mayor actualidad en las discusiones sobre la calidad de la atención² siendo una circunstancia que causa daño al paciente de forma involuntaria y que ocurre en el proceso de atención el error médico como causa de los EA pueden estar presentes en cualquier situación de la vida hospitalaria, haciendo vulnerable al paciente y exigiendo al equipo de salud mayor prevención y cuidado en el proceso de atención.

¹ Ramos Domínguez, Benito Narey. Calidad de la atención de salud: Error médico y seguridad del paciente. *Rev Cubana Salud Pública* [online]. 2005, vol.31, n.3 [citado 2018-07-28], pp. 0-0. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000300010&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1561-3127.

² Consultado en <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2006/cc066n.pdf>; Febrero de 2018

El error médico no es algo nuevo en nuestro siglo, sus antecedentes se conservan en la historia; si realizamos una revisión en la literatura, se describen diferentes momentos que relacionan sus inicios y los esfuerzos por disminuir su ocurrencia:

En el mundo antiguo se utilizó la frase *Primum Non Nocere* traducida como “lo primero no hacer daño” frase fundamental en el quehacer de la medicina, esta se le atribuye a Hipócrates y aunque no se encuentra escrita en el Juramento hipocrático, les recuerda a los estudiantes y a los profesionales de la medicina los posibles daños que sus actos pueden causar³. Actualmente se le atribuye a esta frase la esencia de los programas que trabajan por la seguridad del paciente, ya que en ella está implícita la necesidad de hacer evidente la práctica de la humanización del cuidado y no como la rutina y sobrecarga se han convertido en ser simplemente cuidadoso y responsable en la atención médica, pues esta frase es muchos más que eso y trasciende esos límites.

- En Mesopotamia, en 1760 a. C. se crea el código Hammurabi reconocido como el conjunto de leyes más antiguo de la historia. El objeto de este código era homogeneizar jurídicamente el reino de Hammurabi. Dando a todas las partes del reino una legislación común con el que se podría controlar al conjunto con mayor facilidad. Una de sus leyes establece la ley de Talión. El termino (latín: *lex talionis*) se refiere a “un principio jurídico de justicia retributiva en el que la norma imponía un castigo que se identificaba con el crimen cometido. El término "talión" deriva de la palabra latina "talis" o "tale" que significa idéntica o semejante, de modo que no se refiere a una pena equivalente sino a una pena idéntica. La expresión más conocida de la ley del talión es "ojo por ojo, diente por diente".⁴

³ Consultado en https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2010m10n18/rceap_a2010m10n18a2.pdf,

⁴ Consultado en <https://es.toluna.com/opinions/1932095/El-Cdigo-de-Hammurabi-y-la-Ley-del-Talin> 22 de septiembre de 2012.

Históricamente el código Hammurabi, constituye el primer intento por establecer una proporcionalidad entre daño recibido en un crimen y daño producido en el castigo. ⁵

El código mencionaba la responsabilidad de un profesional, y sitúa a un arquitecto como ejemplo, el cual, en esta época si construía una casa y esta se derrumbaba sobre sus ocupantes causándoles la muerte, el arquitecto merecía la pena de muerte. Los errores se castigaban con amputaciones de las manos, este era el precio de la no calidad. Se castigaba severamente los malos resultados de un tratamiento o una operación según el nivel social de cada paciente.

- El juramento Hipocrático, siglo V a. C., su contenido es de carácter ético y permite orientar la práctica de su oficio, es también el juramento que se basa a partir de la responsabilidad del ser humano y conciencia de ella. En el período clásico de la civilización griega sobresalió el arte de curar. Aunque seguía contemplando principios religiosos, la curación ya no estaba orientada por la magia, sino por lo clínico. ⁶ El juramento hipocrático ha sido unos de los primeros documentos o escritos en donde se adquiría el compromiso por parte de la personas en el cuidado del otro con el fin de no perjudicar a quien se ayudaba, como se tiene establecido hoy por hoy en la seguridad del paciente; así mismo actualmente estas normas no aplica solamente para el médico, sino para todos los miembros del equipo de salud, técnicos, auxiliares, tecnólogos y profesionales.
- F. Nightingale en 1865, durante la guerra de Crimea, planteó que las leyes de la enfermedad podían modificarse si se relacionaban los resultados con el tratamiento. “Puede parecer extraño decir que el primer principio en un

⁵ Consultado en <https://es.toluna.com/opinions/1932095/El-Cdigo-de-Hammurabi-y-la-Ley-del-Talin> 22 de septiembre de 2012.

⁶ Consultado en http://es.wikipedia.org/wiki/Juramento_Hipocr%C3%A1tico 22 de septiembre de 2012.

hospital es no hacer daño a los enfermos. Pero es necesario decirlo porque la mortalidad hospitalaria es muy alta comparada con la Extra hospitalaria”⁷.

Grafica 1. The history blog. Florence Naghtingale. Hear Nightingale



Fuente. The history blog. Florence Naghtingale. Hear Nightingale, Tennyson & Light Brigade bugler.

- “Abraham Flexner en 1910, en su informe al congreso de Estados Unidos de Norteamérica (EUA), puso al desnudo la pobre calidad de los servicios hospitalarios y de la docencia, que obligaron a mejorar la atención médica, lo que motivó el comienzo del control de calidad moderno.”⁸

⁷ Rovetto P. La seguridad del paciente en la historia. Universidad del Valle. Universidad Javeriana - Cali Florence Nightingale (1820-1910).

⁸ Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000300010

- En el año 1999 el artículo *To Err is Human: Building a Safer Health System* del Instituto de Medicina de EE.UU.⁹, marca un antes y un después en la concientización sobre este tema y ha hecho que la investigación sobre seguridad del paciente y las iniciativas para actuar sobre los riesgos evitables, sean una prioridad para todas las autoridades sanitarias. Además del gran impacto causado a profesionales y público en general, este documento refleja la magnitud del problema de seguridad en la asistencia y la enorme repercusión sanitaria y económica que implica: estima por extrapolaciones basadas en la revisión de historiales médicos, que cada año se producen en EE.UU. un millón de efectos adversos cuyas consecuencias serán que entre 44.000 y 98.000 pacientes mueren cada año por errores médicos, cifras que superan la mortalidad de los accidentes de automóvil (43.000 víctimas), cáncer de mama (42.000) o el SIDA (16.000). Aunque algunos pueden considerar estas cifras exageradas, numerosos estudios reflejan la importancia del problema, ofreciendo cifras variables según el tipo de evaluación realizada y el concepto más o menos amplio que se utilice: Zhan y Miller¹⁰ examinaron la incidencia de efectos adversos en 18 hospitales, concluyendo que los efectos adversos pueden ser responsables en EE.UU. de 2.4 millones de días de estancia hospitalaria y 32.000 muertes. Davis et al ¹¹ encontraron 12,9% de efectos adversos durante las hospitalizaciones en Nueva Zelanda.

Las consecuencias y costos de estos eventos adversos (EA) han sido estimados por las diferentes instituciones sanitarias. Y así en el Reino Unido, se ha calculado que el exceso de estancias hospitalarias origina un gasto de 2.000 millones de libras al año, a lo que hay que sumar los 400 millones/año

⁹ Comité de Calidad de la Atención de la Salud en los Estados Unidos, el Instituto de Medicina. *Errar es humano: Construyendo un Sistema de Salud Más Seguro*. 2000.

¹⁰ Zhan C, Miller MR. Excess length of stay, changes, and mortality attributable to medical injuries during hospitalisation. *JAMA* 2003; 290: 1868-74.

¹¹ Davis P, Lay-Yee R, R Briant, Ali W, Scot A, S. Chung eventos adversos en los hospitales públicos de Nueva Zelanda: Presencia e impacto. *NZ J Med* 2002; 115: U271

por indemnizaciones, los 2.400 millones/año por reclamaciones judiciales y los 1000 millones /año que cuestan las infecciones nosocomiales. En EE.UU se calcula que los errores prevenibles son responsables del 12 al 15% de los costes hospitalarios y que se origina un exceso de estancia media en EA prevenibles de 4, 5 días y 4700 dólares. ¹²A estos costos tangibles habría que añadir la pérdida de la confianza, de la seguridad y de la satisfacción de los pacientes y de los proveedores de atención sanitaria.

- En el año 2000 el Departamento de Salud del Reino Unido, en su informe *An organization with a memory*¹³, estimó que se producen eventos adversos en cerca del 10% de las hospitalizaciones, es decir 850.000 eventos al año. En Australia, la tasa de eventos adversos descrita fue del 16,6% entre los pacientes ingresados. Por tanto las frecuencias de efectos adversos en los diferentes estudios se sitúan en torno al 10% de los pacientes que acuden a un hospital, con un rango que varía desde el 4 al 17%.^{14 15}.
- En marzo de 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su 55a Asamblea Mundial informó tasas muy altas de eventos adversos para diferentes países desarrollados que oscilaron entre 3.2% y 16.6% corroborando el gran problema existente en el ámbito mundial. Si se adiciona a las miles de personas que como producto del error no murieron pero que quedaron con una discapacidad transitoria o permanente, el problema toma dimensiones casi epidémicas, por lo cual la OMS lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad Clínica del Paciente¹⁶, en donde se pretendía hacer conciencia de seguridad en los equipos de salud y prestadores de salud, una de sus principales estrategias fue motivar a la práctica de lavado de

¹² Stryer D, Clancy C. Patients' safety. *BMJ* 2005; 330: 553-4

¹³ Department of Health. *An Organization with a memory*. The Stationery Office. London 2000

¹⁴ Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1995; 163: 458-76

¹⁵ Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1995; 163: 458-76

¹⁶ Consultado y referenciado en <http://seguridaddelpacientehsb.blogspot.com/2009/> el 3 de mayo de 2015.

manos como un estrategia económica y efectiva en el ámbito hospitalario previniendo las infecciones asociadas al cuidado.

En Latinoamérica el estudio IBEAS refleja la problemática en países como Colombia, Perú, México, Costa Rica y Argentina en donde de los 3.853 pacientes que fueron estudiados con mayor profundidad, en 1.793 se consideró que no ocurrió ningún suceso de interés, en 306 sólo se detectó un incidente y en 1.754 alguna lesión o complicación. De éstos, en 1.191 se identificó al menos una lesión que fue juzgada por el revisor como más relacionado con la asistencia que con la vulnerabilidad del propio paciente. Por lo que la prevalencia de pacientes con al menos un EA fue de 10,5%.¹⁷ Lo cual es muy parecido a lo mencionado por el departamento de salud del Reino Unido el en año 2000, en donde se reportó un 10% de eventos adversos por hospitalizaciones¹⁸.

Es evidente que se ha producido un enorme incremento en la complejidad y especialización de la asistencia, a la que se han incorporado tecnologías y tratamientos muy avanzados, mientras que ésta no ha sido capaz de incorporar de manera paralela las nuevas tecnologías a los procedimientos de trabajo, los cuales se encuentran completamente desfasados. A todo esto hay que añadir la existencia de una cultura profesional que tiende a ocultar en lugar de favorecer la comunicación abierta de los errores asistenciales y de sus causas.¹⁹ Lo descrito en la literatura es el resultado o la consecuencia del mal manejo que las instituciones de salud han tenido en reaccionar de manera punitiva ante los reportes realizado por el equipo de salud.

¹⁷ Estudio IBEAS, prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Plan de calidad para el sistema nacional de salud. Informes, estudios e investigación. Ministerio de sanidad y política social de españa.2009.

¹⁸ Department of Health. An Organization with a memory. The Stationery Office. London 2000

¹⁹ Lecciones de Seguridad del Paciente: A Primer. L. Zipperer y Cushman S. (editores) National Patient Safety Foundation, Chicago, IL, 2001- Pag 10.

La condición humana está ligada al error en cualquier actividad y el ejercicio práctico de la medicina, no es la excepción. De igual manera, la respuesta primaria del ser humano cuando sucede un error, es buscar al culpable y castigarlo. Con cada caso de daño o muerte de un paciente debido a un error, y que trasciende a la opinión pública, los medios de comunicación, los entes de regulación gubernamental, las familias de los pacientes afectados, el público en general y la institución misma, buscan en algunos casos, culpar a un individuo para aplicarle un castigo ejemplar. Sin embargo, tal acción no asegura que el mismo error no se vaya a repetir, incluso en un futuro cercano en la misma institución. Encontrar culpables, lejos de beneficiar a una organización, le perjudica. La culpa supone un castigo y el mismo genera miedo en las personas, este sentimiento produce la necesidad de ocultar sus errores para no verse perjudicados en lo personal y en lo laboral, con este comportamiento, se pierde la posibilidad de encontrar el error, analizarlo y aprender de él para evitar su repetición; además, por la propia condición humana en la atención en salud, es razonable esperar que ocurran errores.²⁰

Cada ser humano está rodeado de su propio entorno biopsicosocial, lo que afecta la interacción personal en su comportamiento, su habilidad, su concentración, su forma de pensamiento y su respuesta a los procesos patológicos. En el ámbito de la atención en salud quien interactúa, no sólo debe estar atento a su labor y a la relación personal con un solo individuo o con varios a la vez, sino también al funcionamiento adecuado de los demás elementos involucrados como son la tecnología y los equipos, lo cual resulta usualmente difícil de mantener en condición óptima por largo tiempo, favoreciendo la aparición del error. Existen procesos de atención en los que la condición clínica del paciente o la interacción simultánea de muchas personas con el individuo, aumenta la posibilidad de error; tal es el caso de

²⁰ Consultado en <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-errar-es-humano-X1665579611240505>. Marzo de 2016

los pacientes ancianos, inmunosuprimidos, los internados en las unidades de cuidado intensivo, escenario habitual en el Departamento de Medicina Interna.²¹

Es necesario tener en cuenta algunas definiciones que establece el Ministerio de salud en Colombia en el año 2008, cuando crea los lineamientos para la implementación de una Política de Seguridad del Paciente en las instituciones de salud del país, a continuación se describen:

Seguridad del paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.²²

Atención en salud: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

Indicio de atención insegura: Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

Falla de la atención en salud. Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

Riesgo. Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

²¹ <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-errar-es-humano-X1665579611240505> marzo de 2018, referencia a Lecciones de Seguridad del Paciente: A Primer. L. Zipperer y Cushman S. (editores) National Patient Safety Foundation, Chicago, IL, 2001. Pág. 14

