



Facultad de Estudios Superiores

**IZTACALA**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TESINA  
“ENFERMERÍA Y LA NEGLIGENCIA”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA  
CUAUHTEMOC GUTIERREZ CRUZ

DIRECTORA DE TESINA  
DRA. NORMA IVETTE BELTRÁN LUGO

Los Reyes Ixtacala, 2023.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

### *Agradecimientos y dedicatorias*

*A mis padres por el apoyo durante los años cursados en la carrera, por la confianza depositada, las noches de desvelos que estuvieron junto a mí, su ahínco para forjar una gran persona y el amor incondicional, ya que sin vuestro trabajo y sacrificio yo no estaría celebrando esta tesina, simplemente gracias por ser mis padres.*

*A mi hermano, por la paciencia, los abrazos inesperados y levantarme en situaciones difíciles en todo este proceso.*

*A mi asesora de Tesina Dra. Ivette Beltrán, por el apoyo, el cariño, el tiempo dado, por ser una gran persona y por siempre tener una gran sonrisa en todo momento al recibirme para trabajar conmigo, ya que sin ella no hubiera sido posible la conclusión de éste trabajo.*

*A cada uno de mis docentes que contribuyeron a mi formación, gracias por la motivación, el apoyo y sobre todo las enseñanzas que me compartieron durante este camino para ser una mejor persona y crecer profesionalmente.*

*A Fernanda Martínez hermana del alma y por elección, por preocuparse siempre por mi estado de salud y por su amistad en tiempos difíciles, gracias por siempre ser incondicional y animarme cuando ya no podía más, mi cariño, admiración y respeto siempre.*

*A Carlos Chavero, mi gran compañero y amigo del servicio social, gracias por animarme a continuar cuando mis fuerzas escaseaban, eres un gran ser humano, puro y noble de corazón.*

*A la Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM mi alma mater, por todas las enseñanzas recibidas durante mi desarrollo profesional y con lo que me fue posible conocer personas maravillosas que hoy en día forman parte fundamental en mí. Siempre orgulloso de poder formar parte de la máxima casa de estudios. ¡No puedo decir otra palabra más que “gracias”!*

*Gracias infinitas a ustedes y, por supuesto, a Dios, por ponerlos en mi camino.*

## Índice

INTRODUCCIÓN .....	4
Justificación .....	7
Objetivos .....	9
General:.....	9
Específicos:.....	9
Metodología.....	9
CAPÍTULO I. LA NEGLIGENCIA Y SU ORIGEN.....	10
Tipos de Negligencia médica:.....	12
Factores causales o de riesgo que conducen a la negligencia .....	14
CAPÍTULO II. INCIDENCIAS DE NEGLIGENCIAS EN MÉXICO Y OTROS PAÍSES POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.....	26
México.....	26
España .....	28
Estados Unidos.....	28
Costa Rica.....	30
CAPÍTULO III. RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA .....	33
Clasificación del Personal de Enfermería.....	35
Personal Profesional: .....	35
Personal No Profesional:.....	35
Responsabilidades de acuerdo con la NOM-019-SSA3-2013.....	36
Del personal no profesional:.....	36
De los técnicos especializados en enfermería: .....	37
De los licenciados en enfermería: .....	37
Del personal de enfermería con estudios de posgrado en un área específica de la práctica profesional: .....	37
Del personal de enfermería con doctorado:.....	38
Responsabilidades en el ámbito legal.....	38
Responsabilidades administrativas.....	39

Responsabilidades penales .....	39
Responsabilidades civiles .....	40
Bases constitucionales .....	41
Normas Éticas.....	43
Normas Profesionales .....	44
Normas legales.....	45
CAPITULO IV. PREVENCIÓN DE LAS NEGLIGENCIAS EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA .....	48
Prevenir riesgos en el ejercicio profesional .....	50
Afrontar el error profesional .....	50
Cultura de seguridad del paciente .....	52
CONCLUSIONES .....	60
Bibliografía .....	62

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como principal objetivo conocer y analizar las situaciones en las que surgen negligencias ocasionadas por parte del personal de enfermería, resaltando que el otorgar atención a la salud debe basarse en las dimensiones técnicas e interpersonales de una forma oportuna, continua, segura, educativa, con respecto a los principios éticos y normas oficiales mexicanas, centradas en el paciente para satisfacer sus necesidades de salud, demandas de atención y expectativas.

Este documento aborda a la enfermería como una disciplina científica producto de una historia secular, de un quehacer natural y espontáneo que se ofrece como respuesta a necesidades humanas. El cuidado, objeto de estudio de la Enfermería, significó una práctica que a través de diversas culturas y organizaciones sociales permitió acumular experiencias, técnicas adaptadas, conocimiento primero común, luego sistémico, métodos de trabajo propio y el uso de tecnologías, que se adaptaron y dominaron hasta racionalizar e institucionalizar su pertinencia y aplicación, donde el cuidado es priorizado y brindado de acuerdo a las necesidades del paciente. El cuidado está presente desde la conformación de las sociedades primitivas, en donde las distribuciones de sus funciones giran alrededor de garantizar la supervivencia de la raza humana y por lo tanto su bienestar, hoy en día la práctica enfermera está basada en la ciencia y no solo en el empirismo y por lo tanto está regulada a través de leyes que la regulan para poder brindar una atención de calidad.

Hoy en día, la seguridad del paciente se considera una prioridad nacional en varios países, debido al alto índice de errores en la atención dentro del ámbito hospitalario. Éstos pueden ser causa de muerte, invalidez, daños económicos o juicios contra profesionales de la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS), citada por Rodríguez R en 2019, refiere los estudios realizados por el Instituto de Medicina de Harvard: se estimó que el 4% de los pacientes sufre algún tipo de daño en el hospital, 70% de los eventos adversos provoca incapacidad temporal y el 14% de los incidentes son mortales, esto está muy alejado de la calidad del cuidado y se considera una mala praxis.(Robles JN)<sup>1</sup>

La calidad de la atención a la salud y la seguridad del paciente son una prioridad nacional, un objetivo común y una responsabilidad compartida sectorialmente, al igual que la atención y el análisis de las quejas al personal de salud. Esta no reside en una persona, dispositivo o unidad en particular, sino en las interacciones entre todos los componentes del sistema dentro de las organizaciones de salud.

