



Enfermería Universitaria

ISSN: 1665-7063

rev.enfermeriauniversitaria@gmail.com

Universidad Nacional Autónoma de
México
México

Cometto, María Cristina

Fiabilidad y seguridad del cuidado

Enfermería Universitaria, vol. 5, núm. 3, julio-septiembre, 2008, pp. 4-5

Universidad Nacional Autónoma de México

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741826001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Fiabilidad y seguridad del cuidado

Confidence and safety care

A lo largo de este artículo desearía dejarles los interrogantes o las interpelaciones que la teoría y la práctica me regalaron últimamente, y que creo profundamente necesitamos responder para la disciplina en general y para el cuidado de las personas en particular.

Una mirada al contexto... Si se analizan en épocas anteriores, las asimetrías de relación y conocimiento entre proveedores de salud y usuarios, se puede establecer claramente que cada uno de ellos desempeñaba un papel determinado, como sujetos activos y/o pasivos en lo referente al hecho de tomar decisiones en la atención de la salud. El solo posicionamiento de uno (el paciente) como el que no-entendía, no conoce, marcaba esa asimetría que daba lugar en parte al modelo paternalista, donde el que sabe y conoce también decide. Expresado de otra manera, el poder es ejercido por el depositario del conocimiento y la expertise. Las relaciones profesionales un tanto acomodaticias para esa época consentían aun más la diferencia entre el agente que presta servicio y el sujeto que recibe, permitiéndose ver muchas veces una certera despersonalización de los pacientes.

Sin embargo en el nuevo escenario, donde los cambios sociales han dado formas distintas al entorno sanitario y se inició una mirada a la asistencia más compleja, conjuntamente con el avance científico, con sus repercusiones a nivel

tecnológico, las demandas y/o penalización de la atención, la sociedad de la comunicación, con acceso inmediato y universal a la información, el incremento de la esperanza de vida, la disminución de la natalidad, el cambio en el enfoque –unicausalidad –multicausalidad, la diversidad cultural de la sociedad, etc. Estas situaciones van necesitando e instalando otro contexto de las relaciones; dando lugar al abandono de la actitud pasiva, sumisa, alejada del mundo de la ciencia, que respaldó y reforzó la antigua asimetría relacional.

los pacientes deban adoptar un rol protagónico en la toma de decisiones.

Hoy no podemos no advertir que la sociedad cambió, y que como antes se mencionó hay un nuevo escenario donde se enmarcan otras relaciones, como que el saber de los expertos tiene límites, y que la participación ciudadana constituye una realidad insoslayable en la toma de decisiones. No se puede negar que esto tuvo un respaldo en la Declaración de los Derechos Humanos, hoy los pacientes, los ciudadanos han tomado el rol activo, quieren participar, optar por un modelo de

atención más deliberativo, dando lugar al debate amplio, participativo, pluralista entre todos los responsables de la atención de salud.

También se puede entender que el principio de autonomía ha debilitado la asimetría en la relación, los nuevos pacientes, por decirlo así, adoptan un rol protagónico en la toma de decisiones. O quizás, ¿El surgimiento de la ciudadanía sanitaria?

Es oportuno entonces que las enfermeras que tenemos algunas frases como decir: todo por el paciente, necesariamente debamos girar, cambiar por con el paciente, con su opinión.

Algunos interrogantes: ¿Se modificaron las demandas porque las ofertas cambiaron? Se modificaron las ofertas porque las demandas son diferentes? ¿Se puede pensar entonces, que se amplía el espectro de la atención de salud y sus fines y se somete al análisis de sus beneficios?

Entonces es urgente que entendamos que este nuevo escenario necesita de enfermeras profesionales que humanicen la relación, que tiñan a su cuidado de intersubjetividad, que entiendan la corresponsabilidad en las actuaciones, la necesidad de la información y la libertad del sujeto a su cuidado. Es oportuno comprender que si bien la asimetría se alinea, hay que observar que tiene otro aspecto u otra dimensión, la tecnociencia, que aparece llena de silencio, de asepsia, de mediciones,

costo beneficio, y le hace falta hacer lugar a la palabra.

Otros interrogantes son: ¿Por qué las enfermeras? Solo las enfermeras?

Las enfermeras constituyen el grupo mas numeroso de prestadores de la salud, cuya labor influye directamente sobre la calidad y seguridad de la mayoría de los servicios brindados, estos conceptos forman parte del fundamento de su marco disciplinar y deontológico, en su misión y en sus bases teórico conceptuales de los modelos de atención.