²² Las definiciones mencionadas en este texto son tomadas del documento “Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente” del Ministerio de la protección social de la Republica de Colombia; Junio 2008. Pág. 14-16

Evento adverso. Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenible.²³

Evento adverso prevenible. Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Evento adverso no prevenible. Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

Incidente. Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

Complicación. Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

Violación de la seguridad de la atención en salud. Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

Barrera de seguridad. Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

Sistema de gestión del evento adverso. Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

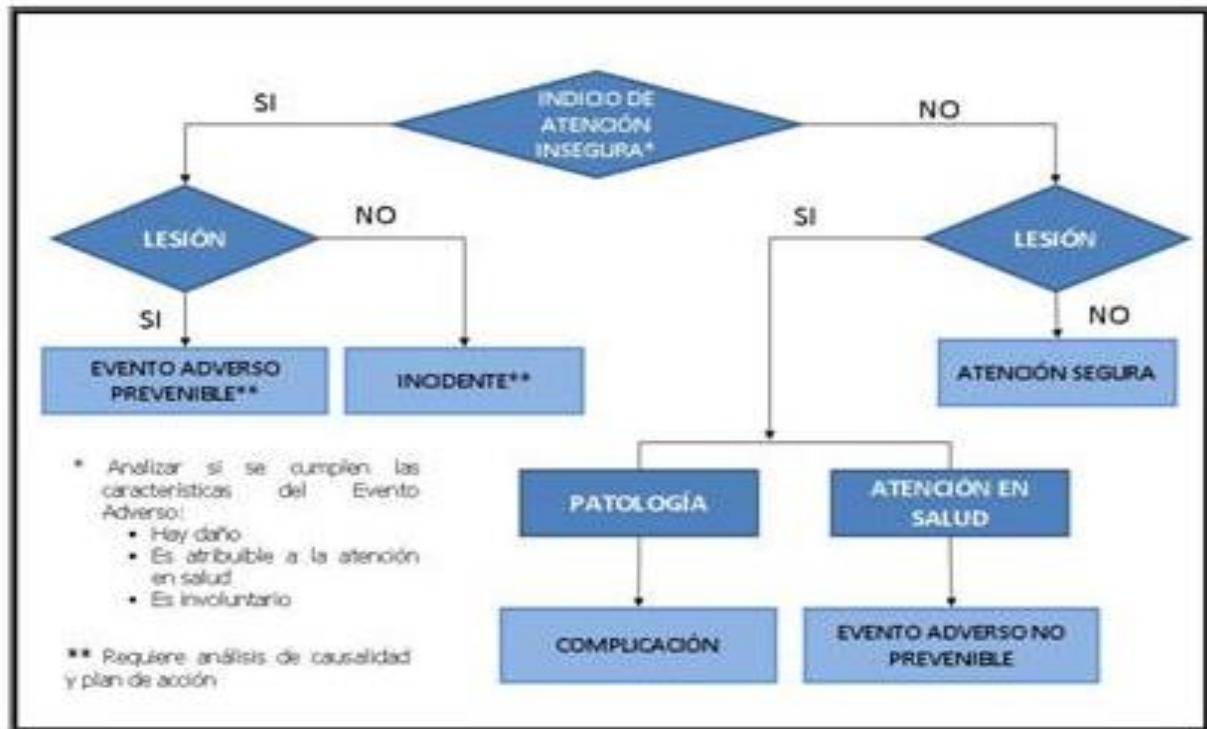
²³ Las definiciones mencionadas en este texto son tomadas del documento “Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente” del Ministerio de la protección social de la Republica de Colombia; Junio 2008. Pág. 14-16

Acciones de reducción de riesgo. Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.²⁴

En el grafico a continuación es el modelo conceptual del Ministerio de salud de Colombia, en el cual se basa la terminología y se incluyen las definiciones utilizadas en la política de seguridad del paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud e Integra la terminología internacional con las especificidades de los requerimientos terminológicos identificados en el país.

Grafica 2. Modelo conceptual y definiciones básicas de la política de seguridad del paciente.

²⁴ Las definiciones mencionadas en este texto son tomadas del documento “Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente” del Ministerio de la protección social de la Republica de Colombia; Junio 2008. Pág. 14-16



Fuente. Ministerio de salud de Colombia. 2008.

Teniendo en cuenta los antecedentes de la seguridad del paciente en el país y en el mundo y la responsabilidad que ello conlleva para las instituciones en salud, pacientes, familias y colaboradores, se propone hacer una breve revisión sobre lo que significa el error médico en la práctica clínica y hacer unas consideraciones desde el punto de vista de la Bioética.

ERROR MÉDICO

Hoy por hoy el error médico se ha convertido en uno de los derroteros más importantes para las instituciones de salud, sin duda alguna en la modernidad este es mucho más evidente y perceptible por los pacientes y sus familiares, quienes al detectarlo toman la decisión de hacer demandable lo observado, por tal motivo es que el error médico se convierte en un aspecto importante para las instituciones de salud y prevenirlo, es una de las principales metas desde el proceso de atención de salud, es también de aclarar cómo se menciona en otro aparte de este documento, que el error médico se denomina así, pero no quiere decir que esta solo destinado

a ver el trabajo médico, este integra el trabajo y las acciones y decisiones del equipo de salud en general.

Para Alvarado y Grettchen “El error médico es cualquier falla ocurrida durante la atención de salud que haya causado algún tipo de daño al paciente, y cuyo origen puede relacionarse con la organización e implementación del servicio, a través de múltiples y complejos mecanismos. Ninguna especialidad médica está exenta de él. Establecer la responsabilidad médica en casos de error diagnóstico es difícil, pues en muchas ocasiones resultan inevitables. No obstante, una vez analizadas sus causas, ya sean estos cognitivas, del sistema de salud o errores sin culpa, es posible instaurar estrategias que tiendan a su reducción. El punto medular en el enfoque del error médico y diagnóstico es que una vez cometido y más aún si se comprueba algún tipo de responsabilidad médica, este debe ser encarado con seriedad y transparencia”.²⁵

Existen muchas definiciones del error médico, a continuación se mencionan algunas de ellas para tener una idea de los conceptos utilizados:

- “Todas aquellas circunstancias que presuntamente generan daño a un paciente durante el curso de la prestación de un servicio de salud”.²⁶
- “El fracaso de aplicar completamente un plan de acción como fue propuesto o también del uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo. Los errores pueden incluir problemas de la práctica, productos, proceder o procedimiento y sistemas”.²⁷
- Para el Instituto de Medicina de los EE.UU. (IOM) el EM “es un evento adverso o cerca de ser producido, que en su mayoría puede ser prevenido, con los actuales conocimientos de las ciencias médicas”.

²⁵ Alvarado A. Grettche F. Errores médicos; ISSN 0001-6002/2009/51/1/16-23; Acta costarricense 2009; Colegio de Médicos y Cirujanos .Pág. 17 Disponible en : <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n1/3941.pdf>

²⁶ El complejo mundo del error médico. Ana María de Brigard Pérez. La columna. 2008

²⁷ IOM. Growing consensus about Medical Error, chapter 1. To Erris Human Report. Institute Of Medicine. Boston Ma EEUU 1999. <http://books.nap.edu/catalog/9728.html>

- “Un error médico es el resultado de un daño no intencional o complicación que es causado por una intervención médica durante el proceso de una enfermedad”.²⁸ Se entiende por intervención médica aquella atención realizada por el personal de salud que tiene acceso autorizado para realizar procedimientos sobre el paciente en un ambiente hospitalario.

Alvarado y Grettchen en su documento “error médico”²⁹. Mencionan la génesis de los errores médicos y su relación con la organización e implementación del servicio:

a) Por exceso de servicio (*overuse*): tratamiento innecesario o que tiene pocas probabilidades de beneficios (por ejemplo: uso de antibióticos en infecciones de probable origen viral).²⁹

b) Por insuficiencia de servicios (*underuse*): no utilizar o demorar un servicio o tratamiento potencialmente adecuado, lo que trae como consecuencia complicaciones, muerte prematura y altos costos (por ejemplo, no dar profilaxis anti influenza a los diabéticos).²⁹

c) Por diagnóstico inapropiado (*misuse*): errores en el diagnóstico, por diferentes diagnósticos que demoran o atrasan una oportuna conducta o tratamiento y causan eventos adversos. Los errores diagnósticos se asocian proporcionalmente a una mayor morbilidad que otros tipos de errores médicos.²⁹

²⁸ Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Resolución A55/13 2002 Marzo pág.1 [citado 2004 Nov 30]. Disponible en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/pdf

²⁹ Alvarado A. Grettche F. Errores médicos; ISSN 0001-6002/2009/51/1/16-23; Acta costarricense 2009; Colegio de Médicos y Cirujanos .Pág. 17 Disponible en : <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n1/3941.pdf>

A nivel hospitalario se ha descrito como evento centinela al "hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirlas a futuro"³⁰

El error puede producirse por tratarse de una circunstancia totalmente incierta de un paciente, por ejemplo, un accidentado que llega a urgencia y hay que reanimarlo sin conocer toda su historia clínica al que se le aplica un medicamento que le produce una alergia. Pero el error puede producirse por una circunstancia totalmente previsible, como puede ser en una situación no urgente administrar el medicamento de otro paciente, operar la extremidad que no es, hacer la cirugía equivocada, hacer una endoscopia que se le había solicitado a otro paciente, en una anestesia general el anestesiólogo inexperto que no hace la entubación por la tráquea sino por el esófago, etc. Unas son prevenibles y otras no.

De acuerdo al Ministerio de la Protección Social el evento adverso se puede clasificar en prevenible y no prevenible. Será prevenible el resultado no deseado asociado al no seguimiento de los estándares establecidos para la atención en **salud**.³¹

PORQUÉ OCURRE EL ERROR.

Frente al ámbito causal del error Alvarado y Gretchen refieren que “existen enfermedades distintas con síndromes similares que hacen probable que el médico se equivoque inicialmente. El error diagnóstico es común cuando hay superposición y similitud de las presentaciones clínicas y radiológicas de dos enfermedades. Es raro en hospitales universitarios, en los cuales los diagnósticos diferenciales son frecuentes y casi siempre el diagnóstico es confirmado antes del tratamiento. Es

³⁰ Joint Commission International Center for Patient Safety | <http://www.jcipatientsafety.org/WHO>. Consultado el 14 de marzo de 2015.

³¹ En el documento “Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente” del Ministerio de la protección social de la Republica de Colombia; Junio 2008. Pág. 15

más común en unidades básicas en las cuales la presentación clínica y radiológica no permite hacer un diagnóstico diferencial claro. En algunos casos, en ciertos pacientes, por motivos inexplicables la enfermedad evoluciona rápidamente y el médico no dispone de tiempo para llegar al diagnóstico exacto y emplear tratamiento adecuado, de ahí que la corta estadía hospitalaria es otro elemento que incrementa el error a causa del tiempo insuficiente para hacer el diagnóstico.”³²

Los errores se pueden abordar bajo dos puntos de vista: de personas y de sistemas.³³

- En el personal se carga toda la culpa sobre el individuo en primera línea (cirujanos, anestesistas, pilotos, controladores...), que es quien lleva a cabo la acción dañina debido a su distracción, temeridad o negligencia. Esta aproximación es desgraciadamente común en Medicina: se tratan los errores casi como problemas morales, asumiendo que las cosas malas les ocurren a los malos profesionales (“*algo habrá hecho*”), y separando los actos peligrosos de su contexto. Además, culpar a un individuo puntual resulta más satisfactorio (personal y económicamente) que hacerlo con una institución u otros factores.³³
- Por otra parte tenemos el enfoque de sistemas, que asume la falibilidad del humano y la inevitabilidad de los errores (que son casi más consecuencias que causas), por lo que deberemos instaurar barreras y salvaguardas.³³

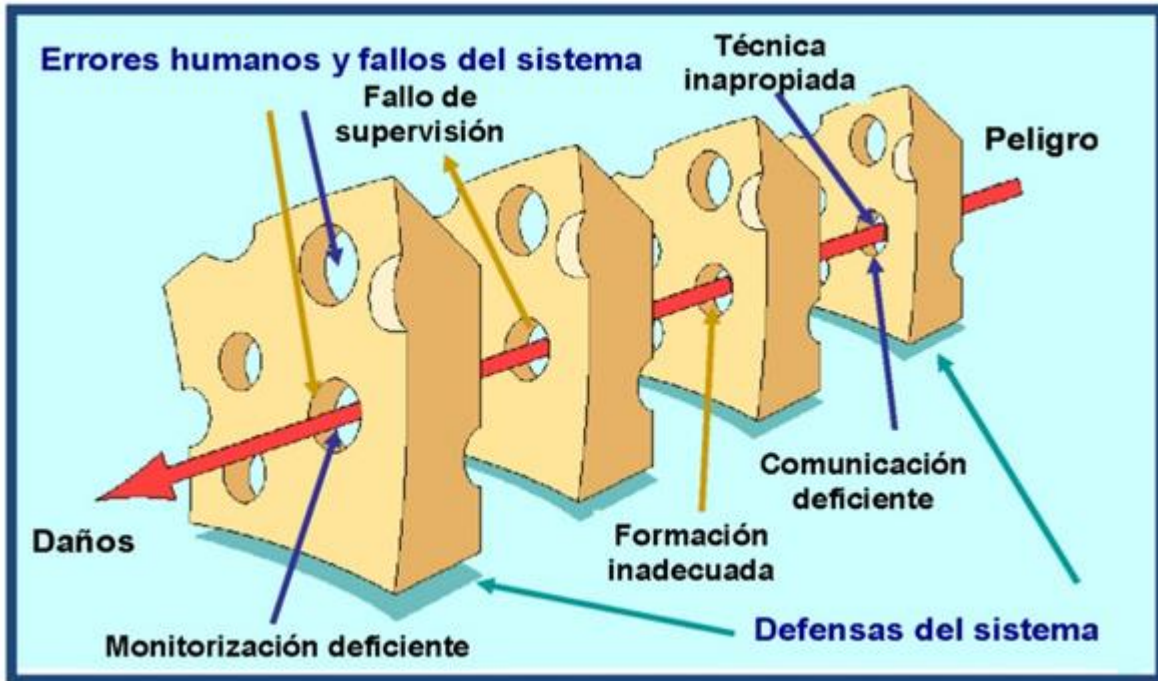
Para explicar esto con claridad, el psicólogo James Reason propuso en 1990 el modelo del queso suizo. En este modelo, cada sistema tiene distintas barreras que separan la exposición del desenlace, los riesgos de las pérdidas. Sin embargo, cada barrera tiene fallos, “agujeros” (como si fuesen lonchas de queso

³² Alvarado A.Grettche F. Errores médicos; ISSN 0001-6002/2009/51/1/16-23; Acta costarricense 2009; Colegio de Médicos y Cirujanos .Pág. 17 Disponible en : <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n1/3941.pdf>

³³ Consultado en <http://perarduaadastra.eu/2010/05/error-humano-y-quesos-suizos/> 30 de septiembre de 2015.

