



Aquichan

ISSN: 1657-5997

aquichan@unisabana.edu.co

Universidad de La Sabana

Colombia

Milos H., Paulina; Larraín S., Ana I.

La vinculación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos en el contexto de la seguridad del paciente

Aquichan, vol. 15, núm. 1, abril, 2015, pp. 141-153

Universidad de La Sabana

Cundinamarca, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74137151013>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://www.redalyc.org)

[redalyc.org](http://www.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

La vinculación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos en el contexto de la seguridad del paciente

RESUMEN

El fomento de un entorno seguro es una función esencial de las enfermeras, que ocupa cada vez más un lugar central en la gestión del cuidado. El propósito de este artículo es develar la existencia de una relación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos, en el contexto de la seguridad del paciente. **Método:** bajo un criterio ético-jurídico se reflexiona sobre la atención de enfermería y la seguridad del paciente. **Resultados:** se demuestra una vinculación de carácter ético-jurídico entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos. Se define a qué orden pertenece dicha vinculación y cómo se integra a la gestión del cuidado. Por último, se propone la supervisión por riesgos. **Conclusiones:** al demostrar la vinculación ética y jurídica existente entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos, la seguridad del paciente se levanta, para las enfermeras y la enfermería, como un imperativo moral y profesional.

PALABRAS CLAVE

Gestión del cuidado, gestión de riesgos, seguridad del paciente, legislación como asunto, liderazgo en enfermería. (Fuente: DeCS, Bireme).

DOI: 10.5294/aqui.2015.15.1.13

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Milos P, Larraín AI. La vinculación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos en el contexto de la seguridad del paciente. *Aquichan*. 2015;15(1):141-153. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.1.13

1 Directora Magíster en Derecho de la Salud, Universidad de los Andes, Santiago, Chile. pmilos@uandes.cl

2 Directora de Estudios, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

The Ethical-Legal Link between Care Management and Risk Management in the Context of Patient Safety

ABSTRACT

Promoting a safe environment is an essential function of nursing and occupies an increasingly central role in care management. The purpose of this article is to show the existence of an ethical-legal relationship between care management and risk management in the context of patient safety. Method: The article reflects on nursing care and patient safety from an ethical-legal standpoint. Findings: An ethical-legal link between care management and risk management is demonstrated. The order of that relationship and how it fits in with care management are defined, and risk supervision is proposed. Conclusions: Demonstrating the ethical and legal relationship between care management and risk management enhances patient safety as a moral and professional imperative for nurses and nursing.

KEY WORDS

Care management, risk management, patient ethics, legislation, nursing leadership (Source: DeCS, Bireme).

A vinculação ético-jurídica entre a gestão do cuidado e a gestão de riscos no contexto da segurança do paciente

RESUMO

O fomento de um ambiente seguro é uma função essencial dos enfermeiros e ocupa cada vez mais um lugar central na gestão do cuidado. Nesse sentido, o propósito deste artigo é evidenciar a existência de uma relação ético-jurídica entre a gestão do cuidado e a gestão de riscos no contexto da segurança do paciente. **Método:** sob um critério ético-jurídico, reflete-se sobre o atendimento de enfermagem e a segurança do paciente. **Resultados:** demonstra-se uma vinculação de caráter ético-jurídico entre a gestão do cuidado e a gestão de riscos. Define-se a que ordem pertence essa vinculação e como se integra à gestão do cuidado. Por último, propõe-se a supervisão por riscos. **Conclusões:** ao demonstrar a vinculação ética e jurídica existente entre a gestão do cuidado e a gestão de riscos, a segurança do paciente se torna, para os enfermeiros e para a enfermagem, um imperativo moral e profissional.

PALAVRAS-CHAVE

Gestão do cuidado, gestão de riscos, segurança do paciente, legislação como assunto, liderança em enfermagem (Fonte: DeCS, Bireme).

Planteamiento

Las políticas públicas centradas en la dignidad de la persona, la atención en salud basada en la evidencia científica, el paso de la incertidumbre al concepto de riesgo en cuanto probabilidad de ocurrencia de un daño y, por tanto, posible de gestionar, así como la mejora en la percepción y valoración de la seguridad asistencial han hecho hoy —aun cuando no se trata de un fenómeno nuevo— que la *seguridad del paciente*, y la consecuente *gestión de riesgos*, se alcen como un imperativo en la prestación de servicios de enfermería, un reto para la formación profesional de pre y posgrado, y en una promisorio y fecunda área de investigación.

La enfermera, de un modo universal —sociológica o jurídicamente— es la depositaria de la *gestión del cuidado*, entendida esta como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización y control de la provisión de cuidados: directos, oportunos, seguros, integrales, continuos y personalizados, en el contexto de la atención en salud (1). El concepto de un cuidado seguro, que encierra la gestión del cuidado, es precisado por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) que declara, entre otros, que el fomento de un entorno seguro es una función esencial de las enfermeras.

La afirmación del CIE encuentra fundamento, por una parte, en la naturaleza del quehacer de la enfermera, la que favorece una relación continua con el paciente y con el equipo de enfermería, en la que se gesta un liderazgo favorable a la construcción de una cultura de cuidados seguros (2), y por otra, en la circunstancia de que la enfermera y su equipo constituyen el grupo profesional más numeroso en los establecimientos de salud, con presencia transversal y continua, el que bajo la estructura del *situs* de enfermería (3) puede contribuir de un modo eficiente y eficaz a gestionar los riesgos en los diferentes niveles de la atención en salud.