Cuando la calidad de la atención médica no cumple con los atributos señalados el usuario lo percibe, a lo cual existen diferentes posibilidades o manifestaciones que dan origen a la insatisfacción que se traduce en una manifestación verbal y/o escrita (queja), que puede generar una demanda ante los medios jurisdiccionales, o ante sistemas alternativos de solución de conflictos médicos como lo es el caso de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), o en las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, en los casos más graves o lo más común dentro del mismo entorno donde sucedió la queja, o lo más grave que a pesar de percibir la mala calidad no haya reclamo alguno.

Este trabajo presenta 4 capítulos, donde se explican generalidades de las negligencias, la incidencia en México, Estados Unidos y Costa Rica además de explicaciones sobre las responsabilidades del profesional de Enfermería.

Para ser específicos, al desarrollar el siguiente trabajo se abordan 4 capítulos que a continuación se explican:

En el primer capítulo se abordan los aspectos conceptuales de una negligencia, mismos que son tomados de la OMS y la CONAMED, abordando algunos detalles de esta instancia especializada en atribuciones y quejas por negligencias o mala praxis, así como su función, además de que se describen las causas y riesgos que originan una negligencia, elementos que la conforman, además de la forma en que el personal de enfermería incurre en este tipo de malas prácticas.

En el segundo capítulo se identifican incidencias reportadas de negligencias por personal de enfermería, donde según los últimos datos reportados por la CONAMED en 2017 el índice

de estas eran casi mínimas, aunque en los últimos años han incrementado las demandas y quejas hacia el personal de enfermería.

En el tercer capítulo se explican de forma detallada de acuerdo al personal profesional y no profesional de la carrera su grado de actuar y responsabilidad con base a normas legales, profesionales, éticas y constitucionales. Donde se mencionan las responsabilidades en diferentes ámbitos como pueden ser legales, administrativas, penales y civiles.

En el cuarto capítulo se abordan una serie de recomendaciones para prevenir el error en la práctica enfermera, donde se hace énfasis en que estos errores más que prevenirse deben evitarse a toda costa y si ya se cometieron poder afrontarlos.

## Justificación

En los últimos años, el número de quejas y demandas (por presuntas negligencias) a enfermeros ha ido en un aumento notable en nuestro país y en el mundo.

El termino negligencia, según la CONAMED, es un descuido de precauciones y atenciones calificadas como necesarias; *cuando a pesar de tener el conocimiento no se aplica y se provoca daño*. Esto es un tipo de mala praxis en la que existe incumplimiento de los principios de la profesión "lo que se debe hacer no se hace o sabiendo lo que no se debe hacer lo hace", la mayor parte de las reclamaciones son debidas a un mal resultado o a una complicación imprevisible y/o inevitable de la enfermedad, del procedimiento diagnóstico utilizado o del tratamiento.<sup>1</sup> Esto no es de extrañar, porque la enfermería no es una ciencia exacta y su práctica comporta un riesgo para los enfermos. Por otra parte, el ejercicio de la enfermería incide sobre los bienes más apreciados de la persona, la salud y la vida. Por tanto, es comprensible que los ciudadanos presenten reclamaciones cuando se producen situaciones que afectan negativamente a su salud y que, con o sin razón, atribuyan culpabilidad al personal de salud.

Generalmente, las reclamaciones judiciales acontecen cuando se han producido efectos negativos para la salud del paciente como consecuencia de un acto médico de los que se culpa al profesional. En algunos casos, más que por daños físicos, se interpone la reclamación, por lo que se consideran daños morales o por pérdidas económicas relacionadas con la actuación del profesional de la salud (lucro cesante). Por ello es necesario tomar conciencia del valor de desarrollar acciones concretas en materia de administración de riesgos, adoptando una actitud anticipativa y proactiva para prevenir demandas y no solo la prevención de demandas sino este tipo de errores en la práctica médica.

Debido a lo anterior, es de suma importancia que el personal de enfermería (tanto en formación como trabajador) tenga pleno conocimiento de las implicaciones éticas legales que conlleva una negligencia.

Aunque mucho se habla de este término, poco es el conocimiento al respecto, por lo que otro objetivo del presente trabajo es también documentar para que profesional de enfermería pueda comprender y prevenir los errores en su actuar diario del ámbito laboral; ello en aras de la disminuir las quejas y demandas relacionadas con los cuidados que muchas veces son catalogados como de mala calidad.

El conocimiento brinda seguridad para contribuir a la homeostasis del paciente, dado que el éxito de los cuidados de enfermería depende en gran medida de la relación enfermera-paciente, es importante que el profesional de la salud documente las experiencias y coadyuve en la construcción del conocimiento disciplinar.

Es preciso pues, por parte de los profesionales de enfermería, sea cual sea su ámbito de actividad: asistencia, docencia, investigación ó gestión, tomar conciencia de la actual situación de exigencia de responsabilidad y la adopción de un conjunto de medidas al respecto, con un posicionamiento positivo y activo, dirigido a la prevención del riesgo, huyendo de actividades negativas o catastrofistas que nos puedan conducir hacia lo que se pueda llamar “Enfermería Legal”, que no se traduce a una mejora de la atención al paciente, pero sí que provoca un bloqueo del desarrollo científico y supone un incremento notable del gasto sanitario.

## Objetivos

### General:

- Analizar las situaciones en las que surgen negligencias ocasionadas por el profesional de enfermería.

### Específicos:

- Describir las funciones y responsabilidades específicos del profesional de enfermería en el rol asistencial.
- Identificar las causas que llevan al profesional de enfermería a cometer errores en la atención médica.
- Describir las estrategias para evitar la negligencia en el quehacer enfermero.

## Metodología

Se trata de una investigación de tipo documental, en la que se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la literatura tanto nacional como internacional para conocer lo ya escrito sobre el tema. Se emplearon las tecnologías de la información y comunicación, como la Biblioteca Digital de la UNAM (BIDIUNAM), para consultar diferentes fuentes de información fidedigna que van desde bases de datos científicas, guías de práctica clínica o repositorios en sitios de la Organización Mundial de la Salud.

Se compararon datos de diversos organismos tanto nacionales como internacionales, organizando la información que representa la realidad respecto a la situación de negligencias del personal de enfermería, esto a nivel mundial y nacional.