Emmental), cuya posición varía aleatoriamente, de modo que el accidente ocurre cuando se alinean estos agujeros:³⁴

Grafica 3. Representación del error con el queso suizo.



Fuente: Tomado del curso de formación sobre seguridad del paciente (Bacteriemia cero)

El problema no es que aparezca una falla en el sistema, sino que concurren varias a la vez. El accidente del Spanair 5022 no ocurrió sólo porque se sobrecalentase la sonda del medidor de temperatura, el mecánico quitase el fusible correspondiente, ese fusible alimentase un dispositivo de alarma, el piloto olvidase poner los flaps o la checklist no se completase; *cada uno* de estos elementos por separado eran causas necesarias pero no suficientes. Fue al juntarse todos cuando ocurrió la tragedia.³⁵

Estos “agujeros en el queso” pueden ser de dos tipos: fallos activos, que son los cometidos por personas en contacto directo con el sistema, y que generalmente tienen un impacto de duración muy breve, y las condiciones latentes, que son problemas residentes (y generalmente ocultos) en el sistema, propios de su diseño.

³⁴ Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000 Mar 18; 320(7237):768-70.

En el caso del Spanair, el fallo activo fue el olvido de desplegar los flaps (una omisión de un individuo que sólo tenía repercusiones en ese momento concreto), y la condición latente fue el diseño del sistema eléctrico (una característica del avión que invalidaba un dispositivo de seguridad). Si nos fuésemos a un quirófano, un fallo activo sería el de la enfermera que carga un medicamento sin comprobar la etiqueta porque hay prisa, y una condición latente es guardar en el mismo cajón propofol del 1% y 2% (o adrenalina 1:1000 y 1:10000).³⁵

Así pues, el modelo del queso suizo de Reason subraya la importancia del sistema en vez del individuo, y de la aleatoriedad en vez de la acción deliberada, siendo actualmente el empleado más a menudo para explicar la génesis de los accidentes.³⁶

Desde los principios de la humanidad el ser humano ha tenido hábitos y rutinas en su diario vivir que le han permitido poder organizarse en sociedad favoreciendo la generación de estrategias para ser previsivos, en el tema de la aeronáutica se puede decir que si “³⁶ tomamos como punto de partida que el hombre ha sido como ser terrestre de hábitos primordialmente diurnos, podemos deducir que si bien constituye la parte más flexible , adaptable y valiosa del sistema aeronáutico, también es el más vulnerable a todo tipo de influencias que pueden afectar su desempeño” siendo el factor humano uno de los aspectos más importantes analizar en el momento de producirse un error, conociendo la historia de la humanidad y de la aeronáutica podríamos decir que en el proceso de atención en una institución de salud, los factores humanos empiezan a tomar mayor relevancia, cuando no solo está relacionado con la atención, sino con las vidas de las que el equipo de salud es responsable en cada uno de los servicios, así mismo, la implicación ética, de

³⁵ Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000 Mar 18; 320(7237):768-70.

³⁶ Instituto politécnico Nacional, escuela superior de ingenieros mecánicos y eléctricos. Propuesta de capacitación para el personal técnico de mantenimiento de una línea aérea en el tema de factor humano, ahedo flores et all. 2012

asistencia y legal que tiene el adecuado proceso de atención de los pacientes desde el contacto inicial hasta su egreso y seguimiento.³⁷

Existen diferentes causas para que el error se presente, y así mismo existen diferentes formas de poder identificar las causas del por qué estos errores se manifiestan y como se mencionaba en el párrafo anterior, esto necesariamente está ligado a la relación de la persona y su ambiente y de que tan complejo es el ámbito asistencial, por ello es necesario, que los líderes de las instituciones en salud y sus colaboradores tengan en cuenta que el error médico no solamente es privativo del médico, sino que incluye a todos los profesionales, técnicos, trabajadores, la propia institución y el sistema³⁸. También es importante considerar que las fallas además de estar ligado el error humano, la mayoría ha sido el resultado de una mezcla compleja de múltiples factores de los procesos y el sistema.

Leape (2000) plantea que la mayoría de los eventos adversos no son producidos por negligencia, inadecuada atención, educación o entrenamiento, más bien ocurren en los servicios de salud debido al diseño del sistema o factores de organización, mucho más frecuentes que en otros sectores y afirma que las evidencias son aplastantes en reconocer que el error médico se debe a múltiples factores y raramente a falta de cuidado o de un solo individuo³⁹.

Muchos de los aspectos trabajados en la seguridad del paciente son adaptados de la industria aeronáutica, esta industria tuvo que implementar múltiples estrategias para evitar accidentes aéreos y convertirse en una de las actividades más seguras del mundo y hoy por hoy son aplicadas a la seguridad de los pacientes y en los servicios de calidad de las instituciones.

³⁷ Instituto politécnico Nacional, escuela superior de ingenieros mecánicos y eléctricos. Propuesta de capacitación para el personal técnico de mantenimiento de una línea aérea en el tema de factor humano, ahedo flores et all. 2012

³⁸ Martínez H, Borroto R, Iglesia M. Iatrogenia y error médico. Temas de ética médica. La Habana: Instituto de Ciencias Médicas 1986. p. 51-72.

³⁹ Facultad de ciencias médicas. Manuel fajardo". calidad de la atención de salud. error médico y seguridad del paciente. Benito Narey ramos Domínguez. Revista cubana salud pública 2005;31(3):239-44

Es por esto, que debido a los numerosos incidentes y accidentes atribuidos a la falta de mantenimiento ocurridos entre finales de 1980 y principios de 1990, Transport Canadá identificó 12 factores que afectan al personal de mantenimiento, y que degradan notablemente sus habilidades para llevar a cabo labores de manera efectiva y segura, y que se les ha denominado la “Docena Sucia” (Dirty Dozen).⁴⁰ En el contexto colombiano el Icontec adapta este modelo a la atención en salud el cual se conoce como la “docena perversa”⁴¹

A continuación se describe cada uno de los componentes de la docena sucia o perversa, favoreciendo la ejemplificación de cada uno de ellos aplicado al proceso de salud, inicialmente definiendo la importancia de cada uno de los criterios de manera concisa y de acuerdo a las recomendaciones dadas por la Federal Aviation Administration (FAA):

ASPECTOS QUE INTEGRAN LA DOCENA SUCIA O PERVERSA

1. La falta de comunicación

La comunicación según la real academia de la lengua española “ es hacer a otro partícipe de lo que uno tiene; la etimología proviene del latín *communicare*, “ intercambiar, compartir, poner en común”, a su vez del latín antiguo *comoinis* y éste del indoeuropeo *komoin-i* “ común, público”; que deriva de *Ko* “ juntamente” + *moi-n* “ intercambio de servicios” es un proceso dinámico dentro de un equipo de trabajo y más aún si el equipo de trabajo de salud tiene una relación directa en el proceso de atención de los pacientes que asisten a las instituciones de salud, según la Organización Mundial de La Salud la define como “ la comunicación para la salud está dirigida a mejorar el estado de la salud de los individuos y las poblaciones.

⁴⁰ Factores humanos en mantenimiento aeronáutico I y II. <http://www.hispaviacion.es/factores-humanos-en-mantenimiento-aeronautico-ii/>. Tomado el 10 de septiembre de 2015. Todas las definiciones de la “docena sucia” son adaptadas de esta referencia.

⁴¹ Gracia. O. Factores humanos en la seguridad del paciente

Buena parte de la cultura moderna se trasmite a través de los medios informativos y multimedia”.⁴²

Con la comunicación se pone la salud en la agenda pública, se refuerza los mensajes sanitarios, se estimula a las personas para que busquen más información, y se fomentan estilos de vida saludable, luego el primer aspecto que se presenta frente al error humano están relacionados a la comunicación.

Esta es un aspecto fundamental para el equipo de trabajo el no tener una comunicación efectiva al interior, puede favorecer la generación del error, la comunicación no solo es aquella que se da de forma verbal, también hace parte la escrita, no verbal, siendo fundamentales en el proceso de atención y en la comunicaciones entre el equipo de salud, paciente y familia.

Según Vitolo “Los cortocircuitos en la comunicación entre los profesionales de la salud y entre ellos y sus pacientes afectan seriamente la seguridad de la atención y son una de las principales causas de juicios por responsabilidad profesional. Este problema se identifica como un factor importante en la mayoría de los reclamos originados en instituciones en general y en las áreas de alto riesgo en particular, como cirugía, obstetricia y terapia intensiva”.⁴³

De acuerdo con la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud de los Estados Unidos, el quiebre en la comunicación es mencionado en más del 70% de los eventos centinela (daños graves a los pacientes) reportados, superando a otros factores de riesgo tales como la pobre capacitación técnica de los agentes de salud, la insuficiente evaluación del paciente y la falta del personal necesario para cumplir la tarea.^{44 45}

⁴² Organización Mundial de la salud, Glosario. Ginebra. World Health Organization 1998

⁴³ Problemas de comunicación en el equipo de salud. Fabián Vitolo, instituto técnico para la acreditación de establecimientos de salud.

⁴⁴ Joint Commission International. Robert Wood Johnson Foundation. (online). Disponible en Internet: www.jointcommissioninternational.org

⁴⁵ Consultado en <https://es.toluna.com/opinions/1932095/El-Cdigo-de-Hammurabi-y-la-Ley-del-Talin> 22 de septiembre de 2012. (1)

La capacidad para transmitir información a otros prestadores y a los pacientes y sus familias es fundamental para brindar una atención segura y de calidad. Sin embargo, la complejidad actual de la provisión de servicios puede complicar el proceso de comunicación y dificultar el intercambio de información necesario para evitar errores que terminan dañando al paciente.⁴⁶

Las brechas en la comunicación durante el proceso de atención pueden darse de diferentes formas. La misma puede fallar durante los traslados de pacientes a otros servicios, cuando se transfieren responsabilidades entre los actores, como sucede en los cambios de turno o cuando el paciente es dado de alta. También puede haber cortocircuitos en la comunicación dentro del equipo que está atendiendo a un mismo paciente (ej: en quirófano, entre el médico tratante y el interconsultante y/o entre el médico y el propio paciente. A veces, estos “lapsus” de comunicación involucran a las familias en el proceso de atención.⁴⁷

La comunicación es básicamente la forma de conectarse unos con otros. La mala comunicación, o ausencia total de esta, favorece que haya una pérdida del saber y sentir de lo que pasa alrededor y principalmente con el paciente. Se requiere ejemplificar diferentes errores de comunicación que se detectan en el día a día de las instituciones de salud y de la relación terapéutica entre el médico y el paciente:

- El momento de una reanimación el medico ordena 1mg de un medicamento y la enfermera entiende 1gr.
- El momento en el que el especialista ordena verbalmente a su paciente el medicamento cada 12 horas y posteriormente en su fórmula prescribe el medicamento cada 8 horas.
- Cuando se realiza la lectura de un examen radiológico de una extremidad específica y el reporte se hace de la extremidad contraria.

⁴⁶ Problemas de comunicación en el equipo de salud. Fabían Vitolo, instituto técnico para la acreditación de establecimientos de salud.

⁴⁷ Ídem 47

- Cuando el paciente llega a la consulta y el especialista no permite que este le comente los antecedentes y se guía solo de lo observando en su consulta sin contar con el contexto del paciente, generando un error de comunicación frente al diagnóstico certero y el tratamiento adecuado del paciente.
- Cuando se le explica de forma errada al paciente el uso de un medicamento y se genera un error en la administración el mismo.

Por este tipo de sucesos y muchos más, es que las instituciones de salud y los grupos de calidad y aquellos que están destinados al cuidado de los pacientes, deben generar estrategias de comunicación que favorezcan el adecuado proceso de información de un lado y del otro, a fin de poder tener resultados positivos y previsivos frente al tratamiento y la atención de los pacientes.

2. Falta de trabajo en equipo

El trabajo en equipo es fundamental para el personal de salud y para cada uno de los servicios de las instituciones de salud, para Benjamín Viel “El trabajo en equipo es un método de trabajo colectivo “coordinado” en el que los participantes intercambian sus experiencias, respetan sus roles y funciones, para lograr sus objetivos comunes al realizar una tarea conjunta”.⁴⁸

El trabajo en equipo se ha descrito en muchos artículos y está presente en todas las normatividades y exigencias del personal de salud cuando trabajan en las instituciones, sin embargo este depende más de las actitudes personales de los que integran el grupo, ya que cada uno de ellos es responsable de sus acciones y solo si cada uno de ellos logra cumplir con sus tareas asignadas, se puede establecer la confianza y la salud de la personas cuidadas, logrando resultados frente al proceso de salud enfermedad y cuidado tanto del paciente como de la familia.

La carencia de trabajo en equipo en general, favorece al error de carácter individual pero con una repuesta grupal, que quiere decir esto, que cuando una persona comete un error, afecta a todo un equipo de trabajo, y más cuando este error no es

⁴⁸ Viel, Benjamin. En: Gnecco G. MINSAL. 2004.

aceptado, sin duda alguna como se mencionaba anteriormente esto es mas de actitud de la personas, quienes al no ser parte real del equipo, pueden poner en riesgo su trabajo, porque no basta lograr que desaparezcan o sean removidos.

A pesar de las mayores capacidades, los seres humanos no son totalmente independientes, los seres humanos son interdependientes, dependen recíprocamente unos de otros. En la medida que se acepta esta situación se tendrá la capacidad de beneficiarse de las ventajas que ofrece apoyarse en otras personas.

Se debe asegurar que estén siempre abiertas y con buena disposición las líneas de comunicación entre el personal, se deben asignar deberes y responsabilidades específicas, cuando un trabajo requiera la participación de más de una persona y siempre se debe tener en mente la seguridad de los compañeros de trabajo.