En Chile, la Ley 20.584 sobre Derechos y Deberes de las Personas vinculados a su Atención en Salud (4), en su artículo 4 trata la seguridad del paciente, aspecto de las prestaciones sanitarias que hasta la fecha se regía por la moral y la ética profesional e institucional³ (5). Desde una óptica proactiva, esta disposición

legal motiva a preguntarse: ¿cuál es la vinculación existente entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos?, ¿a qué orden pertenece esta vinculación?, ¿cómo se integra la gestión de riesgos a la función gestión del cuidado?

Marco conceptual

Si bien la atención en salud tiene como meta la obtención de un beneficio para la persona, diversos estudios han demostrado que un 10 % de los pacientes que ingresan al sistema de atención cerrada sufrirá un incidente con consecuencia de daño (6), hecho que también se observa en la atención abierta, aunque con un menor número de efectos no deseados (7). El *daño* a que nos referimos es aquel que no es consecuencia de una enfermedad o lesión subyacente (8), sino de errores en la atención, los que en su mayoría responden como causa principal a defectos en los sistemas y procesos y no a conductas individuales (9).

El *daño incidental* o *evento adverso* (EA) puede tener consecuencias deletéreas para los pacientes, las que pueden afectar tanto su dignidad, integridad física y psíquica, e incluso su vida, como también aquellos aspectos propios de una buena vida como son la pérdida de agrados o amenidades, que suponen un daño extrapatrimonial (10). Lo anterior, sin descontar las pérdidas económicas y de capacidades que pueden llegar a comprometer un proyecto de vida. Los costos asociados a este tipo de EA, como la pérdida de imagen, competitividad y prestigio, también se hacen extensivos a las instituciones de salud (11).

La gestión de riesgos en la atención en salud

La *incertidumbre* es desconocer el grado de probabilidad con que ocurrirá un hecho. Acarrea variabilidad de la práctica clínica, la que en algunos casos puede constituirse en un factor de riesgo importante. El *riesgo*, en cambio, es la contingencia o proximidad de un daño, cuya ocurrencia es conocida. El riesgo es un evento que puede, o habría podido desencadenar un efecto no deseado o

³ Artículo 4º. Toda persona tiene derecho a que, en el marco de la atención de salud que se le brinda, los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales cumplan las normas vigentes en el país, y con los protocolos establecidos, en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención de salud, referentes a materias tales como infecciones

intrahospitalarias, identificación y accidentabilidad de los pacientes, errores en la atención de salud y, en general, todos aquellos eventos adversos evitables según las prácticas comúnmente aceptadas. Adicionalmente, toda persona o quien la represente tiene derecho a ser informada acerca de la ocurrencia de un evento adverso, independientemente de la magnitud de los daños que aquel haya ocasionado. Las normas y protocolos a que se refiere el inciso primero serán aprobados por resolución del Ministro de Salud, publicada en el *Diario Oficial*, y deberán ser permanentemente revisados y actualizados de acuerdo con la evidencia científica disponible (Ley 20.584).

comprometer la seguridad. En el ámbito sanitario se entiende por riesgo la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud o un factor que incremente tal probabilidad (12).

En la actualidad se puede cuantificar el riesgo y ponderar los beneficios y, por tanto, sobre la base de evidencia científica, es posible decidir una intervención de manera prudente. En situaciones razonablemente riesgosas, sobre las cuales existe incertidumbre, se podrá decidir conforme al *principio de precaución* (13).

El riesgo, por su condición de ser conocido y su probabilidad de ocurrencia, se puede gestionar. Así, la *gestión de riesgos* se concibe como una estrategia tendente a reducir los riesgos hospitalarios (14) y también como un proceso que fundamenta la toma de decisiones en salud al proporcionar un mejor conocimiento de los riesgos y sus consecuencias (15).

La seguridad del paciente: un imperativo de la atención en salud

En este contexto surge el concepto “seguridad del paciente” entendido como la estructura, los procesos, los instrumentos y las metodologías basadas en evidencia científica, cuya finalidad es coordinar esfuerzos para disminuir el riesgo de sufrir un daño prevenible en el proceso de atención de salud o de atenuar sus consecuencias (8).

La seguridad, en todo caso, no se concibe tan solo como una seguridad física, sino que concierne a la persona en una concepción integral. Tampoco está referida exclusivamente al estricto cumplimiento de normas, comprende además la capacidad de anticipación, la evaluación de los riesgos y el hacerse cargo de sus efectos.

La seguridad del paciente se alcanza, entre otros, mediante la gestión de riesgos.

La enfermería y la seguridad del paciente

La historia de la enfermería se identifica con la seguridad del paciente

La profesión enfermera, en cuanto promotora de la seguridad del paciente, se confunde e identifica con sus raíces. Nightingale

documentó visionariamente en su “diagrama de área polar” las condiciones no seguras en los hospitales. También demostró con resultados que las enfermeras formadas sistemáticamente podían hacer más seguro el entorno de los pacientes bajo cuidados (16)⁴. Posteriormente, en los años cincuenta del siglo XX fueron las enfermeras las que iniciaron los reportes de incidencias para ayudar a identificar los riesgos, contribuyendo así a la iniciación de la gestión de riesgos hospitalaria (17).

Las anteriores contribuciones han hecho que las enfermeras sean reconocidas como la clave de la calidad y seguridad en los hospitales (18), y líderes positivos como promotores y educadores de una cultura de la seguridad (19). Lo que, en las últimas décadas, ha sido refrendado por estudios que señalan a las enfermeras como una variable crítica en la identificación de los factores de riesgo tanto potenciales como reales en la atención de los pacientes. De igual forma, ha quedado demostrado el impacto de la formación y dotación de enfermeras en los índices de morbilidad, estadía hospitalaria y en la satisfacción de los pacientes (20, 21).