Las palabras clave utilizadas, incluyendo Descriptores en Ciencias de la Salud, fueron: Enfermería, negligencia, error, mala praxis, daño, responsabilidad profesional, denuncia, práctica hospitalaria y riesgo. Se consideraron documentos actualizados, es decir con vigencia de 5 años a la fecha, descartándose aquellos que rebasan este lapso de tiempo. Asimismo

## CAPÍTULO I. LA NEGLIGENCIA Y SU ORIGEN

Los profesionales de enfermería están a la vanguardia de la acción, brindando servicios y desempeñando un papel importante en el cuidado centrado en la persona y la comunidad. En muchos países, son líderes o actores clave en comunidades de salud multidisciplinarios e interdisciplinarios. La enfermería incluye la atención y cuidado de forma cooperativa y autónoma para personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, y en cualquier entorno. Brindan una amplia gama de servicios sanitarios en todos los niveles del sistema de salud y en México son una clave importante para el sistema de salud ya que son parte esencial de la recuperación de un paciente, aunque debido al deterioro del sistema de salud, se producen una serie de errores en la atención al paciente.

Los errores humanos ocurren en todas las profesiones, son parte de la condición humana, sin embargo, cada vez son más evidentes en el sector salud; es uno de los problemas más complejos e inciertos. Los errores deben reconocerse de forma intra-institucional, no de manera personal o profesional, por lo que las comunicaciones deben ser anónimas para establecer estrategias y medidas globales para la reducción de daños al paciente.

Aunque la formación de los enfermeros profesionales ha sido y sigue siendo con expectativas idealistas de perfección, son socializados para la práctica, no permitiéndose cometer errores, lo que puede dificultar el reconocimiento constructivo y la aceptación de errores propios, creando así una tendencia a encubrirlos cuando tales errores son inevitables.<sup>1</sup>

El personal de enfermería necesita conocer y comprender el alcance de su práctica, así como los estándares de atención que han sido establecidos por sus instituciones y servicios de enfermería, sin embargo, la mayoría de las enfermeros son formados en ámbitos procedimentales, recibiendo así muy poca información formal sobre aspectos legales, aprendizaje, comunicación y participación activa en organizaciones profesionales, con el fin de prevenir o ayudar a responder adecuadamente a este tipo de quejas o, en su defecto,

para reducir la incidencia de dichas quejas. En los últimos años se ha incrementado el número de demandas contra profesionales de enfermería por negligencia en la atención al paciente.

Con relación a estos conceptos se puede resumir que una negligencia ocurre cuando el profesional de la salud no actúa conforme a las normas, habilidades y conocimientos necesarios de la profesión, ocasionando daños en la salud del paciente debido a que su actuación estaba respaldada de conocimientos pero no se vio reflejada en sus intervenciones, por el contrario de la misma manera cuando se tomó la decisión de intervenir sin tener los suficientes conocimientos derivando a perjuicios en la condición del paciente.

Una negligencia médica, refiere la OMS, *comprende la falla del médico o profesional de la salud en conformidad de las normas de la atención para el tratamiento de la condición del paciente, o falta de conocimiento, o negligencia al proporcionar la atención del paciente, que es la causa directa de un accidente al paciente.*<sup>2</sup>

Una negligencia según la CONAMED es un descuido de precauciones y atenciones calificadas como necesarias; cuando a pesar de tener el conocimiento no se aplica y se provoca daño.

Antonio Fuente del Campo describe a la negligencia como el incumplimiento de los principios elementales inherentes a la profesión; esto es que sabiendo lo que se debe hacer, no lo hace, o a la inversa, que sabiendo lo que no se debe hacer, lo hace.<sup>4</sup>

Desde hace tiempo, han proliferado las denuncias contra profesionales de enfermería y organizaciones donde trabajan debido a algún tipo de negligencia cometida, no solo en México sino también en Estados Unidos y otros países, según el National Council of State Boards for Nursing, más de cinco mil profesionales de enfermería son multados cada año por conducta profesional inapropiada, pero muchos más son investigados y, en algunos estados, incluso se multa a más profesionales de enfermería que a grupos de médicos.

Por lo anterior, Se debe ser consciente de que la responsabilidad profesional constituye la sanción natural de una actividad libremente escogida y ejercida. En Costa Rica, no existe un órgano que regule este tipo de casos además de que no son raros los casos en que se denuncia por negligencias no a un médico sino al personal de enfermería que se encargó de brindar atención al paciente.

En México se cuenta con una instancia dedicada y enfocada a recibir quejas, irregularidades en la prestación de servicios médicos para emitir opiniones y acuerdos que permitan solucionar estos conflictos actuando con imparcialidad, confidencialidad y respeto, mediante procedimientos alternativos para la resolución de los conflictos tales como: orientación, gestión inmediata, conciliación y arbitraje, esta institución es la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

Para garantizar la calidad de la atención, no solo se debe contarse con personal suficiente, sino además que este cuente con conocimientos adecuados, actualizados y basados en la evidencia, con entrenamiento en el manejo y mantenimiento del material y tecnología, y de igual forma tener en cuenta que se trabaja sobre una persona, por lo que hay que cuidar de forma holística y con base a sus necesidades.

Entablar una adecuada comunicación enfermero-paciente es esencial para establecer una buena relación. Asimismo, el paciente tiene derecho a expresarse y confiar en los profesionales de la salud que lo atienden. A menudo una buena comunicación puede prevenir demandas por negligencia.

#### **Tipos de negligencia médica:**

La negligencia médica se puede nombrar de dos formas:

- ✓ Negligencia médica **prevenible** responde a situaciones como error o retraso en el tratamiento, falla en el diagnóstico, falta de consentimiento informado, falta de entrenamiento, lesiones al nacimiento o mala práctica obstétrica, errores

quirúrgicos, falla del equipo médico, supervisión inadecuada o la continuación de tratamiento, falta de trabajo en equipo o comunicación, fracturas subsiguientes, infecciones o lesiones, incluyendo lesiones intencionales.

- ✓ La negligencia médica **no prevenible** corresponde a situaciones como reacciones alérgicas no conocidas o también conocidas, como en eventos adversos.

Los profesionales de la salud tienen el deber de mantener y restaurar la salud del paciente. Y aunque ese resultado no siempre está en sus manos, existen estándares en enfermería que apuntan a la curación y la recuperación.