Un mal trabajo en equipo favorece la aparición de situaciones indeseadas que pueden generar un daño al paciente que marca su estado de salud como primera víctima, pero también a la segunda víctima, que es el equipo de salud.

Aplicar un modelo de trabajo no es nada fácil, se busca que fluya en las organizaciones siendo esto algo mucho más complejo y así lo refiere Bautista Martín “Una de las dificultades iniciales es la pretensión de que el modelo surja de forma “natural” en la vida de las organizaciones. Nada está más lejos de la realidad. El trabajo en equipo es el resultado de un largo proceso, de la consecuencia de un trabajo duro, siempre frágil, con avances y retrocesos, que requiere solidez en el manejo de determinados valores, conocimientos sobre el funcionamiento de los grupos humanos y entrenamiento en el desarrollo de habilidades de cooperación”⁴⁹.

Otra dificultad consiste en considerar que este modelo se puede aplicar sin dificultad en las actuales instituciones. “En las organizaciones tradicionales todo está claro, el trabajo se divide primero en funciones, la clave del logro del resultado es la persona y su trabajo, este modo de organización está sólidamente arraigado ya que ha

⁴⁹ Máster de administración y gestión en cuidados de enfermería escuela universitaria de enfermería santa madrona. de la fundació “la caixa” enfermería: ¿trabaja en equipo? autores: Bautista Martín, encarnación. devesa pradells, ana. guitart aparicio, mónica. palma bocanegra, miguel ángel. pérez hinarejos, montserrat.

permitido, y así se ha demostrado a lo largo del tiempo, gestionar eficazmente la complejidad de los procesos y obtener buenos resultados en un momento histórico dado”.⁵⁰

3. Falta de Asertividad

La asertividad es la habilidad personal que nos permite expresar directamente los propios sentimientos, opiniones y pensamientos y defender nuestros derechos, en el momento oportuno, de la forma adecuada sin negar ni desconsiderar los sentimientos, opiniones, pensamientos y derechos de los demás⁵¹.

El término asertividad no forma parte del diccionario de la Real Academia Española (RAE). Sí, en cambio, aparece el adjetivo asertivo como sinónimo de afirmativo. El concepto de asertividad, de todos modos, se emplea en referencia a una estrategia comunicativa que se ubica en el medio de dos conductas que resultan opuestas y que son la pasividad y la agresividad. La real academia de la lengua española menciona: “Los expertos en comunicación asocian la asertividad a la madurez. La persona asertiva logra establecer un vínculo comunicativo sin agredir a su interlocutor, pero tampoco sin quedar sometido a su voluntad. Por lo tanto, puede comunicar sus pensamientos e intenciones y defender sus intereses.”⁵²

La asertividad tiene que ver con factores emocionales e intrínsecos de la personalidad. Las personas con buena autoestima, por ejemplo, tienen una mayor facilidad para resultar asertivas⁵³.

El ser asertivo es una habilidad que engrandece y favorece la parte personal y laboral de la persona, lograr ténela, es poder alcanzar las metas u objetivos trazados en cualquier momento de la vida, pero sin duda alguna, tanto los

⁵⁰ Instituto politécnico Nacional, escuela superior de ingenieros mecánicos y eléctricos. Propuesta de capacitación para el personal técnico de mantenimiento de una línea aérea en el tema de factor humano, ahedo flores et all. 2012

⁵¹ Consultado en http://csintranet.org/competenciaslaborales/index.php?option=com_content&view=article&id=162:asertividad&catid=55:competencias 30 de septiembre de 2015.

⁵² Consultado en <https://definicion.de/asertividad/> Mayo de 2018

⁵³ Ídem 52

resultados como la habilidad de ser asertivo depende de la interacción con los demás.

Es así como también el ser asertivo logra favorecer el crecimiento personal, la madurez laboral, el respeto, la seguridad y la independencia de la personas en cualquier situación de la vida, esto se ve reflejado en la literatura en la que refieren “logra desarrollar la asertividad, refuerza su imagen positiva a nivel social, mejora la confianza en sus habilidades expresivas, obtiene una mayor satisfacción emocional y logra alcanzar las metas que se propone desde la comunicación. Al no someterse ni agredir al interlocutor, el equilibrio alcanzado le permite, en definitiva, comunicarse mejor y sacar provecho de ese tipo de vínculo. No sólo mostrará su respeto por el otro, sino que también logrará ser respetado y se podrá conducir de manera independiente”.⁵⁴

El no ser asertivos y al no informar que algo se está haciendo mal una vez que se ha detectado, puede resultar en algo catastrófico, y podría hasta hacer al equipo de salud cómplices o corresponsables.⁵⁵ La persona que no es asertiva pierde la capacidad de percibir el peligro, de evidenciar que las cosas no están bien y pierde el norte al no dejar que su equipo de trabajo logre ayudar a realizar críticas constructivas de la situación.

4. Falta de Conocimiento

La persona por naturaleza al paso de los años amplía su conocimiento y lo va construyendo, como también en algunas ocasiones profundiza en algún tema en particular para convertirse en experto, sin duda alguna en cada situación o actividad que se vive en el día a día se debe contar con personas idóneas para resolver, desarrollar y dirigir situaciones específicas e inesperadas, de allí la importancia de la actualización permanente del conocimiento, si esto no se da, el riesgo de cometer errores es mayor y probablemente fatal .

⁵⁴ Consultado en <https://definicion.de/asertividad/> Enero 10 de 2018

⁵⁵ Ídem 54

En la literatura podemos ver diferentes significados de conocimiento, en un enlace en particular nos dejan ver los diferentes conceptos sobre esta palabra: “El conocimiento es el acto o efecto de conocer. Es la capacidad del hombre para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. El término conocimiento indica un conjunto de datos o noticias que se tiene de una materia o ciencia. Así mismo, conocimiento hace referencia a una persona con la que se tiene relación o trato pero sin llegar a tener una amistad.”⁵⁶

El conocimiento se origina a través de la percepción sensorial, luego al entendimiento y finaliza en la razón. La metodología de generar conocimiento tiene dos etapas: la investigación básica, etapa donde se observa la teoría y, la investigación aplicada, etapa donde se aplica la información.⁵⁷

El conocimiento puede ser "**a priori**" cuando no necesita de la experiencia solo le basta la razón para llegar a un conocimiento y "**a posteriori**" cuando necesita de la experiencia para llegar a un conocimiento válido.⁵⁸ A pesar de todos los esfuerzos por mantenerse actualizados, se debe ser conscientes y humildes a la hora de encarar un trabajo en el que no se está totalmente seguros de saber resolverlo.⁵⁹

Se debe asegurar que en las instituciones de salud se cuente con guías y procedimientos actualizados; así como tener en cuenta que, si no se tiene el conocimiento para efectuar un procedimiento, dictaminar un diagnóstico o tomar una decisión respecto al estado de salud de un paciente, la mejor opción siempre será pedir ayuda a alguien con los conocimientos y experiencia adecuados.

Muchos de los errores médicos se dan cuando el responsable de un procedimiento a pesar de no conocerlo, decide por simple orgullo practicarlos, únicamente con la finalidad de demostrar que todo lo puede.

⁵⁶ Consultado en <https://www.significados.com/conocimiento/> Enero 10 de 2018

⁵⁷ Consultado en <https://www.significados.com/conocimiento/> Enero 10 de 2018

⁵⁸ Ídem 57

⁵⁹ Consultado en Febrero de 2018 <https://www.aviacol.net/interes-general/factores-humanos-en-mantenimiento-aeronautico.html>

5. Falta de Recursos

Este punto es clave empezar por la definición de recursos entendidos como “Los distintos medios o ayuda que se utiliza para conseguir un fin o satisfacer una necesidad. También, se puede entender como un conjunto de elementos disponibles para resolver una necesidad o llevar a cabo una empresa el término recurso es de origen latín *recursus*”.⁶⁰

En las instituciones de salud se podría hablar de diferentes recursos, entre los que encontramos el recurso humano, el tecnológico, el económico, y muchos otros más; sin duda alguna los tres recursos mencionados son indispensables para las empresas de salud y la falta de ellos derivan en errores médicos, ya que en estos recursos se determinan los medios para obtener algún fin en el proceso de atención de los pacientes, siendo esta una de las mayores problemáticas a nivel institucional.

Frente al recurso humano se puede decir que este es uno de los más importantes para las instituciones, un estudio referente al recurso humano informa que “El mundo enfrenta una crisis de recursos humanos en salud, la cual afecta particularmente a países en vías de desarrollo. “ De acuerdo al Informe sobre la salud en el mundo del 2006, existe un grupo de 57 países, la mayoría de ellos africanos, con deficiencias críticas en la cantidad de personal de salud. El Perú posee el triste privilegio de ser el único país sudamericano considerado en este grupo. La salud, pese a ser un derecho fundamental desde el punto de vista constitucional, es todavía un logro difícil de cristalizar para nuestra población. Y, en contraste con el crecimiento económico evidenciado en nuestro país en las últimas décadas, aún somos testigos de una gran carga de enfermedad ligada con la pobreza y condiciones sanitarias no justificables”⁶¹.

⁶⁰ Consultado en <http://www.significados.com/recursos/> el 3 de octubre de 2015.

⁶¹ SOTO, Alonso. Recursos Humanos en Salud. Rev. Perú. med. exp. salud pública [online]. 2011, vol.28, n.2 [citado 2018-05-09], pp.173-174. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000200001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1726-4634.

Si bien es cierto que la infraestructura, disponibilidad de insumos y accesibilidad a los servicios de salud y fármacos son componentes fundamentales para brindar una atención sanitaria adecuada, el recurso humano en salud sigue siendo un elemento de extraordinaria importancia para garantizar una atención de calidad. Lamentablemente, este ha sido un aspecto generalmente poco considerado. Los salarios insuficientes, las condiciones laborales inapropiadas, la falta de acceso a la información, corrupción y la falta de reconocimiento, son factores que inciden en la motivación de muchos trabajadores. Esta preocupante realidad es abordada como eje temático de este número de la RPMESP”.⁶²

El recurso tecnológico implica tener un conocimiento de todo lo nuevo que surge en el mercado para la atención, frente al tratamiento y tecnología para diagnosticar, sin embargo, el ministerio de la salud de Colombia refiere “El concepto y alcance de tecnología en salud (o tecnología sanitaria) es inicialmente difuso. Muchos documentos técnicos y artículos científicos se han escrito sobre esta materia tratando de delimitar su definición y por ende su enfoque y alcance en cuanto al mejoramiento del estado de salud de las poblaciones. Al igual que en las revoluciones de la salud pública descritas por Milton Terris, cuando se habla de tecnologías en salud cada vez se hace menos referencia exclusiva a tecnologías curativas o de alto costo y, progresivamente se incluyen aquellas tecnologías con ámbitos administrativos, sociales, medioambientales y preventivos. Los estudiosos de las políticas en salud han entonces encontrado la importancia de la comprensión de la real dimensión de las tecnologías en salud en la emisión de estas políticas y en su impacto sobre los sistemas de salud.”⁶³

⁶² Formato Documento Electrónico (ISO) SOTO, Alonso. Recursos Humanos en Salud. Rev. Perú. med. exp. salud pública [online]. 2011, vol.28, n.2 [citado 2015-10-31], pp. 173-174. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000200001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1726-4634.

⁶³ Consulado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Evaluaci%C3%B3n%20de%20Tecnologias%20en%20Salud.pdf> el 30 de octubre de 2015

En los ambientes hospitalarios la seguridad en el proceso de atención no debe ser comprometida, si la institución no cuenta con los recursos se debe evaluar si se debe continuar o no con el proceso, así esto genere un retraso en la atención.

La falta de recursos en las instituciones hace que el personal improvise para poder brindar la atención. Ejemplo, si un equipo biomédico falla no es poco usual encontrar que ha sido reparado con esparadrapo, poniendo así en riesgo la seguridad no solo del paciente sino también del equipo de salud.

6. Falta de Conciencia

Las personas por medio de la conciencia tienen un conocimiento de sí mismo y del entorno en el que se encuentran, permitiéndole generar alertas a los peligros y actuar de forma objetiva para dar una respuesta positiva o negativa.

La conciencia (del latín *conscientia* 'conocimiento compartido', pero diferente de consciencia, ser conscientes de ello) se define, en términos generales, como el conocimiento que un ser tiene de sí mismo y de su entorno, pero también se refiere a la moral o bien a la recepción normal de los estímulos del interior y el exterior. *Conscientia* significa, literalmente, «con conocimiento» (del latín *cum scientia*).⁶⁴

Este proceso, aunque resulta sumamente sencillo a simple vista, es el resultado de varios fenómenos psíquicos que tienen lugar en la mente de los individuos a cada instante sin que él tenga total noción de ello. Para resumirlo, este proceso consiste en percibir el entorno a través de los sentidos y analizarlo con la información que se tiene (las cuales fueron desarrolladas a partir de las experiencias con las que el individuo haya tenido que enfrentarse), la memoria.⁶⁵

Si la conciencia de un individuo funciona del modo “adecuado”, las valoraciones que éste hará sobre su realidad serán claras y le permitirán llevar una vida estable; si

⁶⁴ Consultado en <http://espirituyhumanidad.blogspot.com/2012/05/consciencia-y-conciencia.html> el 10 DE Mayo de 2016.

⁶⁵ Consultado en <https://definicion.de/conciencia/> el 30 de Junio de 2016

por el contrario, dado que ha padecido determinadas situaciones traumáticas, puede que su manera de entender en entorno no sea lúcida y, por ende, tome decisiones que causarán desajustes en su entorno.⁶⁶

La conciencia es susceptible a factores físicos y psicológicos a los que se ve enfrentada la persona ante una situación en particular, así mismo se puede alterar como en el caso de las personas que consumen sustancias psicoactivas, alcohol o cursan con enfermedades psicológicas y psiquiátricas generando cambios en la realidad de la persona y afectando su actuar.

Después que se ha completado una misma tarea en múltiples ocasiones, el ser humano tiende a desarrollar una falta de conciencia de su entorno (conciencia situacional). Se deja de lado el sentido común, y estar vigilante de todos los detalles y deja de ser importante en virtud de que se ha hecho tantas veces que “nada malo podría ocurrir, porque no ha ocurrido antes”.⁶⁷

A pesar de ser muy competente en una tarea, siempre se debe solicitar la revisión del trabajo por parte de algún compañero o por un supervisor, igualmente, colaborar con la verificación del trabajo de los compañeros.