En Chile, un primer estudio institucional del sector público señala que en enfermería se aprecia preocupación por la prevención de accidentes y un fuerte compromiso por la seguridad (22). De hecho, se ha constatado que las enfermeras se capacitan en temas sobre seguridad de la atención en mayor proporción que otros grupos profesionales (23). En general, los profesionales se capacitan influidos por el clima de seguridad, la seguridad de los pacientes, el tipo de institución, y también por la disciplina profesional de que se trate (24).

El aporte de las enfermeras a la seguridad del paciente y la gestión de riesgos institucional

La seguridad del paciente es un desafío del equipo de salud desde que el control de los riesgos y la consecuente reducción de EA requirió de un abordaje organizacional e interdisciplinar. En este contexto, los profesionales de enfermería se encuentran en una situación estratégica debido a que la posición que ocupan les

4 El artículo hace referencia a los aportes de Florence Nightingale a la organización de los hospitales y a la formación de enfermeras. Los gráficos se encuentran en: Nightingale F. Notes on matters affecting the health efficiency and hospital administration of the British Army founded chiefly on the experience of the late war. Presented by request to the Secretary of State for War. Londres: Harrison & Sons; 1858.

permite obtener y compartir información con el paciente y los diversos profesionales de la salud. El aporte de las enfermeras y su equipo impacta positivamente en la seguridad (25) y también en la contención de los EA (26).

En este tenor, el Ministerio de Salud y Consumo español (2009) da cuenta que las enfermeras: i) coordinan y crean un entorno en el cual se pueden implantar nuevos protocolos multidisciplinarios, además de influenciar en su adherencia; ii) mantienen un mayor contacto con los pacientes; iii) tienen un vasto conocimiento de la realidad de la calidad de la atención y, iv) son una importante fuente de proposición de iniciativas de mejora. Sobre estas observaciones establece como una buena práctica "la ampliación de las responsabilidades de las enfermeras en la gestión de la calidad y de los riesgos". En igual sentido, teniendo en consideración la cooperación específica de las enfermeras a la gestión de riesgos en la atención en salud, algunos autores han concluido que una "cultura centrada en las enfermeras" permite reducir los riesgos y mejorar la calidad (27).

Las condicionantes de la seguridad del paciente en la atención de enfermería

La necesidad de seguridad y la prescripción enfermera

La prescripción de cuidados de enfermería tiene como fundamento la satisfacción de las necesidades sociales de la persona enferma, entre otras la necesidad de seguridad. La necesidad de seguridad, vista aisladamente, tiene relación con la estabilidad, la independencia, la protección de los peligros ambientales y la ausencia de miedo y ansiedad (28). También se ha vinculado con la necesidad de una estructura, unos límites, un orden, una ley, entre otras (29). En su dimensión integral la seguridad, en cambio, comprende todo aquello que cause menoscabo a la persona en una concepción integral.

Siguiendo esta línea es ilustrativo conocer las respuestas de los pacientes vertidas en un reciente estudio ante la pregunta ¿cuáles son las variables que importan para sentirse satisfechos? Los usuarios, sin distinción, afirmaron su mayor aprecio por "la calidez humana del personal, que permita sentirse apoyado y que atenúe el sentimiento de desprotección propia de la vulnerabilidad

que experimenta cuando se hospitaliza" (6). Es importante, entonces, fomentar la práctica de indagar *ex ante* las preferencias, los deseos, las necesidades espirituales y las expectativas de los pacientes sobre tratamientos y procedimientos, a modo de contribuir a aminorar la sensación de inseguridad que los acompaña (30).

Hasta aquí podríamos precisar que es de la esencia de los servicios de la enfermera: la provisión de un *entorno seguro*, el otorgar *cuidados humanizados, basados en la evidencia científica*, y que los pacientes perciban en la atención *confianza y seguridad*.

La atención de enfermería es eminentemente de equipo

La atención de enfermería es un servicio eminentemente de equipo. Que esta sea segura depende de cada una de las acciones que la comprenden, desde aquellas relativas al cuidado básico hasta las involucradas en un procedimiento de tecnología avanzada. En la práctica, el quehacer de la enfermera se multiplica a través del equipo de enfermería (3). A este equipo se suma un valioso aliado: los estudiantes, quienes por su cercanía al paciente juegan un rol importante en la humanización y seguridad de la atención (31).

La actuación colectiva trae aparejada para la enfermera, en su calidad de gestora de los cuidados y jefe del equipo, el imperativo de ejercer un liderazgo orientado tanto al servicio de la persona (6) y a la incorporación de la evidencia científica (32, 33), como a supervisar y asumir ciertas y determinadas responsabilidades ligadas al mando o autoridad (3).

Al efecto proponemos un nuevo concepto de supervisión: la "supervisión por riesgos". Esta va más allá del cumplimiento de normas, tiene un carácter preventivo y lo que pretende es evitar el daño mediante una revisión focalizada que evalúe la gestión efectuada sobre los riesgos identificados. Se trata de detectar la vulnerabilidad del servicio, en especial ante situaciones adversas. Este tipo de supervisión encuentra su fundamento en la dignidad de la persona y el en el uso eficiente de los recursos de supervisión, e implica desarrollar modelos de evaluación de riesgos por parte del supervisor; intervenciones focalizadas, oportunas y flexibles; evaluar el riesgo *in situ*, su gestión y corrección en el día a día⁵.