La negligencia es un error médico que causa lesiones a un paciente. Por lo que combina tres elementos:<sup>3</sup>

1. El primer elemento, es **la lesión**. Esta puede ser o no ser de forma inmediata, física o moral. Un ejemplo de un diagnóstico erróneo que reduce o complica las posibilidades de recuperación de un paciente podría considerarse una negligencia médica. Del mismo modo, no es necesario que la lesión cause un menoscabo en la integridad física del paciente.
2. Por otro lado, **la mala praxis**. Esta consiste en la violación del protocolo sanitario o los estándares de la profesión. Así, la mala praxis puede derivar de un descuido de la diligencia debida. Pero también de una vía de actuación que no habrían seguido otros profesionales de la salud.
3. Finalmente, **un nexo causal**. Así, la lesión debe ser consecuencia de la mala praxis. A falta de la relación de causalidad (por ejemplo, si la lesión se hubiera producido incluso aplicando el tratamiento corriente) el paciente lesionado no tendrá derecho a indemnización.

Los casos de mala praxis médica surgen cuando un paciente sufre una lesión o cree que ha sido lesionado por un médico, enfermera u otro profesional de la salud que no prescribe o aplica el tratamiento adecuado a su atención médica.<sup>1</sup>

La mal praxis o mala praxis médica se caracteriza por la actuación negligente, imprudente o incompetente de un proveedor de atención, lo que implica que la persona es incompetente o no está razonablemente calificada y causa daños a los pacientes, lo que posiblemente les lleve a la muerte.

Los diagnósticos erróneos y el uso incorrecto de medicamentos constituyen una gran proporción de las demandas por negligencia médica. Cuando un médico no diagnostica una enfermedad grave o prescribe el tratamiento y/o medicación incorrectos, es responsabilidad del médico, pero cuando el personal de enfermería no atiende las indicaciones con prontitud y exactitud e interviene inadecuadamente, sin el uso del razonamiento científico, el paciente puede perder la oportunidad de evitar complicaciones, daños colaterales y sus consecuencias.

En este sentido, es necesario resaltar que existe negligencia médica cuando se produce un daño físico en el cuerpo o en la salud de una persona, sea este daño parcial o total, limitado en el tiempo o permanente, como consecuencia de una acción profesional realizada con imprudencia, negligencia o impericia en su profesión, o por no observar las normas de los deberes a su cargo, apartándose de la normativa legal aplicable.

### Factores causales o de riesgo que conducen a la negligencia

Existen diversos factores causales o de riesgo que pueden conducir al error y no necesariamente consisten en errores fortuitos, la clasificación de estos errores conducentes a una negligencia puede brindar una noción de lo que debe hacerse para la prevención de estos (Ver tabla 1)

**Tabla 1. Clasificación de errores que llevan a la negligencia.**

Diagnósticos	Error o retardo en el diagnóstico Fallo en la indicación de pruebas pertinentes Fallo al actuar en base a los resultados de las pruebas realizadas Indicación de pruebas terapéuticas inadecuadas
Terapéuticos	Cuidado inapropiado o no indicado

	Error en el método o dosis de administración de medicamentos Error en la administración del tratamiento Realización errónea de cirugía, procedimientos o pruebas Retraso evitable en tratamiento o respuesta a pruebas anormales
Preventivos	Fallo por no indicar tratamiento profiláctico Indicaciones profilácticas inadecuadas Inadecuado seguimiento del tratamiento
Otros	Fallo en el equipo Fallo en la comunicación Fallo en otros sistemas

*Fuente: Del Campo A & R, 2018.*

Asimismo se enlistan algunas conductas negligentes, que sin duda alguna pueden ejecutarse de manera inconsciente pero que no eximen de responsabilidad al profesional de la salud:

- Demoras en la atención.
- Inadecuada relación enfermero(a)-paciente.
- Condiciones inadecuadas o elementos de trabajo.
- Falta de organización, disciplina y supervisión del cuerpo enfermero.
- Ausencia de reglas para la revisión de la calidad de la atención prestada.
- Problemas en la confección, custodia, conservación de historias clínicas.
- Falta de reglamentos que rijan el ejercicio básico de la profesión.
- Historia clínica mal elaborada
- Profesional mal capacitado, obsoleto, con deficiente alimentación y pocas horas de sueño
- Interrogar al paciente y escucharlo atentamente es imprescindible para su diagnóstico y tratamiento.
- Falta de capacidades para realizar técnicas de forma adecuada, favoreciendo al daño o muerte del paciente.

La negligencia puede tener muchas causas que desencadenen demandas y denuncias contra instituciones por este tipo de daños. En México hay miles de casos de negligencia o maltrato médico, que, según "The New York Times" en 2020, mencionan el

deteriorado sistema de salud en México y su la atención médica existente. En el país, años de negligencia ya han paralizado el sistema de salud de México, dejándolo peligrosamente corto de médicos, enfermeras y equipos para combatir un virus que se ha apoderado de países mucho más ricos.<sup>1</sup>

En el año 2011, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) público en su revista la falta de calidad en los registros por parte del personal de Enfermería. Los registros son parte integral del actuar de enfermería ya que son el soporte documental de la atención, en ellos se encuentran las actividades y listados que se realizan al paciente, además de que posibilitan el intercambio de información sobre los cuidados, favoreciendo la comunicación con el personal de salud. Además, los registros desde aspectos legales establecen una prueba objetiva de los actos del personal de enfermería tal como lo establece la NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

De acuerdo con el estudio de Mejía y colaboradores se identificaron varias deficiencias en los registros de enfermería, como la falta de nombres y firmas del personal del registro, la hora de las intervenciones así como tachaduras. Otro de los factores que favorecen negligencias es la falta de introducción al puesto y de capacitación o actualización de conocimientos, sobre todo al personal de nuevo ingreso o bien cambio de servicio donde se requiere de experiencia o de capacidades desarrolladas. La falta de conocimiento de una determinada ciencia o arte.

En el sentido estricto se identifica con el conocimiento práctico y por lo tanto no idóneo y apto para la realización del cuidado enfermero. El exceso de confianza es un rasgo de la naturaleza humana, por lo que todos tendemos a sobrestimar nuestras habilidades y capacidades. En otros casos, las enfermeras no realizan técnicas específicas para el cuidado, se omiten pasos para no perder tiempo en las operaciones que realizan, pero esto muchas veces lleva al fracaso del cuidado y tareas, provocando infecciones intrahospitalarias ente otros errores.