7. Complacencia o exceso de confianza

Según la real academia de la lengua “la confianza es la seguridad o esperanza firme que alguien tiene de otro individuo o de algo. También se trata de la presunción de uno mismo y del ánimo o vigor para obrar”.⁶⁸

Las personas tienden a ser sobre confiadas luego de haber realizado una tarea de manera repetitiva o haberla hecho muchas veces. Esto los hace llegar a pensar en que no pasará nada malo, porque antes no ha pasado. Este pensamiento puede

⁶⁶ Ídem 65

⁶⁷ Consultado en <https://www.aviacol.net/interes-general/factores-humanos-en-mantenimiento-aeronautico.html> el 30 Junio de 2016

⁶⁸ Consultado en <http://lema.rae.es/drae2001/srv/search?id=ttlyhpiT7DXX2p26VbYf> el 10 de Mayo de 2016

hacer obviar situaciones de riesgo que pudieran ser evidentes, o puede hacer desviar la atención sobre situaciones potencialmente peligrosas.⁶⁹

Según la literatura los excesos de confianza pueden llevar al error, por tanto siempre las personas deben realizar una doble revisión comúnmente denominado Double-Check, a fin de verificar que el procedimiento se esté haciendo de forma adecuada, sobre todo en pasos críticos de los procesos de atención, como por ejemplo en una transfusión, en la administración de medicamentos de alto riesgo y las pausas quirúrgicas.

8. Fatiga

La fatiga es el cansancio, molestia o degradación del sistema (en este caso, del “sistema – cuerpo humano”), que se origina por trabajos prolongados, muy forzados o que requieren de un esfuerzo particular como puede ser trasnocharse. La fatiga es asociada principalmente al cansancio “físico”. Esto origina una disminución de la atención y del nivel de conciencia.⁷⁰

Las personas pueden fatigarse por diferentes situaciones de tipo fisiológico o psicológico, esta situación no puede tratarse con un descanso normal, aunque se vea mejoría, debe establecerse por parte de un profesional médico un tratamiento que permita el control de la fatiga; así mismo contar con el apoyo del equipo de trabajo y de sus jefes inmediatos para generar acciones que permitan que la persona cambie estilos de vida en su entorno familiar y laboral, a lo largo de la vida nos enfrentamos al agotamiento mental, físico, emocional, visual, auditivo entre otros, los cuales están dados por exceso de una actividad repetitiva en un mismo entorno y en horarios similares o mejor dicho en una vida gobernada por la rutina.

En un artículo escrito por Ibarra en hispaviación refiere que “se debe estar alerta a los síntomas propios de la fatiga, buscando detectarlos tanto en uno mismo como

⁶⁹ Consultado en <http://www.hispaviacion.es/factores-humanos-en-mantenimiento-aeronautico-ii/> 10 de Mayo de 2016

⁷⁰ Consultado en <http://www.hispaviacion.es/factores-humanos-en-mantenimiento-aeronautico-ii/> Julio de 2018

en los compañeros de trabajo. Reusar realizar tareas complejas si se sabe que se está fatigado, comer sanamente, realizar ejercicio y patrones de sueño regulares ayudan a prevenir la fatiga en el “Sistema – Cuerpo Humano”⁷¹

Es muy común en el ambiente hospitalario que los profesionales realicen turnos seguidos en diferentes instituciones excediendo las horas que por norma deben cumplir (8 a 12 horas), pasando desapercibidos por las empresas de salud e incrementando así el riesgo de cometer un error por cansancio y exponiendo la seguridad del paciente y del equipo de trabajo.

9. Estrés

En la actualidad las personas viven en un mundo en donde la dinámica diaria fluye demasiado rápido, se enfrentan a diferentes factores que afectan su tranquilidad y los sacan de su zona de confort, estas alteraciones ambientales, sumado a los problemas físicos y psicológicos, generan respuestas negativas o situaciones problema llegando al stress.

Este concepto proviene del término inglés *stress* y está asociado al estado que se produce a partir de hechos que generan agobio o angustia. Cuando un sujeto recibe demandas que le resultan excesivas, comenzará a sentir ansiedad y a experimentar diversos síntomas.⁷² Otra definición es la referida en el artículo de factores humanos en mantenimiento aeronáutico parte II en donde manifiesta que “el stress es la tensión que origina reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos, provocada por situaciones agobiantes. El estrés es asociado al cansancio “mental”, que muchas veces puede generar aún más fatiga en el cuerpo”.⁷³

⁷¹ Ídem 70

⁷² Consultado en <https://definicion.de/estres/> Mayo 10 de 2016

⁷³ Consultado en <http://www.hispaviacion.es/factores-humanos-en-mantenimiento-aeronautico-ii/> Mayo 10 de 2016

Los factores que pueden producir el estrés se conocen como estresores y son estímulos que, ya sea de forma directa o por una vía indirecta, desestabilizan el equilibrio del organismo que recibe el nombre de homeostasis.⁷⁴

Algo percibido como una amenaza, un cambio en las funciones propias de la fisiología, la obligación de procesar datos e información de manera inmediata, la presión de un grupo y el confinamiento son algunos de los estresores más comunes.⁷⁵

En cuanto a los síntomas generales del estrés, además del estado de ansiedad, se pueden mencionar las dificultades para dormirse y concentrarse, los músculos rígidos, la sensación de no tener aire (ahogo), los problemas para sociabilizar y la irritación casi permanente.⁷⁶

Tomarse un pequeño descanso si la persona se siente estresada, conversar con los compañeros de trabajo y pedirles que se mantengan vigilantes de cualquier situación anormal con respecto a su trabajo, al igual que para la fatiga, el comer sanamente, realizar ejercicio y patrones regulares de sueño y descanso, ayudan a reducir los niveles de estrés.⁷⁷

El estrés ocasiona fallas en el proceso de atención ya que impide la concentración en las actividades a realizar y pone en riesgo a la persona y su entorno, así mismo puede generar errores los cuales pueden afectar de forma directa o indirecta su estilo de vida.

10. Distracción

⁷⁴ Consultado en <https://definicion.de/estres/> Mayo 10 de 2016

⁷⁵ Ídem 74

⁷⁶ Consultado en <https://definicion.de/estres/> Mayo 10 de 2016

⁷⁷ Consultado en <http://www.hispaviacion.es/factores-humanos-en-mantenimiento-aeronautico-ii/> Julio 28 de 2018

Según la Real Academia de la Lengua española la “Distracción es la acción y efecto de distraer”⁷⁸. Este verbo se refiere a entretener, divertir o apartar la atención de alguien de aquello a que la aplicaba o a que debía aplicarla.⁷⁹

Las personas que trabajan en el sector salud específicamente en la asistencia, se ven afectadas con cierto tipo de distracciones que son las generadoras de muchos errores en el proceso de atención de un paciente, por ejemplo: hablar por teléfono o escribir mensajes de texto mientras se administra un medicamento o se hace un procedimiento. Otra situación muy común, es cuando se está realizando una valoración cefalocaudal y por estar pendiente de otras situaciones no se continúa el examen y se obvian lesiones en el paciente.

La distracción, por lo tanto, es algo que atrae la atención de una persona. Cuando alguien se distrae, deja de prestar atención a algo y la deriva hacia el nuevo punto de interés. Hay distracciones buscadas adrede, distracciones inofensivas y distracciones con consecuencias que pueden ser muy peligrosas.⁸⁰

En el primer grupo, podemos mencionar a los juegos o espectáculos que permiten la relajación y el descanso. En este caso, la persona busca, de manera consiente, distraerse para dejar de lado las preocupaciones cotidianas, al menos por un rato. Asistir a una obra de teatro, ver televisión o leer una revista son distracciones habituales.⁸¹

En el conjunto de las distracciones involuntarias, podemos encontrar distintas acciones que no tienen mayores consecuencias. Lavar dos veces un mismo pantalón, dejar el televisor encendido al salir de la casa o no saber dónde está guardada una camisa son distracciones menores. Otras distracciones, en cambio, pueden resultar riesgosas y hasta fatales, como hablar por teléfono mientras se conduce un coche o dejar solo a un bebé en una bañera con agua.⁸²

⁷⁸ Consultado en <http://dle.rae.es/?id=Dz5L2vD> Julio 28 de 2018

⁷⁹ Consultado en <https://definicion.de/distraccion/> Julio 28 de 2018

⁸⁰ Consultado en <https://definicion.de/distraccion/> Julio 28 de 2018

⁸¹ Ídem 80

⁸² Ídem 80

Apartar la atención de la tarea que se está realizando, puede suponer no completar todos los pasos necesarios o no cumplirse el procedimiento tal como está establecido. Si algo ha ocasionado una distracción, una vez que se retome la actividad que estaba haciendo, se debe retroceder todos los pasos para determinar en cuál se quedó. Para este caso es muy útil el uso de una lista de chequeo detallada (Checklist).

11. Presión

La presión, entendida en otros contextos, también puede aludir a una coacción, imposición o apremio dirigida a una persona o un grupo, sin que implique el uso de la fuerza física.⁸³

Sin duda alguna, el trabajo bajo presión es un claro detonante de situaciones erróneas por parte de los trabajadores, bajo rendimiento, problemas físicos y emocionales, como lo manifiesta una publicación del empleo.com en donde refieren “Las presiones de la oficina, la imposibilidad de cumplir objetivos o la sobrecarga de trabajo son situaciones que, mal manejadas, pueden generar en el empleado un desequilibrio físico y emocional: el famoso estrés laboral...Sin embargo, llegar al extremo con actitudes de trabajo muy intensas, origina en el empleado cansancio, pérdida de rendimiento y alteraciones físicas y psicológicas.”⁸⁴

La presión muchas veces es ejercida en un ambiente de injusticia y de mal ejemplo durante el proceso de educación de las personas en su infancia es así como, en relación al ámbito académico, se da una de las grandes contradicciones del ser humano: padres y madres que no han completado sus estudios básicos exigen a sus hijos que sean los mejores de su clase y que cursen una carrera universitaria. Suelen ubicar la obtención de un título al mismo nivel de la decencia, del éxito, del

⁸³ Consultado en <https://definicion.de/presion/> Julio 28 de 2018

⁸⁴ Consultado en <http://www.elemplo.com/co/noticias/consejos-profesionales/trabajar-bajo-presion-una-mala-decision-2562> Mayo 9 de 2018.

correcto aprovechamiento de las facultades mentales; en pocas palabras, se auto describen como personas que han tomado las decisiones equivocadas. En muchos casos, se trata de familias de buen pasar económico, el cual se alcanzó sin una formación superior, lo cual refuerza la invalidez de sus demandas.⁸⁵

En salud el tiempo es particularmente crítico y la presión por tener pacientes, familias y situaciones difíciles para atender, siempre estará presente. El personal en formación asistencial se encuentra expuesto a presión constante, de sus docentes, compañeros de estudio, el paciente y la familia, algunas veces estos son factores desencadenantes para que se tomen decisiones erradas por querer mostrar un conocimiento, experiencia o habilidad con las que aún no se cuentan.

12. Prejuicios o malas costumbres

Las normas son aquellas reglas o criterios que se deben seguir para ajustar la conducta, tareas y actividades a lo que está establecido y a lo que debería ser, por consenso. A pesar de esto, algunas personas establecen sus propias reglas o criterios, que no siempre son las más adecuadas o las más ajustadas a conveniencia.⁸⁶

Esta situación es muy frecuente en las personas que llevan mucho tiempo en la institución y su grado de conocimiento y seguridad en las labores que realizan los pueden llevar a tener malas prácticas, las cuales se van acentuando con el paso del tiempo en el ejercicio de la profesión, siendo evidente al ser personas altamente reactivas y poco flexibles ante los cambios y hacia las personas que intentan mostrar una mejor forma de hacer las cosas.

Asegurarse de que todos siguen los mismos estándares, se debe tener en cuenta que sólo porque parece “normal”, no significa que sea correcto. La forma más fácil

⁸⁵ Consultado en <https://definicion.de/presion/> Julio 28 de 2018

⁸⁶ Consultado en <http://www.hispaviacion.es/factores-humanos-en-mantenimiento-aeronautico-ii/> Julio 28 de 2018

de hacer algo no siempre será la más ajustada a los estándares establecidos, por lo que el camino fácil no siempre será el correcto.⁸⁷

MANEJO DE LOS FACTORES DE RIESGO

Las medidas que se han propuesto para combatir cada uno de los factores lejos de ser perjudiciales para la productividad de la institución vienen a ser salvavidas, literalmente salva-vidas⁸⁸, que puedan evitar que ocurran situaciones de alta peligrosidad que pongan en riesgo la seguridad de los pacientes y de las personas que interactúan en el proceso de atención.

Directivos, Gerentes, Supervisores y empleados, todos los involucrados en el proceso de atención tienen el compromiso de identificar la presencia o ausencia de estos Factores. Resulta utópico pensar que alguno de ellos nunca estará presente o que otros nunca estarán ausentes. Es parte de la vida que esté presentes o ausentes, en proporciones muchas veces perjudiciales para la organización. Pero también resulta parte de la vida, y en especial de un buen sistema administrativo y de gerencia, que se establezcan formas de detectarlos para tomar acciones correctivas que mitiguen sus consecuencias, sobre todo, que originen situaciones peligrosas.⁸⁹

Es de gran importancia para las instituciones de salud, una vez reconocidos los factores de riesgo y su aporte en la ocurrencia de los eventos adversos, lograr dotar o suplir las necesidades o debilidades encontradas a fin de evitar la ocurrencia o sus complicaciones.