⁵ Las autoras han recogido el concepto "supervisión por riesgo" del sistema bancario, que a partir del Comité de Basilea (1997) introduce un nuevo enfoque sobre la base del Principio

La enfermera y su equipo comparten la vocación de “cuidar” llevando a cabo, en dimensiones diferentes, trabajos, servicios y cuidados, con un mismo fin: el cuidado del paciente. En este contexto, la enfermera deberá desarrollar capacidades que permitan que en el equipo se genere identidad, pertenencia, adherencia, cohesión y compromiso; una verdadera “pirámide de servicio” donde cada cual aporta lo suyo como una parte del todo. También, con el fin de asegurar servicios humanizados y seguros, deberá establecer canales de comunicación efectivos que favorezcan la transversalidad de los valores humanos y profesionales que el grupo comparte.

La participación de los pacientes: la calidad de la información

La *participación de los pacientes en la seguridad de la atención* ha sido reconocida como una estrategia, tanto en la gestión de los riesgos de su propia atención como en la creación de sistemas de prestación de asistencia más seguros (34-36). Las enfermeras cuentan con experiencia en la incorporación de pacientes y familias al autocuidado. Lo que se pretende ahora es introducir al paciente en la cultura de la seguridad como un agente más en la atención en salud. Un reciente estudio muestra cómo influye en la seguridad el conocimiento de los tratamientos por parte de los pacientes hospitalizados. Demuestra que la información actúa como una suerte de filtro ante posibles errores de medicación y es clave para la mejora de la seguridad asistencial (37).

Cabe tener presente que en Chile la Ley 20.584, en su artículo 11, establece que “Toda persona tendrá derecho a recibir, por parte del médico tratante, una vez finalizada su hospitalización, un informe legible que, a lo menos, deberá contener: a) la identificación de la persona y del profesional que actuó como tratante principal; b) el periodo de tratamiento; c) una información comprensible acerca del diagnóstico de ingreso y de alta, con sus respectivas fechas, y los resultados más relevantes de exámenes y procedimientos efectuados que sean pertinentes al diagnóstico e indicaciones a seguir, y d) una lista de los medicamentos y dosis suministrados durante el tratamiento y de aquellos prescritos en la receta médica”. A propósito de la exigencia de un *informe hos-*

pitalario, nos parece importante que en dicho informe se agregue lo pertinente a los cuidados de enfermería, comprendidos en ellos la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en el hogar.

Las variables críticas para una real y activa participación de los pacientes son dos: escuchar las lecciones aprendidas por ellos como consecuencia de un tratamiento y la calidad de la información que se les entregue para prevenir daños. Sin embargo, rara vez existen canales efectivos para recoger los aportes de los pacientes, en especial los relativos a un EA. Por lo general, ante un EA se levanta un “muro de silencio” y cesa toda interacción productiva. Es frecuente que las preocupaciones de los usuarios se perciban como amenazas de litigio o anécdotas sin base científica, y no como un posible aporte (38). De otra parte, habrá que recoger la experiencia extranjera acerca de la eficacia de instrumentos tales como el informe médico del alta, en cuanto sea comprensible para el paciente, tanto en el lenguaje como en la claridad de contenidos (39).

Una información de mala calidad puede generar inseguridad y con ello inhibir al paciente impidiéndole reconocer las anomalías en su persona o en la organización.

La vinculación ético-jurídica entre la gestión del cuidado, la seguridad del paciente y la gestión de riesgos

El acto de cuidar y la seguridad del paciente

El aporte de las enfermeras a la seguridad del paciente emana precisamente de la esencia de la profesión, que es el cuidar. Cuidado y seguridad se funden en el acto enfermero. El cuidar y la seguridad se relacionan estrechamente con la vulnerabilidad y la confianza de las personas, y ambas actividades se despliegan a través de acciones que se dirigen a proteger, mantener y conservar la vida de un modo integral. De ahí que la *obligación de seguridad* que recae sobre los profesionales y establecimientos de salud se ha denominado también “obligación de cuidados” (40).

El CIE, conforme a la naturaleza de la profesión, mantiene entre sus prioridades la identificación y reducción riesgos y errores, con el propósito de mejorar la seguridad y la calidad del cuidado

Básico “La supervisión bancaria efectiva requiere que sea evaluado el perfil de riesgo de los bancos individuales y que los recursos de supervisión sean asignados en consecuencia”. Supervisory Guidance on Dealing with Weak Banks Report of the Task Force on Dealing with Weak Banks [Internet]. March 2002 [visitado 2012 noviembre 5]. Disponible en: <http://www.bis.org/publ/bcb88.pdf>.

en salud (41). En la misma línea, la norma chilena que dispone una estructura para ejercer la función “gestión del cuidado” establece que en el desempeño de la función se requerirán conocimientos sobre dirección, gestión, trabajo en equipo e investigación, a fin de garantizar la calidad, seguridad, eficacia y eficiencia, la continuidad y coordinación entre los niveles, los cuidados y, en general, el bienestar de los pacientes (1).

La relación enfermera-paciente crea un vínculo ético-jurídico

La relación enfermera-paciente, en términos generales, crea un vínculo ético-jurídico que genera una *obligación principal*, cual es la prestación diligente de los servicios propios de la enfermera. En forma complementaria a esta obligación, surgen las *obligaciones de previsibilidad y evitabilidad* del daño. Estas *obligaciones accesorias* son independientes en cuanto a que son exigibles aunque la obligación principal se haya cumplido.

Se podría decir que la intervención de la enfermera se despliega en dos planos: uno prestacional y otro de protección. El *deber de prestación* manda a hacer o no hacer algo a lo que uno se ha comprometido. En cambio, el *deber de protección* nace con el fin de no afectar el patrimonio, la integridad física ni psíquica, la salud, ni ningún otro derecho con ocasión de la ejecución de la prestación debida (42).

Aun cumplido el acto, la acción o la actividad profesional existe la obligación de prever los posibles daños y de evitarlos si a pesar de las medidas de prevención estos ocurren.