En octubre de 2004 se fundó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, nacida de los errores por parte del personal de enfermería, con el objetivo de regular la atención sobre la seguridad en la atención médica. El 4 de mayo de 2006, "Pacientes por su propia seguridad" se estableció como uno de sus programas prioritarios, que tiene como objetivo crear una red mundial de pacientes organizados, autodirigidos, buscadores de atención médica que tienen un papel importante que desempeñar, tanto en la gestión de los riesgos asociados con su propio cuidado y en la creación de sistemas más seguros.<sup>1</sup>

En 2008, con el apoyo de la OMS se creó la Red Mexicana de pacientes, participaron pacientes que han sufrido un evento adverso, la CONAMED, representantes de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la UNAM, la Comisión Permanente de Enfermería de la Secretaría de Salud y otras organizaciones. Esta red fue presentada el primero de octubre de 2008, con el eslogan Una atención limpia es una atención segura, llamada en México. Está en tus manos.

Donde se establecieron las siguientes líneas de acción:

1) Cirugías seguras salvan vidas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la Alianza Global para la Seguridad del Paciente para abordar los desafíos globales de este problema. El programa de seguridad quirúrgica y la implementación de la lista de verificación provienen de propuestas encaminadas a garantizar que los equipos de salud quirúrgicos implementen sistemáticamente las medidas necesarias para minimizar los riesgos evitables que generalmente amenazan el bienestar y la vida del paciente quirúrgico. Además de establecer controles prioritarios efectivos para mejorar la eficiencia del trabajo en equipo, la comunicación y promover una conciencia activa sobre la seguridad del paciente. (OMS, Segundo reto internacional por la seguridad del paciente, La cirugía segura salva vidas., 2008)<sup>5</sup>

## 2) Pacientes por la seguridad del paciente

La seguridad del paciente es un campo de la atención médica que surgió a medida que se desarrollaba la complejidad de los sistemas de salud y, como resultado, aumentaba el daño causado a los pacientes en los servicios de atención médica. Su finalidad es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que se producen a los pacientes en la atención sanitaria. La piedra angular de la disciplina es la mejora continua basada en aprender de los errores y las adversidades. La seguridad del paciente es crucial para la prestación de servicios centrales de salud de alta calidad. De hecho, existe un claro consenso en que los servicios de salud de calidad deben ser eficientes, seguros y centrados en las personas en todo el mundo. Además, para que los beneficios de una atención de salud de calidad sean efectivos, los servicios de salud deben brindarse de manera oportuna, equitativa, integrada y eficiente.

La implementación exitosa de estrategias de seguridad del paciente requiere procedimientos claros, habilidades de gestión, información que mejore la seguridad, profesionales de la salud experimentados y una participación efectiva del paciente en su atención.<sup>1</sup>

## 3) Investigación de la seguridad del paciente

Cada año, millones de pacientes se lesionan o mueren debido a la mala calidad y la atención médica insegura. Muchos procedimientos médicos y riesgos para la atención de la salud se convierten en problemas importantes para la seguridad del paciente y aumentan en gran medida la carga de daños del tratamiento inseguro. Estas son algunas de las situaciones de seguridad del paciente más preocupantes:

- Los errores de medicación son una de las principales causas de lesiones y daños prevenibles en los sistemas de salud, cuyo costo se estima en \$42 mil millones anuales.

- Las infecciones relacionadas con la atención de la salud afectan a 7 de cada 100 hospitalizaciones en países de ingresos altos y a 10 de cada 10 hospitalizaciones en países de ingresos bajos y medianos.
- Los procedimientos quirúrgicos inseguros causan complicaciones hasta en un 25% de los pacientes. Cada año, cerca de siete millones de pacientes quirúrgicos sufren complicaciones graves, un millón de los cuales mueren durante o poco tiempo después del procedimiento.
- Las prácticas de inyección inseguras en el cuidado de la salud pueden propagar infecciones, incluidos el VIH y los virus de la hepatitis B y C, y representan un riesgo directo para los pacientes y los trabajadores de la salud. A nivel mundial, son responsables de alrededor de 9.2 millones de años de vida perdidos debido a discapacidad y muerte.
- Los errores de diagnóstico afectan aproximadamente al 5 % de los adultos que reciben atención ambulatoria y más de la mitad de estos errores pueden causar daños graves. La mayoría de las personas sufren errores de diagnóstico a lo largo de su vida. Las prácticas de transfusión inseguras ponen a los pacientes en riesgo de reacciones transfusionales adversas y propagación de infecciones. Los datos de reacciones adversas de 21 países indican una incidencia promedio de 8.7 reacciones graves por cada 100 000 unidades de componente sanguíneo dispensadas.
- Los errores de radiación son casos en los que se administra demasiada radiación al paciente equivocado o al área equivocada. Según una revisión de los datos publicados sobre la seguridad de la radioterapia durante 30 años, se estima que la tasa general de error es de aproximadamente 15 por cada 10 000 ciclos de tratamiento.
- La sepsis a menudo no se diagnostica a tiempo para salvar la vida del paciente. Debido a que muchas de las infecciones que la provocan son resistentes a los antibióticos, pueden provocar un rápido deterioro

clínico. Se estima que afecta a 31 millones de personas en todo el mundo cada año, y más de 5 millones de ellas mueren.

- El tromboembolismo venoso es una de las causas más comunes y prevenibles de daño al paciente y representa un tercio de las complicaciones hospitalarias. Anualmente se notifican alrededor de 3.9 millones de casos en países de ingresos altos y 6 millones de casos en países de ingresos bajos y medianos.<sup>1</sup>

#### 4) Uso de taxonomías

La taxonomía NANDA, Clasificación de resultados de enfermería (NOC), Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) lenguaje estandarizado de enfermería, permite un cuidado y/o atención científica y coherente a los individuo, familia o comunidad; estimando este para el desarrollo de los conceptos diagnósticos, y las rápidas intervenciones que son realizadas por enfermeras (os).