Identificar estas ausencias y procurar a través de entrenamiento, charlas, cursos o cualquier otro medio de desarrollo para la organización, que el personal esté alerta

⁸⁷ Ídem 86

⁸⁸ Consultado en <http://www.hispaviacion.es/factores-humanos-en-mantenimiento-aeronautico-ii/> Julio 28 de 2018

⁸⁹ Ídem 88

toda vez que los afecte, permitirá elevar el nivel de rendimiento haciéndolos más conscientes y capaces para realizar su trabajo.⁹⁰

Teniendo en cuenta los factores desencadenantes del error, se puede observar que algunos están ligados al comportamiento del ser humano y otros al sistema. Es importante analizar factores desencadenantes propios del individuo, ya que nos permitirá diferenciar el EM de la mala práctica (MP) y sus variantes como la infracción o imprudencia, negligencia, la mala fe, el abandono, impericia, el abuso, puesto que la conducta a seguir es diferente en cada una.⁹¹

Para Lancís, la mala práctica, implica responsabilidad moral y legal del profesional de salud que, de acuerdo con la esfera jurídica en la que se produce, puede ser penal, civil o administrativa, según esté previsto en la ley o en el código penal⁹².

El término iatrogenia o iatropatogenia, fue utilizado y definido como la producción de un daño en un paciente a partir de la acción del médico, pero hoy día, teniendo en cuenta las modernas concepciones sobre el EM y su multicausalidad, se utiliza más el término evento adverso un evento adverso (EA) se ha definido como el daño o lesiones causadas en el proceso de la atención médica.⁹³

En resumen, en nuestro medio se señala que el EM resulta de una equivocación, siempre que se compruebe haber actuado con sinceridad, buena fe, se cumpla con las reglas del arte y ciencias médicas y haber realizado todo lo que esté al alcance de las condiciones concretas de su medio de trabajo, con el fin de obtener un diagnóstico oportuno y prestar la mejor atención a las personas.⁹⁴

⁹⁰ Ídem 88

⁹¹ Vicente Odio Eladio Francisco. Enfoque pedagógico del error médico. Educ Med Super [Internet]. 2014 Dic [citado 2018 Jul 30]; 28(4): 790-799. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000400017&lng=es.

⁹² Lancís F. La responsabilidad legal del médico. Temas de Ética Médica, ISCM Habana. p. 73-64.

⁹³ Ramos Domínguez Benito Narey. Calidad de la atención de salud: Error médico y seguridad del paciente. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2005 Sep. [citado 2018 Jul 30]; 31(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000300010&lng=es

⁹⁴ Ídem 93

Suele suceder que se eluda la responsabilidad del profesional de la salud cargando la culpa siempre al sistema. El personal de salud, no puede renunciar a las responsabilidades que ha adquirido al tener a cargo la vida de personas. La asistencia clínica siempre estará en el ojo del huracán, siempre se debe rendir cuentas a las organizaciones, pacientes, familias y entes de control, el establecer actos en la cotidianidad que favorezca la atención segura y darse cuenta que se tiene diferentes opciones, asegurando elegir, la que cause mayor beneficio al paciente.

Se entiende que el profesional de la salud tiene una obligación de medios, no de resultados, y esa obligación de medios implica poner toda su ciencia y todo su conocimiento al servicio de su tarea, con el objetivo de mejorar la situación del sujeto implicado. Es decir que una mala praxis se configurará respecto de aquellas acciones que conlleven el incumplimiento de esas obligaciones.⁹⁵

“Tal incumplimiento de las obligaciones puede resultar de un *propósito deliberado* (dolo) o bien, por *negligencia, imprudencia, impericia, o inobservancia de los reglamentos*”⁹⁶, a continuación se realiza una breve descripción de estos términos:

ASPECTOS LEGALES EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Negligencia

En los ambientes hospitalarios el no cumplimiento de los principios que rigen cada una de las profesiones puede considerarse negligencia, así como cuando lo que se debe hacer no se realiza o por el contrario lo que no debe hacer, se hace, pues finalmente esto conlleva de forma directa a cometer errores médicos, generando

⁹⁵ Gabriela Z. Salomone. Prof. Adj. Regular cátedra Psicología, Ética y Derechos Humanos; coordinadora docente Práctica de Investigación: La Psicología en el ámbito jurídico. Reflexiones ético-clínicas a través de un estudio cualitativo de casos. Facultad de Psicología, UBA.

⁹⁶ Ídem 95

daño al paciente y al mismo equipo de salud, por lo tanto se debe considerar las definiciones encontradas en la literatura sobre la negligencia.

“Es la actitud contraria a la diligencia, es sinónimo de abandono, dejadez, desidia, descuido e incuria. Es un acto mediante el cual se viola un deber de atención, cuando se está en capacidad intelectual técnica de preverlo. En el caso de los médicos, la negligencia ha sido el medio para determinar la responsabilidad, generadora frecuente de culpa profesional⁹⁷.

La Corte Suprema de Justicia manifiesta a este respecto: "... el médico tiene el deber de poner todo su cuidado y diligencia siempre que atienda o beneficie a sus pacientes con el fin de aprobar su curación o mejoría; lo que por negligencia, descuido u omisión cause perjuicio en la salud de aquéllos incurre en una conducta ilícita que será calificada por el juez según su magnitud [...]"⁹⁸

La doctrina jurídica "[...] Hay culpa cuando el agente no previó los efectos nocivos de su acto habiendo podido preverlos o cuando a pesar de haberlos previsto, confió imprudentemente en poderlos evitar [...] De lo expuesto se deduce que la capacidad de prever no se relaciona con los conocimientos individuales de cada persona, sino con los conocimientos que son exigidos en el estado actual de la civilización para desempeñar determinados oficios o profesiones [...]"⁹⁹

Se habla de negligencia cuando, a pesar del conocimiento de lo que debe hacerse, no se aplica y por lo tanto se produce un daño. Equivale a descuido u omisión.

La Negligencia también se trata de la "...conducta del profesional cuando, sabiendo y conociendo determinada terapéutica o procedimiento, no pone en práctica con exactitud esa información y pericia y causa un perjuicio al paciente; también, cuando

⁹⁷ Consultado en http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/02-1996-08-Negligencia_en_medicina.html Mayo 9 de 2018

⁹⁸ Guzmán Fernando et al; Negligencia médica Educación y práctica de la medicina, Acta Med Colomb Vol. 21 N° 2 - 1996 cita a Jurisprudencia y Doctrina, Legis, Tomo XVI, 184, p 322. Abril/87, pág. 87

⁹⁹ Gabriela Z. Salomone. Prof. Adj. Regular cátedra Psicología, Ética y Derechos Humanos; coordinadora docente Práctica de Investigación: La Psicología en el ámbito jurídico. Reflexiones ético-clínicas a través de un estudio cualitativo de casos. Facultad de Psicología, UBA.

deja de poner los medios usuales para llevar a cabo aquel patrón de conducta esperado normalmente de un profesional”; o bien, constituye una “actitud displicente que determina un descuido o inadecuada dedicación en la atención de los casos; resulta manifiesta la falta de aplicación a los mismos” . Sintéticamente, podría definirse como *hacer menos de lo que se debería hacer*.¹⁰⁰.

Según Guzmán “La negligencia es consciente cuando conociendo la posibilidad de un resultado dañoso, es decir, previendo que este resultado pueda darse, no se previene, no se toman las precauciones necesarias para que no se produzca, por ejemplo un paciente es programado para un procedimiento quirúrgico y se conoce que tiene alto grado de sangrado y no se reserva con anticipación la cantidad necesaria de sangre para transfundir, durante el procedimiento el paciente empieza a sangrar de manera abundante que lleva al paciente a un shock hipovolémico y por no disponibilidad del hemoderivado el paciente fallece.¹⁰¹

Otras causas de negligencia incluyen: la falta de consentimiento para procedimientos electivos, la garantía de resultados en procedimientos médicos o quirúrgicos, el defectuoso examen clínico, la ignorancia de los resultados de laboratorio y la delegación en personas dependientes no capacitadas, entre muchas otras, entre las cuales puede incluirse el mal uso de principios de confianza. Como se sabe, este principio establece que, dentro del trabajo en equipos, se supone que quienes concurren, asisten, apoyan o proceden el acto médico, poseen la misma idoneidad de aquél que lo ejecuta, Sin embargo, presuponer que la idoneidad es garantía de un acto concurrente, cuando de este acto depende en forma crucial un tratamiento, puede implicar negligencia¹⁰².

¹⁰⁰ Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000 Mar 18; 320(7237):768-70.

¹⁰¹ Guzmán Fernando et al; Negligencia médica Educación y práctica de la medicina Acta Med Colomb Vol. 21 N° 2 - 1996 cita a Jurisprudencia y Doctrina, cita al Corte Suprema de Justicia, Sentencia de junio 2 de 1958, Pág. 87

¹⁰¹ Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000 Mar 18; 320(7237):768-70.

¹⁰² Guzman Fernando et al; Negligencia médica Educación y práctica de la medicina, Acta Médica Colombiana Vol. 21 N° 2 -Marzo-Abril - 1996 Pág. 88

Imprudencia

Según Salome en su artículo de responsabilidad profesional refiere que “la Imprudencia es entendida como falta de tacto, de mesura, de cautela, falta de precaución, de discernimiento y del buen juicio debido por parte del profesional de la salud, lo cual lo lleva a asumir riesgos innecesarios. Es un acto positivo, que se realiza sin contar con todos los elementos requeridos. También podría ser imprudencia el uso de procedimientos o prácticas complejos, inciertos –y al límite de su capacidad y con resultados dudosos”¹⁰³.

Otra definición de imprudencia es la “Actuación sobrevalorando las propias capacidades y sometiendo al paciente a un peligro innecesario por dicho motivo” Como por ejemplo hagamos ese procedimiento solo para resolver el caso, sin tener en cuenta las consecuencias.¹⁰⁴.

La Asociación Argentina de Psiquiatras define a la imprudencia como: “...falta de sensatez para elegir la alternativa terapéutica que resulte más conveniente, con descuido de las precauciones necesarias” Por ejemplo, indicar el egreso de un paciente cuando todavía no está en condiciones de afrontarlo. En suma, podría definirse como *hacer más de lo debido*.¹⁰⁵

Impericia

¹⁰³ Gabriela Z. Salomone. Prof. Adj. Regular cátedra Psicología, Ética y Derechos Humanos; coordinadora docente Práctica de Investigación: La Psicología en el ámbito jurídico. Reflexiones ético-clínicas a través de un estudio cualitativo de casos. Facultad de Psicología, UBA.

¹⁰⁴ Martín María, et al Aspectos éticos y legales sobre la seguridad del paciente, Revista de bioética y derecho. Rev Bio y Der. 2015; Número extra, recopilatorio especial: 146-159

¹⁰⁵ IOM. Growing consensus about Medical Error, chapter 1. To Erris Human Report. Institute Of Medicine. Boston Ma EEUU 1999. <http://books.nap.edu/catalog/9728.html>

“Se refiere al grado de conocimientos y habilidades. Se supone que, por el lugar que ocupamos en una empresa, tenemos una pericia «debida» y también acreditada. Sin embargo, no siempre es así. Reconocer que en determinadas situaciones no se posee con la pericia necesaria (por olvido, por falta de formación adecuada) es un acto de prudencia que evita un error por impericia”¹⁰⁶.

“La Impericia significa la falta o insuficiencia de conocimientos sobre los procedimientos básicos o elementales para la atención de un caso, que se presumen y se consideran adquiridos por la obtención del título profesional y el ejercicio de la profesión. Es un elemento negativo (por ejemplo, equivocarse un diagnóstico y basar el tratamiento sobre ese diagnóstico erróneo). Se define entonces por la falta total o parcial de pericia, entendida como la sabiduría, los conocimientos científicos y técnicos, la experiencia y la habilidad en el ejercicio de la profesión. En suma, se trata de la incompetencia o falta de capacidad y autoridad para resolver según arte.”¹⁰⁷

La inobservancia de los reglamentos / deberes a su cargo o también llamado la violación a normas.

Es un hecho negativo que casi siempre es acompañado por una actitud de indiferencia o de negación respecto de las disposiciones dictadas por una norma o por un reglamento a cumplir. Acontece cuando, existiendo una normativa positiva o una exigencia verbal o escrita ordenada por un superior responsable, o estándares definidos por una organización, el subalterno no le da cumplimiento, generando un resultado indeseable. Desatender la correcta y adecuada confección de la historia

¹⁰⁶ Borrel, F. Ética de la seguridad clínica. Contribuciones desde la práctica médica. Departamento de Ciencias Clínicas. Facultad de Medicina. Universitat de Barcelona. Miembro de la Aliança per a la Seguretat del Pacient. Conselleria de Sanitat. Generalitat de Catalunya. EAP Gavarra. Cornellà de Llobregat. Institut Català de la Salut. Barcelona. España. Pág. 181

¹⁰⁷ Gabriela Z. Salomone. Prof. Adj. Regular cátedra Psicología, Ética y Derechos Humanos; coordinadora docente Práctica de Investigación: La Psicología en el ámbito jurídico. Reflexiones ético-clínicas a través de un estudio cualitativo de casos. Facultad de Psicología, UBA.

clínica o no implementar la solicitud del consentimiento informado constituyen algunos ejemplos de inobservancia de los reglamentos.¹⁰⁸

ÉTICA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La ética como aquella ciencia que estudia la moral y cuyas funciones están dadas en el proceso de describir, explicar y enseñar la moral, y junto con la seguridad del paciente, que busca establecer barreras que minimicen los riesgos en el proceso de atención de los pacientes, se conjugan para determinar la ética de la seguridad, a fin de minimizar todas las fallas a las que pueden estar expuestos los pacientes en las instituciones de salud.

Médicos y enfermeras tienen como rasgo distintivo haber escogido su profesión para aliviar el sufrimiento de las personas. Reconocer que han causado un mal, incluso a veces un daño irreparable al paciente al que trataban de ayudar, es una de las experiencias psicológicas más devastadoras que deberán afrontar. Sin lugar a dudas la mayor parte de dichos profesionales pasará por este trance. Así parece indicarlo el estudio ENEAS 2006, en donde se describe que en un total de 5.624 pacientes hospitalizados, se detectó acontecimientos adversos en 1.063, de los cuales el 42,8% eran evitables. En el ámbito de la atención primaria hemos encontrado algo más de 10 acontecimientos por año y profesional. La percepción de un error produce pensamientos obsesivos en el 29% de los médicos de atención primaria. El punto de partida para este debate es decepcionante. Estamos inmersos en la cultura de la negación y la omnipotencia: negación del error (un 28% de los profesionales de atención primaria de salud con una media de 14 años de práctica profesional afirmaban no haberse equivocado nunca de manera significativa, junto a la percepción social de que el profesional no tiene derecho a equivocarse.