Nadie puede negar que la seguridad de los pacientes es una prioridad de la salud publica, y es un imperativo ético de los profesionales de la salud, así también como es parte de la calidad de un servicio de salud conjuntamente con la oportunidad, la accesibilidad, la pertinencia y la continuidad. Lo que lleva a ver la complejidad del acto de cuidado, las implicaciones que tiene el cuidado de enfermería como centinela en la seguridad de los pacientes. Si cuidar es pensar, entonces: ¿el paciente tiene derecho de ser pensado?, ¿la enfermera tiene responsabilidad de pensar en el sujeto cuidado? y ¿tiene derecho de que piensen en ella?

Ahora si, algunas conceptualizaciones: La fiabilidad. El término fiabilidad es descrito en la Real Academia Española como la probabilidad del buen funcionamiento. También se dice que la fiabilidad puede medirse por la frecuencia, la duración y la magnitud de los eventos adversos en los servicios que se brindan al usuario; que es la confianza, la esperanza firme, la seguridad de la actuación, entonces fiabilidad se asocia a la capacidad de depender de alguien con seguridad.

En todo caso el concepto de fiabilidad pretende promover la precisión, confiabilidad, credibilidad, seriedad.

La seguridad es una necesidad básica del hombre, proviene del latín

securitas, securus, que significa, sin cura, sin temor. Implica las nociones de garantía, protección, confianza, prevención, preservación, previsión, defensa, control, paz, estabilidad, respeto, integridad, entre otras.

¿Podría decir entonces que la seguridad, la fiabilidad implican garantía de protección constante para el paciente y la familia y para la enfermera en el marco de los cuidados de salud, desde una perspectiva de respeto por los derechos y corresponsabilidad de ambas partes.? No es responsabilidad de una sola persona, de un equipo, de un instrumento, de un departamento, es el resultado de la interacción de los componentes de un sistema.

¿Es oportuno colegas tener presente la Paradoja de Barsky?: "A pesar de los indudables avances, técnicos (diagnósticos y terapéuticos), y de la mejoría de los indicadores objetivos de la salud, los usuarios de servicios médicos en los países desarrollados están cada vez más descontentos con la atención que reciben, al igual que los profesionales, en los que la frustración e insatisfacción por su trabajo ha llegado a adquirir caracteres epidémicos". (A.J.Barsky. The paradox of health. New England Journal of Medicine, 1998; 318: 414-418

Para finalizar quiero compartir la preocupación sobre la escasez de enfermeras, preocupación personal, de todos ustedes, de la región, del mundo, ya que la dotación segura es un elemento clave y crítico a la vez que guarda una relación estrecha y absolutamente necesaria para la seguridad de los pacientes. Hay un número considerable de estudios que demuestran lo anterior.

Estudios que relacionan resultados con dotación de personal fiable, que como se sabe no es solamente número, sino es formación, calificación, retención, condiciones de trabajo, etc. (CIE, 2006. Aiken y otros 2002)

Estudios que relacionan coeficientes de pacientes con enfermeras, demuestran que en algunos lugares, la implementación de coeficiente mínimos obligatorios ha permitido la vuelta al trabajo de varias enfermeras, como así también la mejora sobre las condiciones del ejercicio profesional (AEA 2004)

Estudios que ponen de manifiesto la fuga de las enfermeras de la profesión relacionadas con la presión y carga en el trabajo.(Kigma.2006)

Estudios que muestran la relación entre la posibilidad y ocurrencia de lesiones. osteo-musculares y los accidentes corto-punzantes en el trabajo de los trabajadores de la salud, en especial el grupo de enfermería con la tensión laboral, la dotación de personal, personal temporero.(Aiken, Sloan y Klocinski 1997)

Estudios que relacionan la dotación de enfermeras y la capacidad económica y sostenibilidad sanitaria de algunos países (Malaren y Agudello 2005).

Estudios que muestran en los últimos años la violencia en el trabajo tanto física como verbal. (Duncan y otros, 2001, Canadá).

Entonces estimadas colegas hay un imperativo ético que direccionar, que posicionar, al cual debemos ser sensibles y fieles, a tal punto que nos permita no solo el razonamiento sino también la conjugada y compleja acción de luchar por el, rescatando el concepto de ABOGACÍA para poder producir defensoría de los derechos de los pacientes y de los propios en esta singular, especifica y amorosa relación de cuidado con el otro y por el otro, confiriendo la importancia a la seguridad del que es cuidado y del que cuida.

Mtra. María Cristina Cometto.
Universidad Nacional de Córdoba, Argentina
Red de seguridad de los pacientes
email: ccometto@fcm.unc.edu.ar.