#### 5) Reportando y aprendiendo

El conocimiento y la prevención de cualquier error, es de suma importancia para mantener la seguridad del paciente y del profesional de enfermería, ya que éste debe tomar en cuenta que los errores tienen implicaciones éticas y legales. Revelar el error, permitiría identificar el problema y los factores que lo derivaron, así como también permitirá plantear soluciones más concretas para brindar un mejor cuidado enfermero, seguridad del paciente, evitar costos innecesarios y crear sistemas de prestación de asistencia más seguros. Los errores no se pueden ver como sucesos aislados, sino como problemas inherentes a la práctica institucional en la que los profesionales participan en corresponsabilidad.<sup>2</sup>

#### 6) Soluciones para la seguridad del paciente:

En 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la Alianza Global para la Seguridad del Paciente e identificó seis áreas de acción. Una de estas áreas de actividad es el desarrollo de "Soluciones para la Seguridad del Paciente". En el mismo año, la Comisión Conjunta y la Comisión Conjunta Internacional fueron designadas como Centro Colaborador de la OMS para Soluciones de Seguridad del Paciente para iniciar y coordinar el desarrollo y la difusión de soluciones de seguridad del paciente. El producto de esta parte de la alianza global se entrega a la comunidad médica de todo el mundo como "Soluciones para la seguridad del paciente" y que se enlistan a continuación:

- ✓ Presentación de soluciones de seguridad del paciente.
- ✓ Medicamentos con apariencia o nombre similar.
- ✓ Identificación de pacientes.
- ✓ Comunicación durante el traslado del paciente.
- ✓ Realizar el procedimiento correcto en el lugar correcto del cuerpo.
- ✓ Monitorización de soluciones electrolíticas concentradas.
- ✓ Garantizar la precisión de la medicación durante las transiciones de salud.
- ✓ Evitar errores de conexión entre catéteres y tubos.
- ✓ Utilizar los dispositivos de inyección una sola vez.
- ✓ Mejorar la higiene de manos para prevenir infecciones asociadas a la atención sanitaria. (Fuente-Del-Campo A. , 2018)<sup>5</sup>

#### 7) Recursos y tecnología para la seguridad del paciente.

La tecnología actual de seguridad es capaz de resolver muchos problemas en el sector de la salud. Desde equipos de seguridad que usan sistemas de control de acceso para saber exactamente dónde se encuentran los equipos, los pacientes y el personal y qué puertas están accediendo, hasta verificar si se está respetando o no la capacidad de la edificación.

Un sector en crecimiento de la industria de la salud son los servicios de ubicación en tiempo real (RTLS) por sus siglas en Ingles, para el seguimiento de dispositivos y pacientes.

Cada paciente se identifica mediante una etiqueta activa que proporciona información en tiempo real sobre su ubicación al equipo de seguridad. El equipo de seguridad también recibe notificaciones instantáneas cuando un paciente abandona un área predefinida.

Las enfermeras y el resto del personal también pueden equiparse con etiquetas activas y simplemente presionar el botón de la etiqueta activa en caso de peligro para alertar de inmediato al equipo de seguridad.

Otra aplicación popular son las cámaras termográficas. Estas cámaras miden la temperatura del objeto y brindan privacidad sin comprometer el contexto visual de lo que sucede en el interior. Las cámaras térmicas se pueden configurar para alertar al usuario si, por ejemplo, el paciente se cae de la cama. (Arcuri, 2020)<sup>8</sup>

#### 8) Intercambio de experiencias y conocimientos a nivel nacional e internacional

En el marco de la integración global, que fortalece el desarrollo de la enfermería y su campo de estudio, se encuentra en una etapa temprana la internacionalización del conocimiento enfermero, que, de acuerdo con los cambios en el mundo, emerge vertiginosamente. Uys y Middleton señalan que "las experiencias internacionales de enfermería en la educación superior tradicionalmente han permitido y empoderado a las enfermeras para apreciar la riqueza del mosaico de enfermería y su realidad en diferentes contextos culturales". (Uys LR, 2011)<sup>9</sup>

En un mundo globalizado, la internacionalización de la educación en enfermería es necesaria, requiere la formación de especialistas competitivos y significa los logros del estudiante tanto en relación a la gestión profesional y alta tecnología, lenguas extranjeras, y cuestiones éticas y legales, amplía su visión interactuando en espacios distintos al suyo, fomentando el intercambio de saberes y cultura. La internacionalización desde el punto de vista de las instituciones educativas y los

programas educativos presenta un desafío para el trabajo en red entre las escuelas a través de convenios de cooperación científico-técnica, que permitan beneficiarse del desarrollo académico de las instituciones educativas, involucrar a docentes y estudiantes y fortalecer la cooperación fortaleciendo la investigación y las publicaciones; Al mismo tiempo, es fundamental someter los programas a la autoevaluación y valuación a través de evaluaciones externas de alto nivel y pares de alto nivel en términos de mejora continua de la calidad de su educación.<sup>1</sup>

9) Erradicación de infecciones de líneas venosas centrales.

El uso de dispositivos intravasculares percutáneos (DIV) para administrar fluidos, hemoderivados o medicamentos y monitorear la hemodinámica se ha convertido en una parte integral de la medicina moderna para pacientes hospitalizados. Las bacteriemias asociadas a catéteres vasculares (BRCV) son las infecciones nosocomiales más comunes. Actualmente, se estima que del 15% al 30% de todas las bacteriemias adquiridas en hospitales están asociadas con el uso de IVD percutáneo. En determinadas unidades hospitalarias, como las unidades de cuidados intensivos (UCI), este tipo de infecciones se han asociado a una alta morbilidad, mortalidad asociada y costes sanitarios adicionales muy importantes.

La adherencia a una correcta higiene de manos y el uso de técnicas asépticas durante la colocación y cuidado de los catéteres vasculares son medidas clave para prevenir las infecciones asociadas. La educación sanitaria de todo el personal sobre las indicaciones de uso de catéteres vasculares, los procedimientos de instalación y mantenimiento y las medidas de control de infecciones también es una estrategia de prevención particularmente importante.

10) Formación profesional para un cuidado seguro.

Es inevitable insistir acerca de la apremiante necesidad y el reto que plantea y representa hoy en día la calidad de la formación y la calidad de la atención como un medio y mecanismo fundamental para la superación del recurso humano en el profesional de enfermería.

Teniendo en cuenta la movilidad laboral y la necesidad de avanzar en capacitación pertinente, sería interesante empezar a intercambiar ideas sobre la viabilidad de revisar cuatro aspectos.