¹⁰⁸ Ídem 107

Reconocer que se ha cometido un error resulta una mancha imborrable en el expediente de cualquier jefe de servicio o líder clínico.¹⁰⁹

Es así como las argumentaciones predominantemente deontológicas en el juicio moral, debe ser iluminado prioritariamente por valores, principios o normas éticas. El deber de respetar estos valores o principios es el que marca el sentido de la acción. En el ámbito de la bioética es la orientación principialista la más utilizada. Los principios de la bioética, tal y como fueron alumbrados, primero por el Informe Belmont en 1978 e inmediatamente después por el famoso texto de Beauchamp y Childress, Principles of Biomedical Ethics, siguen siendo los más utilizados¹¹⁰. Estos principios son los siguientes:

Principio de no-maleficencia: Debes evitar el daño a tus pacientes, evitando realizarle actos clínicos contraindicados o técnicamente mal hechos. ¹¹¹

Principio de beneficencia: Debes procurar maximizar el bien de tu paciente, ayudándole a que en la actuación clínica se realicen en lo posible sus valores y preferencias. ¹¹²

Principio de autonomía: Debes partir de la presunción de que los pacientes son capaces de gobernar su propia vida, lo que te obliga a respetar sus decisiones respecto a lo que deba hacerse con su cuerpo sano o enfermo. ¹¹³

¹⁰⁹ Ética de la seguridad clínica. Contribuciones desde la práctica médica Francisco Borrell-Carrió. Departamento de Ciencias Clínicas. Facultad de Medicina. Universitat de Barcelona. Miembro de la Aliança per a la Seguretat del Pacient. Conselleria de Sanitat. Generalitat de Catalunya. EAP Gavarra. Cornellà de Llobregat. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

¹¹⁰ Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. (4ª ed). New York: Oxford Univeristy Press, 1994.

¹¹¹ Ídem 111

¹¹² Ídem 111

¹¹³ Ídem 111

Principio de justicia: Debes procurar repartir equitativamente los beneficios y las cargas, asegurando un uso eficiente y equitativo de los recursos. ¹¹⁴

De estos cuatro principios, es el principio de no-maleficencia es el que habitualmente se utiliza para fundamentar éticamente los programas de seguridad de los pacientes. De hecho, la Alianza Mundial de la OMS ha escogido como lema, precisamente, la frase «Ante todo, no hacer daño», versión moderna de la tradicional expresión latina «Primum non nocere», con la que desde el siglo XIX se identifica este principio. A pesar de que la teoría principialista ha tenido una gran penetración en el mundo sanitario y de la bioética, lo cierto es que con frecuencia estos principios son mal entendidos y, sobre todo, mal utilizados. Como ha señalado reiteradamente Diego Gracia, esto resulta especialmente cierto en el caso del principio de no-maleficencia. Por ejemplo, no se ha entendido que este principio, en la tradición médica hipocrática, era un principio subsidiario, proporcional, del verdadero principio ético básico, el de beneficencia. Los médicos hipocráticos estaban obligados a hacerles el bien a sus pacientes tal y como ellos expertos conocedores del arte de curar, entendían que había que hacerlo. Sólo si esto no era posible, entonces aparecía una obligación de segundo nivel, la de no dañar.¹¹⁵

El mundo moderno trajo una manera diferente de articular estas dos obligaciones, la de hacer el bien y la de no perjudicar. Ahora, lo prioritario será no dañar, porque la realización efectiva del bien del paciente ya no podrá hacerse sin el concurso de su voluntad, de su autonomía. Lo primero «ante todo», como bien dice el lema de la OMS, será ahora, en el mundo moderno, no dañar.¹¹⁶ Pero conviene apuntar ahora que este «ante todo» del lema de la OMS puede llevar entrañada otra de las confusiones que han rodeado con frecuencia el principio de no maleficencia y que también ha señalado Diego Gracia. “Hoy sabemos que los principios éticos son siempre proporcionados, esto es, que deben aplicarse de forma prudencial, lo que

¹¹⁴ Ídem 111

¹¹⁵ Gracia D. Primum non nocere: El principio de no maleficencia como fundamento de la ética médica. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina, 1990

¹¹⁶ Aranaz et al, Aportes de la medicina preventiva y salud pública a la seguridad del paciente servicios de medicina preventiva, Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant

implica la posibilidad de que no siempre se cumplan completamente. Por eso, «ante todo» quiere decir que la obligación primera y prioritaria es esa, «no dañar» – «hacer el bien»-. Pero lo que no quiere decir es que el «no dañar» deba ser mantenido siempre y sin excepciones. Una confusión diferente, la que tiende a entremezclar ambas obligaciones hasta hacerlas indistinguibles, en el informe del Hastings Center¹¹⁷.

Para el Hastings center el fundamento principialista de la seguridad del paciente descansa en los principios de no-maleficencia y beneficencia. Pero el contenido del principio de beneficencia se identifica con la obligación positiva de eliminar el daño producido y de prevenir uno nuevo, mientras que el principio de no-maleficencia se refiera a la obligación negativa de evitar producir daño. Así, la beneficencia se identifica con la obligación de evitar la omisión de actos indicados, mientras que la no maleficencia se identifica con la obligación de evitar la comisión de actos contraindicados. Llegados a este punto, el Informe dice textualmente que ambas delimitan en conjunto la obligación de «No dañar», porque en realidad no sabe articularlos.¹¹⁸

Otro punto de vista de la ética del error clínico se fundamenta sobre tres bases completamente diferentes. El ser humano, en todas sus actividades profesionales, tiene una tasa de errores que puede minimizar, pero jamás llegara hasta cero. Por otro lado, la actividad profesional sanitaria se realiza con una intención beneficiense.

Simón Lorda menciona que hay 3 fundamentos para una ética de la seguridad: a) un fundamento teleológico, es decir, desear el mayor bien para el paciente; b) un fundamento deontológico, en el sentido de seguir unos principios y valores, y c) un fundamento basado en la ética de la responsabilidad.¹¹⁹

La ética de la responsabilidad dice que el ser humano debe justificar racionalmente sus fines y sus medios, pero sin establecer reglas tan absolutas que no quepan excepciones. En los tres casos se trata de hacer el mejor bien al paciente, o limitar

¹¹⁷ Cfr. D. GRACIA: *Fundamentos de bioética*. Eudema, Madrid 1989.

¹¹⁸ Simón Lorda P. Ética y seguridad de los pacientes. *Humanitas, Humanidades Médicas*. 2005;8:145-60

¹¹⁹ Ídem 118

el mal. Para Simón Lorda el principio hipocrático de «primum non nocere» articula la ética de la seguridad clínica, y en segundo lugar, el principio de justicia, «por cuanto el error y la falta de seguridad obligan a invertir recursos extra con un alto coste de oportunidad». Una vez producido el error, “cobran protagonismo los principios de autonomía y beneficencia. El paciente tiene derecho, por una parte, a saber qué ha pasado y, por otra, a reclamar apoyo, ayuda y reparación del daño causado”¹²⁰.

Los errores clínicos casi nunca son dolosos, sino fruto de un desliz, un olvido o una precipitación, etc. Por ello, “si el fundamento de toda ética es un ser humano que actúa con libertad, deberemos puntualizar que el profesional de la salud actúa en un medio de “racionalidad restringida”. No elige entre hacer las cosas «bien o mal», sino que actúa conforme a hábitos adquiridos”.¹²¹

“Pero en una ética del error clínico debería hacerse preguntas como éstas: ¿en esta institución concreta se usan los recursos disponibles de la mejor manera posible para evitar acontecimientos adversos?, ¿gestores y profesionales podrían organizarse y actuar de forma más segura sin que ello represente un esfuerzo insostenible? Y de manera más personal: ¿he adquirido hábitos de estudio?, ¿estoy actualizado?, ¿pones en práctica todo lo que sabes de «buena práctica clínica»? Por lo anterior, una ética de la seguridad clínica no pretende establecer responsabilidades de índole jurídico penal y sólo de manera secundaria tiene consecuencias deontológicas.”¹²²

Según Jonas, uno de los filósofos que fundamentaron la ética de la responsabilidad, decía que el temor puede sernos de ayuda. Cuando hacemos el esfuerzo de visionar escenarios de errores posibles, experimentamos miedo, el miedo a que este escenario se haga realidad, y va a ser este miedo el que nos hará actuar

¹²⁰ Artieta Pinedo I, González Labra MJ. La toma de decisiones. En: González Labra MJ, editor. Introducción a la psicología del pensamiento. Madrid: Trotta; 2006. p. 391-2.

¹²¹ Borrel, F. Ética de la seguridad clínica. Contribuciones desde la práctica médica. Departamento de Ciencias Clínicas. Facultad de Medicina. Universitat de Barcelona. Miembro de la Aliança per a la Seguretat del Pacient. Conselleria de Sanitat. Generalitat de Catalunya. EAP Gavarra. Cornellà de Llobregat. Institut Català de la Salut. Barcelona. España. Pág. 177

¹²² Ídem 121

preventivamente. Lejos de ser un ejercicio masoquista, constituye un ejercicio ético de primer orden. Educa al profesional en la humildad («corro el riesgo de equivocarme») y le sitúa en escenarios de esfuerzo (reprocesar hábitos, darles mayor complejidad). La ética, en el fondo, es una reflexión que nos hace más libres a costa del esfuerzo.¹²³

BIOÉTICA CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

En la atención hospitalaria y ambulatoria el profesional de la salud se ve enfrentado constantemente a la problemática de tomar la mejor decisión en beneficio del paciente. Es allí en donde la Bioética clínica como rama de la ética general tiene su mayor participación, no se puede hablar de Bioética clínica sin la relación médico paciente, pues la última ha originado la primera.

Desde una perspectiva profesional la Bioética Clínica busca esclarecer las consecuencias de las acciones que ocurren en la interacción entre pacientes, profesionales y el sistema sanitario. Desde su aparición en los años sesenta la bioética clínica ha contribuido a aproximar los principios y normas generales de la ética a la realidad de las consultas. Para estudiar las decisiones se analiza cada caso, se tiene en cuenta el sistema moral en el que acontece el problema y se utiliza el razonamiento argumentativo.¹²⁴

La bioética clínica es la estrecha relación que se da entre el paciente, su familia, el personal de salud y la institución según León Correa FJ, Es un campo importante de promoción de los derechos humanos fundamentales - especialmente el derecho a la vida y a la salud- y de análisis de las consecuencias

¹²³ Jonas H. El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Barcelona: Herder; 1995.

¹²⁴ González-de Paz L, Una bioética clínica para la atención primaria de salud, Enfermería Comunitaria, Centro de Atención Primaria Les Corts, Grupo Transversal en Investigación en Atención Primaria-IDIBAPS, Barcelona, España. Recibido el 18 de octubre de 2012; aceptado el 6 de febrero de 2013 Disponible en Internet el 20 de abril de 2013.

prácticas de la justicia en nuestras sociedades, para superar defectos institucionales que están en la base de muchas quejas de los usuarios de nuestros hospitales.¹²⁵

La relación del paciente con los profesionales de la salud, es la primer causa de los problemas morales a los que se enfrentan durante el proceso de atención, situaciones como la solicitud de la eutanasia, el aborto, la negación a procedimientos vitales, la no adherencia del paciente a las indicaciones del equipo de salud, el abandono al tratamiento, etc., son dilemas éticos que posterior a su análisis deben llevar a una decisión, y esto es la Bioética Clínica.

La relación de la bioética clínica con la seguridad del paciente redundando en la mejor toma de decisión durante el proceso de atención con la persona que brinda el cuidado, como del sujeto del cuidado. En las diferentes definiciones de la literatura se menciona que la Bioética clínica es la toma de decisiones ante un dilema ético entre el médico y el paciente, sin embargo se debe tener en cuenta que no solo el profesional de la medicina interfiere en los procesos de atención en salud sino que es una relación multidisciplinaria y por lo tanto el enfoque debe ir dirigido a todo el equipo de salud, ya que de manera directa o indirecta en el principio de beneficencia todos tienen la posibilidad de ofrecer y decidir lo mejor para su paciente.

Diferentes estrategias de seguridad del paciente como la explicación y diligenciamiento del consentimiento informado, la confidencialidad, la equidad, la responsabilidad, el respeto por la dignidad y autonomía, el reporte de indicios de atención insegura para la mejora continua, la confidencialidad de la historia clínica, la comunicación efectiva entre el equipo de salud, son herramientas que permiten al profesional de salud favorecer procesos de atención seguros a nivel individual e

¹²⁵ León Correa, Francisco Javier. Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social. *acta bioeth.* [online]. 2009, vol.15, n.1 [citado 2018-08-01], pp.70-78. disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1726-569x2009000100009&lng=es&nrm=iso. issn 1726-569x. <http://dx.doi.org/10.4067/s1726-569x2009000100009>.

institucional y su relación con la Bioética clínica también está en la decisión que tiene el equipo de salud en implementarlas o no, si existe negación en su aplicación, se estaría permitiendo aumentar los riesgos en el proceso de atención y con ello los daños innecesarios a los pacientes. Los programas de seguridad del paciente al estar a la cabecera del paciente buscan a nivel institucional mejorar la relación del profesional, tecnólogo y técnico de la salud con el paciente, permitiendo su participación en las decisiones para su tratamiento y con ello un trato respetuoso pero sobre todo seguro.

Las instituciones de salud deben contar con espacios y personas idóneas, así como grupos especializados de análisis, en donde el personal de salud pueda acudir en el momento de estar enfrentados a un dilema ético o donde las directivas puedan solicitar respuestas éticas a dificultades en donde su pueda ver incluido todo un equipo de trabajo o una sola persona , no haciendo juicios de valor si no analizando las situaciones a las luz de bioética y así poder generar un asesoría objetiva y soportada en deber ser.

EL éxito de la bioética clínica ha sido la elaboración de una eficaz metodología, la implementación de una propuesta de formación de los profesionales y la penetración en el ámbito de la salud a través de los comités de ética de los hospitales. Si queremos una bioética social debemos completar esa metodología y ampliar las funciones de los comités de ética; para ello es primordial la educación en el diálogo social, académico y profesional.¹²⁶

¹²⁶ Leon Correa, Francisco Javier. Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social. *acta bioeth.* [online]. 2009, vol.15, n.1 [citado 2018-08-01], pp.70-78. disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1726-569x2009000100009&lng=es&nrm=iso>. issn 1726-569x. <http://dx.doi.org/10.4067/s1726-569x2009000100009>.