A modo de ejemplo: la técnica diagnóstica conocida como “prueba de esfuerzo” tiene un riesgo de 1/10.000 de presentar un paro cardio-respiratorio durante el procedimiento. *Medidas de prevención*: anamnesis dirigida a detectar síndrome coronario en evolución; *control previo*: electrocardiograma, presión arterial, frecuencia cardíaca; consultar sobre tratamiento con medicamentos (en especial betabloqueadores), otros. *Medidas de evitabilidad*: carro de paro en condiciones de uso, personal entrenado en RCP, aplicar RCP en caso necesario, contacto previo con UTI para el traslado eventual de un paciente, otros.

La vinculación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la seguridad del paciente, y la consecuente gestión de riesgos

La función “gestión del cuidado”, tanto en su fase abstracta —*gestión*— como en su fase concreta —*cuidado*—, se relaciona respectivamente con la previsibilidad y la evitabilidad del daño, en cuanto obligaciones accesorias de la prestación de servicios de enfermería. También se vincula con “las medidas de mejora” (8), en cuanto acciones “basadas en el aprendizaje” dirigidas a prevenir un futuro daño.

Primera fase: gestión

La primera fase en la “gestión del cuidado” es intelectual, de carácter abstracto y corresponde a la gestión que, en nuestro caso, es un proceso en el que se definen prioridades y se toman decisiones sobre cuidados de enfermería. Al involucrar valores intrínsecos tales como la vida, la integridad física y psíquica y la intimidad, y valores instrumentales como la eficiencia, la eficacia y la rentabilidad, hace que esta no sea una tarea neutra, ni exenta de tensiones que, como parte de su misión la enfermera habrá de resolver de un modo prudente (43), haciendo primar el interés del paciente por sobre los propios intereses, los de las instituciones de salud o los del Estado.

La fase de gestión se relaciona con el pensar, con el saber, con la moral personal y el *ethos* profesional; es básicamente valorativa. Es en este momento cuando surge el *deber de cuidado interno*, que es el que obliga tanto a advertir los riesgos (el peligro) que encierra la intervención que se pretende como a ponderar los efectos adversos que pueden acarrear las decisiones que se toman. El deber de cuidado interno hace referencia también a la conciencia de las propias limitaciones y capacidades antes de emprender las acciones de cuidado.

Es en la fase de gestión que entendemos inserta la *obligación de previsibilidad*. En la prevención del daño la enfermera deberá incorporar, conforme a la disciplina de enfermería, la mejor evidencia científica disponible —sobre riesgos relacionados con la atención en salud en general, la enfermedad y los cuidados de enfermería en particular— y los recursos con que se cuenta. Sobre la base de estos y otros antecedentes se decidirán las medidas preventivas inmediatas y mediatas, las acciones de información y

educación al paciente, las de orientación y capacitación del personal, las de supervisión general y supervisión por riesgos, y otras que conforme a las particulares características del paciente permitan prevenir el daño de un modo integral.

Como se aprecia, la fase de gestión hace alusión a la *previ-sibilidad individual*, lo que obliga a valorar el riesgo y adecuar la conducta y los medios a dicho peligro para evitar el resultado. En esta fase se deberá entonces evaluar el riesgo específico del paciente en razón de su edad, sexo, patologías, antecedentes, así como el riesgo inherente al ámbito y los procesos de atención en el que este se encuentra, a fin de garantizar las barreras de seguridad que requiera. Asimismo, se deberá decidir para el caso concreto cuáles actividades de cuidado son encargables (delegables) y cuáles no (25); como también establecer, conforme a la “supervisión por riesgos”, un orden de prelación e intensidad en el control del paciente bajo cuidado.

En esta primera fase queda incluido el *deber informar sobre los riesgos del tratamiento o la intervención propuestos y la obtención del consentimiento o el rechazo a las propuestas de cuidado*. El informar sobre los riesgos a los pacientes no solo pretende el ejercicio de su autonomía, con la aceptación o el rechazo, también tiene el efecto de involucrarlo en su cuidado (44)⁶ y de comprometerlo con su seguridad (45), todos aspectos que incidirán en la gestión del cuidado.

Esta fase culmina con la “prescripción de cuidados de enfermería” para el caso concreto.

Segunda fase: cuidado

La *segunda fase*, que corresponde al *cuidado*, se sustenta en la *prescripción enfermera* hecha en la fase anterior. Esta fase es de carácter concreto y se relaciona principalmente con el hacer: comprende un *componente humano* y un *componente técnico*, e involucra un *deber de cuidado externo* que consiste en actuar de acuerdo con el peligro conocido, esto es, adecuar la conducta a la situación peligrosa advertida, con el fin de evitar la producción del resultado previsto. También significa la abstención de la realización de acciones peligrosas más allá de lo razonable y socialmente permitido (46)⁷. Esta fase implica una intervención que potencial-

mente puede —para bien o para mal— cambiar el curso natural de los procesos. En ella, más allá de la prestación del servicio, en caso de que un riesgo, previsto o no, en la etapa anterior se concrete, surge un *deber de cuidado externo* que activará la *obligación de evitabilidad*, que comporta desplegar todas las acciones posibles dirigidas a evitar que el daño se consume o a reducirlo, si no fuera posible evitarlo. Así, a la enfermera se le puede pedir que prevea el riesgo y que, en su caso, mitigue los daños (47).

Tercera fase: de mejora

Por último se suma una *tercera fase*, que involucra a las dos anteriores, que es aquella en que, de ser necesario, se reparará o compensará el daño ocasionado, se informará al paciente y se implementarán *medidas de mejora*.