- Calidad en la organización: fijar los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad que debe cumplir una organización, para suministrar productos y servicios satisfactorios a sus clientes.
- Calidad en una institución educativa: (acreditación o certificación). Establecer controles y mecanismos internos en las instituciones que permitan mantener y mejorar la calidad en la educación, y de la misma forma, reglamentaciones por parte del estado y/o gobierno que aseguren el nivel de educación acreditado.
- Calidad en el proceso de formación del personal de una organización: gestión de calidad (identificación de las necesidades de formación, planificación de la formación, implementación de formación y evaluación de los resultados).
- Calidad en la Certificación de personas (competencias): La certificación de competencias usualmente conlleva la característica de ser un reconocimiento formal, público y temporal de las capacidades laborales que posee la persona.

De esta manera, las escuelas de enfermería tienen una responsabilidad social de formar personal capacitado para actuar de acuerdo con las convenciones sociales para proporcionar atención médica al hombre y la sociedad en general de todos los niveles de estos procesos vitales; basando sus acciones en una idea de actuar con un equipo multidisciplinario donde exista una visión de holismo del hombre y su entorno sociocultural donde se recalque que sus funciones “Deben ser su responsabilidad basadas en principios científicos humanistas y éticos, respetuosos dirigidas hacia la preservación de la vida y dignidad humana.

Del mismo modo, se plantearon algunos proyectos específicos como: prevención de errores en la medicación, prevención general de eventos adversos, entre otros.

Aun cuando la formación del profesional de enfermería ha sido y sigue siendo con expectativas idealistas, se promueve la socialización en la profesión, sin permitirse tener errores, lo cual puede obstaculizar el reconocimiento y aceptación de los errores propios, o bien pueden encubrirlos. Sin embargo, se trata de que aprendan que lo más correcto es que el profesional de enfermería se apegue al Código Internacional de Ética en Enfermería, donde se establece que la responsabilidad fundamental de la enfermera, tiene tres aspectos: (Leonel, Errores de enfermería en la atención hospitalaria, 2011).<sup>2</sup>

1. Conservar la vida
2. Aliviar el sufrimiento
3. Fomentar la salud

Es de suma importancia que enfermería constituya una cultura de aprendizaje del error teniendo una actitud positiva y crítica, que permita analizar los diferentes tipos de errores y negligencias, los efectos que pueden tener sobre los pacientes con el propósito de evitarlos al máximo, así como establecer e implementar estrategias de prevención más adecuadas a las oportunidades presentadas.

## CAPÍTULO II. INCIDENCIAS DE NEGLIGENCIAS EN MÉXICO Y OTROS PAÍSES POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

### México

Según datos proporcionados por la CONAMED, en 2017 se recibieron 3380 denuncias, de estas, el 71.4% correspondió al sector público mientras que el sector privado, consultorios, clínicas y hospitales privados recibieron 969 denuncias, lo que representa el 28.6%

Las instituciones públicas que registraron más denuncias son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, con 1.420), el Instituto de Seguridad Social de los trabajadores del Estado (ISSSTE, con 679), los Hospitales Federales de la Secretaría de Salud (con 100) y la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (con 89), etc. En su reporte estadístico 2017, la CONAMED reportó 15.256 expedientes recibidos y 15.878 expedientes cerrados. Asesoró en 2.481 casos, de los cuales 1.321 fueron de gestión directa y el resto sólo emitió dictamen.

Según la Estadística de Quejas concluidas en 2017, se presentaron 227 denuncias contra médicos especialistas, de las cuales 175 fueron por mala praxis médica comprobada y 8 por cirugía plástica. De estos casos, 71 casos terminaron en sentencias (laudos arbitrales), 10 de los cuales tenían responsabilidad institucional. De estos, 28 resultaron ser producto de la mala praxis, 20 de los cuales fueron en el sector privado, específicamente en intervenciones quirúrgicas (2 en cirugía plástica), y 8 por atención institucional. De estos, el 3.4% (519) se resolvieron mediante mediación, mientras que el 25% (953) no se llegó a ningún acuerdo. Finalmente, el 1.65% de todo el país (251 personas) fueron finalizados por la "falta de interés procesal" de las presuntas víctimas.

La mayoría de las quejas está relacionada con 3 asuntos: mala relación médico, enfermero (a)-paciente, mala cirugía y mal diagnóstico, y con los servicios de especialidades médicas de Cirugía General y Ginecología.

En el año 2017 se recibieron un total de 2 demandas al personal de Enfermería: 1 en sector público, 1 en sector privado.

**Tabla 2. Estadística de quejas concluidas según especialidad médica y sector de atención.**  
( ver tabla 2)

<b>Especialidad</b>	<b>Total</b>	<b>Público</b>	<b>Asistencia Social</b>	<b>Seguridad Social</b>	<b>Privado</b>
	1964	1429	6	1309	535
Acupuntura	1	0	0	0	1
Administración	8	5	0	5	3
Algología y clínica del dolor	0	0	0	0	0
Anestesiología	18	16	0	15	2
Biología de la reproducción	7	1	0	1	6
Cardiología	23	21	0	20	2
Cirugía Artroscópica	2	2	0	2	0
Cirugía de cabeza y cuello	3	3	0	3	0
Cirugía cardiotorácica	6	5	0	3	1
Cirugía de gastroenterología	9	7	0	7	2
Cirugía endoscópica	5	2	0	1	3
Cirugía general	158	131	0	116	27
Cirugía laparoscópica	5	1	0	1	4
Cirugía Maxilofacial	4	3	0	3	1
Cirugía neurológica	47	39	0	36	8
Cirugía pediátrica	13	12	0	11	1
Cirugía plástica y estética	40	5	0	2	35
Cirugía reconstructiva	25	23	0	19	2
Cirugía vascular y angiología	11	8	0	8	3
Comunicación audiológica, Otoneurología y Foniatría	2	2	1	1	0
Dermatología	11	1	0	1	10
Endocrinología	6	6	0	5	0
Endodoncia	16	1	0	1	15
Endoscopía	4	4	0	4	0
Enfermedades de colon y recto	1	1	0	1	0
<b>Enfermería</b>	2	1	0	1	1
Epidemiología	0	0	0	0	0
Exodoncia	12	2	0	2	10
Gastroenterología	11	9	0	8	2
Genética	0	0	0	0	0
Geriatría	1	0	0	0	1
Ginecología	82	62	0	58	20
Hematología	5	4	0	4	1
Homeopatía	2	0	0	0	2
Implantología dental	22	1	1	0	21