CONCLUSIONES

- El error médico es el resultado de un conjunto de fallas del sistema y del individuo. No se debe evadir la responsabilidad de ambos actores.
- Se debe considerar que no es sólo el médico quien comete errores, sino todos los profesionales, técnicos, trabajadores, la propia institución y el sistema.
- Es necesario la formación en seguridad clínica y la impregnación en la cultura de la seguridad, cultura fundamentada en la ética de la seguridad.
- Una ética de la seguridad clínica aborda la imagen social de la medicina, la gestión y planificación de servicios asistenciales, la praxis clínica y el afrontamiento mismo del error. Delimita entornos de responsabilidad y nos ayuda a tener una imagen más ajustada de nuestros derechos y deberes como profesionales o pacientes. También proporciona instrumentos al profesional para analizar, matizar y encauzar sentimientos de culpa, traduciéndolos en actitudes responsables, y propicia una maduración no sólo cognitiva, sino fundamentalmente emocional. Porque, como solía decir Gol i Gurina, tenemos derecho a equivocarnos, pero no a desentendernos de nuestros errores.
- Se puede plantear, que la seguridad del paciente no es una tendencia del hoy, tampoco una exigencia de los gobiernos, y no es un nuevo enfoque en los servicios de salud; sino una responsabilidad profesional implícita en el acto del cuidado.
- La relación de Bioética clínica con la seguridad del paciente, está establecida por la similitud que tiene en la búsqueda para mejorar la relación del equipo de salud con el paciente, implementado estrategias de atención segura que impactan en el cuidado y la prevención de eventos adversos.

RECOMENDACIONES

Los profesionales de la salud deben trabajar en el diseño de sistemas que reduzcan o eliminen los errores y que garanticen la mayor seguridad de los pacientes.

Se debe incentivar al equipo de salud a realizar un aprendizaje desde el error, evitando culpabilizar.

- La cultura del reporte de errores debe ser no punitiva, pero tampoco debe ser permisiva.
- Los esfuerzos de los líderes de las organizaciones deben estar dirigidos a eliminar las barreras de todo tipo para eliminar el error médico.
- Dar un tratamiento diferenciado al error médico, en concordancia con los principios establecidos de la ética médica, con el fin de que los errores sean conocidos y analizados crítica y científicamente en reuniones de profesionales de la salud, con libertad y profundidad necesarias, que permitan derivar experiencias de aprendizaje e impidan su repetición.
- Aplicar al estudio del EM, la concepción multicausal del proceso salud-enfermedad, ya que estos resultan de un conjunto de múltiples factores y raramente debido a falta de cuidado o incorrecta conducta de un individuo.
- Actualizar frecuentemente y sobre todo cumplir las normas y procedimientos establecidos (buenas prácticas), para mejorar la calidad.

- Establecer herramientas, metodológicas, procedimientos que permitan disminuir la ocurrencia de errores relacionados con los factores humanos, haciendo partícipes a los colaboradores de la organización.
- Desde los principios éticos para la seguridad del paciente se debe tener en cuenta:

En la **Autonomía** garantizar la confidencialidad, el respeto, brindar la información se sobre su estado de salud, manejo, pronóstico. El paciente no puede recibir rechazo si está en desacuerdo con los planteamientos para su tratamiento, respetar sus decisiones frente al final de la vida y si se comete un error el paciente tendrá información veraz y sin manipulaciones.

En la **Beneficencia** se invita a promover la excelencia del cuidado en donde los procesos de atención se enmarquen en confianza, oportunidad, transparencia. En caso de cometer un error se debe asegurar el acompañamiento, apoyo y reparación del daño. El paciente no debe sentir abandono cuando se le ha causado daño.

Respecto al principio de **Justicia** que obliga a la distribución de recursos y accesibilidad a los mismos de manera racional y equitativa se debe garantizar por igual atención las necesidades del paciente independiente de su tipo de contratación con aseguradores, evitar la discriminación por los recursos económicos. Se debe garantizar los recursos físicos, humanos y tecnología necesaria que garantice el proceso de atención.

Se debe propender por el acompañamiento y bienestar a la segunda víctima, persona del equipo de salud que estuvo involucrado en un evento adverso.

La prevención de errores y todas las estrategias que se implementen para evitar el daño, están directamente relacionadas con el principio de **No maleficencia**.

- Es necesario incluir y fomentar desde el pregrado del personal de la salud, la formación básica y especializada en Bioética clínica a fin de fortalecer la toma de decisiones ante conflictos morales en el proceso de atención en salud.
- Es deber de cada institución de salud contar con un comité de ética hospitalaria así como con personal idóneo en el conocimiento de la bioética, a fin de generar asesorías y respuestas ante los dilemas éticos en la práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarado A. Grettche F. Errores médicos; ISSN 0001-6002/2009/51/1/16-23; Acta costarricense 2009; Colegio de Médicos y Cirujanos .Pág. 17 Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n1/3941.pdf>
2. Aranaz et al, Aposortes de la medicina preventiva y salud pública a la seguridad del paciente servicios de medicina preventiva , Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant
3. Artieta Pinedo I, González Labra MJ. La toma de decisiones. En: González Labra MJ, editor. Introducción a la psicología del pensamiento. Madrid: Trotta; 2006. p. 391-2.
4. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. (4ª ed). New York: Oxford Univeristy Press, 1994.
5. Borrel, F. Ética de la seguridad clínica. Contribuciones desde la práctica médica. Departamento de Ciencias Clínicas. Facultad de Medicina. Universitat de Barcelona. Miembro de la Aliança per a la Seguretat del Pacient. Conselleria de Sanitat. Generalitat de Catalunya. EAP Gavarra. Cornellà de Llobregat. Institut Catalá de la Salut. Barcelona. España. Pág. 177; 181
6. Cfr. D. GRACIA: Fundamentos de bioética. Eudema, Madrid 1989.
7. Comité de Calidad de la Atención de la Salud en los Estados Unidos, el Instituto de Medicina. Errar es humano: Construyendo un Sistema de Salud Más Seguro.2000.
8. Davis P, Lay-Yee R, R Briant, Ali W, Scot A, S. Schung eventos adversos en los hospitales públicos de Nueva Zelands: Presencia e impacto. NZ J Med 2002; 115: U271. Stryer D, Clancy C. Patients'safety. BMJ 2005; 330: 553-4
9. Department of Health. An Organization with a memory. The Stationery Office. London 2000
10. El complejo mundo del error médico. Ana María de Brigard Pérez. La columna. 2008

11. En el documento "Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente" del Ministerio de la protección social de la Republica de Colombia; Junio 2008. Pág. 15;16
12. Estudio IBEAS, prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Plan de calidad para el sistema nacional de salud. Informes, estudios e investigación. Ministerio de sanidad y política social de españa.2009.
13. Ética de la seguridad clínica. Contribuciones desde la práctica médica Francisco Borrell-Carrió. Departamento de Ciencias Clínicas. Facultad de Medicina. Universitat de Barcelona. Miembro de la Aliança per a la Seguretat del Pacient. Conselleria de Sanitat. Generalitat de Catalunya. EAP Gavarra. Cornellà de Llobregat. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.
14. Factores humanos en mantenimiento aeronáutico I y II. <http://www.hispaviacion.es/factores-humanos-en-mantenimiento-aeronautico-ii/>. Tomado el 10 de septiembre de 2015. Todas las definiciones de la "docena sucia" son adaptadas de esta referencia.
15. Facultad de ciencias médicas. Manuel fajardo". Calidad de la atención de salud. Error médico y seguridad del paciente. Benito Narey ramos Domínguez. Revista cubana salud pública 2005; 31(3):239-44
16. Formato Documento Electrónico (ISO) SOTO, Alonso. Recursos Humanos en Salud. Rev. Perú. med. exp. Salud pública [online]. 2011, vol.28, n.2 [citado 2015-10-31], pp. 173-174. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000200001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1726-4634.
17. Gabriela Z. Salomone. Prof. Adj. Regular cátedra Psicología, Ética y Derechos Humanos; coordinadora docente Práctica de Investigación: La Psicología en el ámbito jurídico. Reflexiones ético-clínicas a través de un estudio cualitativo de casos. Facultad de Psicología, UBA.
18. González-de Paz L, Una bioética clínica para la atención primaria de salud, Enfermería Comunitaria, Centro de Atención Primaria Les Corts, Grupo Transversal en Investigación en Atención Primaria-IDIBAPS, Barcelona, España~ Recibido el 18 de octubre de 2012; aceptado el 6 de febrero de 2013 Disponible en Internet el 20 de abril de 2013.
19. Gracia D. Primum non nocere: El principio de no maleficencia como fundamento de la ética médica. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina, 1990
20. Gracia. O. Factores humanos en la seguridad del paciente
21. Guzmán Fernando et al; Negligencia médica Educación y práctica de la medicina Acta Med Colomb Vol. 21 N° 2 - 1996 cita a Jurisprudencia y Doctrina, cita al Corte Suprema de Justicia, Sentencia de junio 2 de 1958, pág. 87
22. http://csintranet.org/competenciaslaborales/index.php?option=com_content&view=article&id=162:asertividad&catid=55:competencias 30 de septiembre de 2015.
23. <http://dle.rae.es/?id=Dz5L2vD>
24. http://es.wikipedia.org/wiki/Juramento_Hipocr%C3%A1tico
25. <http://espirtuyhumanidad.blogspot.com/2012/05/consciencia-y-conciencia.html>
26. <http://lema.rae.es/drae2001/srv/search?id=ttlyhpiT7DXX2p26VbYf>
27. <http://perarduaadastra.eu/2010/05/error-humano-y-quesos-suizos/>
28. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000300010
29. <http://seguridaddelpacientehsb.blogspot.com/2009/>

30. http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/02-1996-08-Negligencia_en_medicina.html Mayo 9 de 2018
31. <http://www.eempleo.com/co/noticias/consejos-profesionales/trabajar-bajo-presion-una-mala-decision-2562> Mayo 9 de 2018.
32. <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-errar-es-humano-X1665579611240505>
33. <http://www.hispaviacion.es/factores-humanos-en-mantenimiento-aeronautico-ii/>
34. <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2006/cc066n.pdf>
35. <http://www.significados.com/recursos/>
36. https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2010m10n18/rceap_a2010m10n18a2.pdf
37. <https://definicion.de/asertividad/>
38. <https://definicion.de/conciencia/>
39. <https://definicion.de/distraccion/>
40. <https://definicion.de/estrés/>
41. <https://definicion.de/presion/>
42. <https://es.toluna.com/opinions/1932095/El-Cdigo-de-Hammurabi-y-la-Ley-del-Talin>
43. <https://www.aviacol.net/interes-general/factores-humanos-en-mantenimiento-aeronautico.html>
44. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Evaluaci%C3%B3n%20de%20Tecnologias%20en%20Salud.pdf>
45. <https://www.significados.com/conocimiento/>
46. Instituto politécnico Nacional, escuela superior de ingenieros mecánicos y eléctricos. Propuesta de capacitación para el personal técnico de mantenimiento de una línea aérea en el tema de factor humano, ahedo flores et all. 2012
47. IOM. Growing consensus about Medical Error, chapter 1. To Erris Human Report. Institute Of Medicine. Boston Ma EEUU 1999. <http://books.nap.edu/catalog/9728.html>
48. Joint Commission International Center for Patient Safety I <http://www.jcipatientsafety.org/WHO>.
49. Joint Commission International. Robert Wood Johnson Foundation. (Online). Disponible en Internet: www.jointcommissioninternational.org
50. Jonas H. El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Barcelona: Herder; 1995.
51. Lancis F. La responsabilidad legal del médico. Temas de Ética Médica, ISCM Habana. p. 73-64.
52. Lecciones de Seguridad del Paciente: A Primer. L. Zipperer y Cushman S. (editores) National Patient Safety Foundation, Chicago, IL, 2001- Pág. 10; 14
53. Martín María, et al Aspectos éticos y legales sobre la seguridad del paciente, Revista de bioética y derecho. Rev Bio y Der. 2015; Número extra, recopilatorio especial: 146-159
54. Martínez H, Borroto R, Iglesia M. Iatrogenia y error médico. Temas de ética médica. La Habana: Instituto de Ciencias Médicas 1986. p. 51-72.
55. Máster de administración y gestión en cuidados de enfermería escuela universitaria de enfermería santa madrona. De la fundació "la caixa" enfermería: ¿trabaja en equipo? autores: bautista martín, encarnación. devesa pradells, ana. guitart aparicio, mónica. Palma bocanegra, miguel ángel. perez hinarejos, montserrat.

56. Organización Mundial de la salud, Glosario. Ginebra. World Health Organization 1998
57. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Resolución A55/13 2002 Marzo pág.1 [citado 2004 Nov 30]. Disponible en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/pdf
58. Problemas de comunicación en el equipo de salud. Fabían Vitolo, instituto técnico para la acreditación de establecimientos de salud. Viel, Benjamin. En: Gnecco G. MINSAL. 2004.
59. Ramos Dominguez, Benito Narey. Calidad de la atención de salud: Error médico y seguridad del paciente. Rev Cubana Salud Pública [online]. 2005, vol.31, n.3 [citado 2018-07-28], pp. 0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000300010&lng=es&nrm=iso. ISSN 1561-3127.
60. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000 Mar 18; 320(7237):768-70.
61. Rovetto P. La seguridad del paciente en la historia. Universidad del Valle. Universidad Javeriana - Cali Florence Nightingale (1820-1910).
62. Simón Lorda P. Ética y seguridad de los pacientes. Humanitas, Humanidades Médicas. 2005; 8:145-60
63. SOTO, Alonso. Recursos Humanos en Salud. Rev. Perú. med. exp. Salud pública [online]. 2011, vol.28, n.2 [citado 2018-05-09], pp.173-174. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000200001&lng=es&nrm=iso. ISSN 1726-4634.
64. Vicente Odio Eladio Francisco. Enfoque pedagógico del error médico. Educ Med Super [Internet]. 2014 Dic [citado 2018 Jul 30]; 28(4): 790-799. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000400017&lng=es.
65. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust 1995; 163: 458-76
66. Zhan C, Miller MR. Excess length of stay, changes, and mortality attributable to medical injuries during hospitalisation. JAMA 2003; 290: 1868-74.