En caso de un *incidente*, con o sin resultado de daño, se deberán tomar medidas dirigidas: i) *al paciente*: posterior tratamiento clínico de una lesión, información sobre el evento adverso, presentación de disculpas, entre otros, y ii) *a la organización*: reunión informativa con el personal comunicando lo ocurrido, revisión de procedimientos, modificación de procedimientos y rutinas de ser necesario, gestión de reclamaciones (8). Esta última fase, por una parte, retroalimenta a la etapa de gestión y, por otra, exige a los prestadores de los cuidados directos dar cuenta sobre los incidentes que hubieren sobrevenido durante su intervención (4).

Si a pesar de los esfuerzos por prevenir y evitar el daño, este se concreta, surge el deber ético y, en Chile, el imperativo legal de informar al paciente sobre la ocurrencia de un daño no deseado ni vinculado directamente con la enfermedad y su tratamiento. El paciente tiene derecho, por una parte, a saber qué ha pasado y, por otra, a reclamar apoyo, ayuda y reparación del daño causado (48). Se sabe que informar sobre los errores beneficia a los pacientes: les permite buscar soluciones de forma precoz y apropiada, pudiendo prevenir daños futuros; bajar la ansiedad al conocer las causas de lo ocurrido y participar de forma activa en la toma de decisiones. Por otra parte, ofrece la oportunidad de compensar las pérdidas y mejorar la relación asistencial (48).

Frente al deber de informar un EA se han descrito las siguientes respuestas: i) no cumplirlo y ocultar la información, ii) manejar la información con grupos de pares, iii) comunicarla al paciente conforme a las normas internas de la institución, iv) notificarla a las autoridades sanitarias. Se ha reportado que los profesiona-

⁶ El autor vincula el deber de información con el deber de consejo.

⁷ Cualquier contacto social entraña un riesgo, incluso cuando todos los intervinientes actúan de buena fe, de ahí surge el concepto de *riesgo permitido*, el que entre otras concepciones se entiende como el resultado de un tipo de actividad adecuada socialmente.

les, en su mayoría, evitan comunicar al paciente la ocurrencia de un EA, señalando no encontrarse preparados para afrontar estas situaciones (49). Las causas de no informar se han relacionado con el desconocimiento; la falta de habilidad para hacerlo; el miedo a perder la confianza, la reputación, los privilegios, el estatus profesional e incluso la licencia para ejercer; el sentimiento de desprotección o el temor a acciones legales (48).

En Chile, la disposición legal contenida en el artículo 4 de la Ley 20.584 establece que “toda persona o quien la represente tiene derecho a ser informada acerca de la ocurrencia de un evento adverso, independientemente de la magnitud de los daños que aquel haya ocasionado” (4). Dada la reciente publicación de la ley, la autoridad ha definido que será el director del establecimiento quien informará al paciente o su representante (50). Sin embargo, teniendo en consideración la presencia de daño para el paciente, queda aún sin definir: qué informar y cómo informar, y de qué modo la garantía constitucional de no autoincriminación se aplica en esta situación.

Consideraciones finales

Los estudios sobre EA en los diferentes niveles de atención coinciden en señalar que un elevado número de pacientes sufren daño o fallecen como consecuencia de una atención sanitaria no segura. En este contexto se ha valorado la posición estratégica de la enfermera y su equipo en el control de los riesgos que conlleva tanto la atención de enfermería como la atención en salud.

La atención de enfermería tiene sus propios riesgos, que son frecuentes pero controlables. Al quedar demostrada en este estudio la vinculación ética y jurídica existente entre la “gestión del cuidado” y la “gestión de riesgos”, la seguridad del paciente y la gestión de riesgos se levantan, para las enfermeras y la enfermería, como un imperativo moral y profesional:

En la asistencia

El trabajo de la enfermera, que se desarrolla a través de actuaciones en equipo, caracterizado por un actuar jerárquico, implica supervisar las acciones que emanan del *acto enfermero*. De cara a la evidencia científica y la escasez de enfermeras se propone la *supervisión por riesgos* ya que permite mejorar la eficiencia y eficacia en el control de los riesgos, como también propender a la configuración de una *pirámide de servicios* fundada en el deber de protección de los pacientes; en el deber de velar por los recursos, tanto personales como institucionales, y en la mejora conti-

nua de la calidad de la atención y la profesión. Se espera que los supervisores valoren la gestión de riesgos, aporten información sobre los riesgos observados, contribuyan a la cultura de la calidad y seguridad, y colaboren eficazmente con el gestor de riesgos, la unidad de calidad y la alta dirección del establecimiento. Teniendo en cuenta que la *supervisión por riesgos* es una propuesta, de ser usada se recomienda elaborar un plan piloto validado por la institución a fin de evaluar su seguridad, eficiencia y eficacia, y comunicar sus resultados.

Es oportuno recordar que el legislador chileno, junto a la “gestión del cuidado” deposita en las enfermeras “el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente”. La “gestión del cuidado” se impregna así de la ciencia de la administración y del deber ético de velar por los recursos. Aspecto relevante del quehacer de la enfermera, que se conjuga al momento de gestionar y de ejecutar acciones de cuidado, en especial ante el imperativo de gestionar el riesgo de daños asociados a dichos recursos.

Por último, en este ámbito cabe a las enfermeras ser promotoras de la participación de los pacientes en su propio cuidado. Ello en reconocimiento de su razón, como parte de su dignidad, y del legítimo interés que los pacientes tienen por su salud como también por los resultados positivos observados cuando se involucra a estos y sus familias en su propia seguridad.

En la formación

Las entidades formadoras deberán asegurar que las mallas curriculares contemplen aquellos contenidos y competencias necesarias para que las enfermeras asuman desde la disciplina, y con propiedad, la “gestión de riesgos” y la “seguridad del paciente”, en tanto deberes éticos y obligaciones jurídicas que integran la “gestión del cuidado”.

Asimismo, como se ha sugerido en la literatura, es recomendable incorporar la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en la formación teórica y práctica de alumnos.

En la investigación⁸

Las enfermeras deberán promover investigación que les permita, por una parte, identificar y describir los problemas de segu-

⁸ Propuestas elaboradas sobre la base del curso *on-line* “Introducción a la investigación en seguridad del paciente”. Organización Mundial de la Salud (OMS) y Universidad de Zaragoza, junio, 2012. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/research/curso_virtual/es/index.html

ridad propios de enfermería y, por otra, desarrollar y evaluar las soluciones planteadas conforme a los entornos de trabajo.

Será necesario, en cada lugar, estimar la magnitud y las características del riesgo que entrañan los servicios de la enfermera, conocer los factores que contribuyen a la aparición de EA, evaluar

el impacto de los resultados adversos en el sistema de salud e identificar soluciones efectivas, factibles y sostenibles para lograr una atención segura, desde el ámbito de la enfermería. Por último, a la luz de recientes estudios internacionales que miden el impacto de la atención de enfermería sobre la seguridad de los pacientes, se podrá evaluar el estado de la seguridad del paciente en Chile.

Referencias

1. Ministerio de Salud (Chile). Comisión de Legislación de Enfermería 1995-1997. Definición recogida en la Norma 19, Técnica Administrativa. Ministerio de Salud [Internet]. 2007 [visitado 2012 noviembre 1]. Disponible en: http://juridico1.minsal.cl/resolucion_1127_07.doc.
2. Gómez O, Soto A, Arenas A, Garzón J, González A, Mateus É. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Av Enferm*. 2011;29(2):363-74.
3. Milos P, Larraín AI, Simonetti M. Categorización de servicios de enfermería: propuesta para asegurar una atención de calidad en tiempos de escasez de enfermeras. *Cienc Enferm*. 2009;15(1):17-24.
4. Ley 20.584 de 13 de abril de 2012. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud [Internet]. [Visitado 2012 noviembre 1]. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>.
5. Ministerio de Salud (Chile). Subsecretaría de Redes Asistenciales. Establece protocolos y normas sobre seguridad del paciente y calidad de la atención para ser aplicados por los prestadores institucionales públicos y privados (protocolo 0001). [Internet]. [Visitado 2012 diciembre 1]. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/ccb-9752d3583b124e040010164010e01.pdf>.
6. Pezoa M. Superintendencia de Salud: ¿Qué elementos de la atención son, desde la perspectiva del usuario, los que más contribuyen a que se sienta satisfecho? [Internet]. Enero 2012 [visitado 2012 noviembre 1]. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/docs/1/5709760.pdf>.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo (España). Estudio Apeas. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud [Internet]. 2008 [visitado 2012 noviembre 2]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/LibroAPEAS.pdf>.
8. World Health Organization. Más que palabras: Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Informe Técnico Definitivo [Internet]. Enero de 2009 [visitado 2012 noviembre 2]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.
9. Martínez FJ, Ruiz JM, editores. Manual de gestión de riesgos sanitarios. Madrid: Díaz de Santos; 2001. p. 53-67.
10. Barrientos M. Del daño moral al daño extrapatrimonial: la superación del *pretium doloris*. *Revista Chilena de Derecho*. 2008;35(1):85-106.
11. Arango LJ. Importancia de los costos de la calidad y no calidad en las empresas de salud como herramienta de gestión para la competitividad. *Rev Esc Adm Neg* 2009;67:75-94.
12. Ruiz JM. Riesgo, incertidumbre y error en la práctica sanitaria. En: Martínez FJ, Ruiz JM, editores. Manual de gestión de riesgos sanitarios. Madrid: Díaz de Santos; 2001. p. 1-24.
13. Sánchez E. El principio de precaución: implicaciones para la salud pública. *Gac Sanit*. 2002;16(5):371-73.
14. Ministerio de Sanidad y Consumo (España). *Benchmarking* de buenas prácticas en la gestión de riesgos y políticas de reordenación del gobierno clínico en el ámbito hospitalario. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo [Internet]. 2008 [visitado 2012 noviembre 2]. p. 33. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/BenchmarkingGestionRiesgosGobiernoClinico.pdf>.

15. Australian / New Zealand Standard, AS/NZS 4360:1995. En: Martínez FJ, Ruiz JM, editores. Manual de gestión de riesgos sanitarios. Madrid: Díaz de Santos; 2001. p. 59.
16. Atewell A. Florence Nightingale 1821-1910. Perspectivas: revista trimestral de educación comparada. 1998;28(1):173-189.
17. Baptista JL. Experiencias internacionales en gestión de riesgos sanitarios. En: Martínez FJ, Ruiz JM, editores. Manual de gestión de riesgos sanitarios. Madrid: Díaz de Santos; 2001. pp. 226-228.
18. Mason D. Transforming Health Care for Patient Safety: Nurses' Moral Imperative to Lead. En: Hughes RG, editor. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.
19. Sammer C, James B. Patient Safety Culture: The Nursing Unit Leader's Role. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing [Internet]. 2011 [visitado 2012 noviembre 4]. 16 (3). Disponible en: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No3-Sept-2011/Patient-Safety-Culture-and-Nursing-Unit-Leader.html>.
20. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. N Engl J Med. 2002;346:1715-1722.
21. Tourangeau AE, Doran DM, McGillis L, O'Brien-Pallas LL, Pringle D, Tu JV et al. Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. J Ad Nur. 2007;57(1):32-44.
22. Superintendencia de Salud (Chile). Usuarios del sistema de salud quieren más calidez en el trato e información que se entienda a la hora de ser atendidos por los médicos. [Internet]. [Visitado 2012 noviembre 4]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/568/w3-article-7393.html>.
23. Muñoz-Castro FJ, Valverde-Gamero E, Villanueva-Guerrero L, Mudarra-Aceituno MJ, Vázquez-Vázquez M, Almuedo-Paz, A. Evolución de la formación continuada acreditada tras la puesta en marcha de la Estrategia para la Seguridad del Paciente. Rev Calidad Asistencial. 2012;27(5):262-69.
24. Singer SJ, Gaba DM, Falwell A, Lin S, Hayes J, Baker L. Patient Safety Climate in 92 US Hospitals: differences by work area and discipline. Med Care. 2009;47:23-31.
25. Gómez AI, Espinosa AF. Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar. Aquichán. 2006;6(1):54-67.
26. Ministerio de Sanidad y Política Social (España). La seguridad en los cuidados de los pacientes hospitalizados. Proyecto Séneca. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social [Internet]. 2010 [visitado 2012 noviembre 4]. Disponible en: <http://www.mspsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ProyectoSENECA.pdf>.
27. Ministerio de Sanidad y Política Social (España). Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. proyecto Séneca: informe técnico 2008 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y política Social. 2009 [visitado 2012 noviembre 4]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf>.
28. Henderson V. Principios básicos de los cuidados enfermería. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 1971.
29. Villarreal E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud Uninorte. 2007;23(1):112-19.
30. Gómez O, Arenas W, González L, Garzón J, Mateus E, Soto A. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá. Cienc Enferm. 2011;17(3):97-111.
31. Milos P, Larraín AI, Simonetti M. Humanidad y seguridad en la atención de pacientes: guía de buenas prácticas para docentes y alumnos. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2010.
32. Rodríguez V, Paravic T. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. Enferm Glob. 2011;10(24):246-53.
33. Pedro-Gómez J, Morales-Asencio JM, Sesé A, Bennasar M, Artigues G, Perelló C. Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: situación en las Islas Baleares. Gac Sanit. 2011;25(3):191-97.

34. Ministerio de Salud y Consumo (España). Estrategia en seguridad del paciente: recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. [Internet]. [Visitado 2012 noviembre 5]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp1.pdf.
35. Organización Mundial de la Salud. 59ª Asamblea Mundial de la Salud, Punto 11.16 del orden del día provisional. La seguridad del paciente. [Internet]. [Visitado 2012 noviembre 5]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_22-sp.pdf.
36. Organización Mundial de la Salud. Pacientes en Defensa de su Seguridad. [Internet]. [Visitado 2012 noviembre 5]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es/index.html.
37. Santos-Pérez MI, García-Rodicio S, Abajo del Álamo C. Conocimiento de los tratamientos en pacientes hospitalarios: herramienta necesaria para la seguridad asistencial. *Rev Calidad Asistencial*. 2012;27(5):270-74.
38. López M, director. Tratado de responsabilidad médica. Responsabilidad civil, penal y hospitalaria. Santiago de Chile: Legis; 2007. p. 483.
39. Jiménez-Puente A, Lara-Blanquer A, Benítez-Parejo N, García-Díaz MA, García-Alegoría J. Claridad de las recomendaciones al paciente en el informe de alta hospitalaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2012;27(5):283-7.
40. Guajardo B. Aspectos de la responsabilidad civil médica. Doctrina y Jurisprudencia. 2ª ed. Santiago de Chile: Librotecnia; 2005. p. 75.
41. Consejo Internacional de Enfermería (CIE). Declaración de posición del CIE: Seguridad de los pacientes. [Internet]. [Visitado 2012 noviembre 6]. Disponible en: <http://www.patienttalk.info/pspatientsafesp.htm>.
42. Cabanillas A. Introducción al estudio del deber de protección en el Derecho de Obligaciones. Homenaje a Luis Rojo. Santander: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cantabria; 2002. p.175.
43. Gracia D. La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial. En: Ética profesional y ética institucional: entre la colaboración y el conflicto. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. [Internet]. [Visitado 2012 noviembre 6]. Disponible en: <http://www.fundaciogrifols.org/polymitaImages/public/fundacio/Publicacions/PDF/cuaderno28.pdf>.
44. Acosta V. La responsabilidad civil médica. Santiago de Chile: Jurídica de Chile; 1990. p. 251.
45. De Lorenzo L, Montero R. Responsabilidad legal del profesional sanitario. Madrid: Asociación Española de Derecho Sanitario; 2000.
46. Mir S. Derecho penal: Parte general. 8ª ed. Barcelona: Reppertor; 2009. p. 522-23.
47. Barrientos M. La obligación de seguridad en la subcontratación laboral: previsibilidad del hecho y del daño. *Revista Chilena de Derecho*. 2012;39(1):77-111.
48. Lorda S. Ética y seguridad de los pacientes. *Humanitas, Humanidades Médicas*. 2005;8:145-60.
49. Iglesias-Alonso F, Tejero-González JM, Torijano-Casalengua ML, Mira JJ. Elementos básicos de una cultura de seguridad clínica (carta al Director). *Rev Calidad Asistencial*. 2012;27(5):295-7.
50. Ministerio de Salud (Chile). Subsecretaría de Redes Asistenciales. Normas sobre seguridad del paciente y calidad de la atención respecto de: reporte de eventos adversos y evento centinela (Protocolo 0002) [Internet]. [Visitado 2012 diciembre 1]. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/ccba4463ab346131e040010164016a11.pdf>.