**Fuente:** (Fuente-Del-Campo A. , 2018)

## España

Se estima que entre **25.000 y 35.000 españoles** mueren cada año en España por errores médicos, según Kiani, presidente del Movimiento por la Seguridad del Paciente." "Esto significa que unos 600.000 españoles han resultado perjudicados de alguna forma por los errores de los profesionales médicos, entre los cuales profesionales de enfermería también tienen parte de responsabilidad en las cifras, ya que el número de afectados tiende a ser 20 veces superior al de los muertos". (Gabilondo, 2017)<sup>12</sup>

Al describir las consecuencias de estos errores, Kiani se refiere a las **infecciones sanguíneas** asociadas con los catéteres venosos. En los hospitales, a muchos pacientes se les introducen sondas en el organismo para tomar muestras de sangre, administrar líquidos y medicamentos y, prácticas que, si se hacen correctamente, no son de riesgo. Sin embargo, si no se toman las precauciones necesarias, el catéter se convierte en un conducto ideal para **bacterias y otros gérmenes** que pueden ingresar al torrente sanguíneo y causar infecciones graves. "Si se sigue un **proceso sencillo de cinco pasos** al colocar un catéter, pueden evitarse infecciones y muertes relacionadas", dice Kiani.

De acuerdo a los párrafos anteriores, los índices de errores durante la atención, son una alarma en la comunidad sanitaria que sirve de indicador para trabajar y mantener una cultura de seguridad en el paciente con el objetivo de disminuir en medida de lo posible los errores y regular la práctica enfermera errónea a una apta y confiable.

## Estados Unidos

En los Estados Unidos, un nuevo fenómeno conocido como Malpractice Crisis ha resultado en un aumento significativo en el número de demandas por negligencia.

Muchos de los asegurados carecen de una formación profesional adecuada, lo que aumenta el riesgo de problemas y litigios. El aumento de los daños y un aumento en el número de

demandas han impactado los precios de los seguros de salud por mala práctica, afectando a todos los médicos y enfermeras por igual. (Según la Asociación Médica Mundial (AMM), la cultura de demandas está creciendo en todo el mundo, afectando negativamente la práctica de atención médica y la disponibilidad y calidad de los servicios de salud.

La cultura litigiosa también ha hecho difícil distinguir entre la negligencia y los resultados negativos inevitables, lo que a menudo llevó a una determinación fortuita de la calidad de la atención. Esto ha fomentado la percepción común de que cualquiera puede demandar por casi cualquier cosa con la idea de una gran indemnización. Esta práctica genera cinismo y desconfianza tanto en el sistema médico como en el legal, con importantes consecuencias para la relación médico-paciente.

La AMM hace un llamado a las asociaciones profesionales nacionales para que respondan exigiendo las reformas necesarias de sus legisladores para garantizar que sus leyes y sistemas legales protejan a los médicos de demandas frívolas, al tiempo que se aseguran de promover la jurisprudencia médica más respetuosa con el medio ambiente que facilite la práctica médica segura en beneficio de los pacientes. (León, 2009 ).<sup>2</sup>

En Estados Unidos de América, para ganar una demanda por negligencia médica (medical malpractice) el paciente lesionado debe probar que la atención médica fue inadecuada. Primero, el paciente debe probar que hubo negligencia médica. El demandante debe probar que la atención médica brindada por el médico o profesional de la salud no cumplió con los estándares y normas pertinentes. En algunos casos esto no es difícil, por ejemplo, si la cirugía se realizó en otra parte del cuerpo por error. En otros casos demostrar la causa también puede ser difícil, como en personas que tienen una enfermedad grave que pudieron haber sufrido complicaciones a pesar de la mejor atención médica. Cuando varios médicos y proveedores de atención médica participaron en su atención, puede ser difícil identificar qué parte o acción originó el problema. Por esta razón, muchos tribunales tienen reglas especiales para tratar casos en los que no pueden determinar con precisión el comportamiento negativo que afectó al paciente.

Finalmente, se debe determinar el monto a otorgar al demandante ganador. La aplicación de las reglas de evaluación de daños puede ser compleja y debe considerar las pérdidas económicas reales, tales como: Pérdida de salarios y gastos médicos futuros asociados con la lesión, además de las pérdidas no financieras como dolor, sufrimiento y pérdida de negocios para familiares, cónyuges e hijos.

En un estudio publicado en *The New England Journal of Medicine*, un grupo de médicos calificados examinó una muestra aleatoria de 1452 reclamos por mala práctica de cinco compañías de seguros de responsabilidad civil establecidos entre 1984 y 2004. Una de las conclusiones más relevantes es que en casi el 40 % de las demandas presentadas en Estados Unidos de América por malpractice, no había error médico, es decir, eran infundadas. (Ruíz, 2017)<sup>14</sup>

## Costa Rica

En Costa Rica, las investigaciones sobre denuncias de responsabilidad profesional en enfermería son realizadas por médicos de la División de Medicina Legal del Organismo de Investigaciones Judiciales. Costa Rica, al igual que otros países latinoamericanos, ha experimentado cambios socio económicos significativo en las últimas décadas, lo que ha llevado al desarrollo tecnológico, de la automatización, la investigación genética, la biotecnología, las comunicaciones, las tecnologías de la información, las intervenciones médicas y quirúrgicas. Afectando las condiciones de vida y la salud de las personas. Todos estos han influido en las ciencias de la salud, incluida la enfermería, ya que están integrados en las comunidades nacionales y los contextos históricos nacionales e internacionales del país. (Sandi, 2003 )<sup>15</sup>

La enfermería pasó gradualmente de una práctica informal a una carrera universitaria con todos los requisitos de la educación superior, lo que resultó en un cambio en la práctica en respuesta a los avances tecnológicos y las reformas del sistema de salud, con lo cual se logró la expansión de su papel en la carrera universitaria, en el sistema de salud y en amplios

sectores de la sociedad, convirtiéndolos en profesionales capaces para reconocer errores de prescripción y reacciones adversas.

El problema de la enfermería en Costa Rica es la falta de identidad entre su objeto social, y el apresamiento de su objeto laboral, la división del trabajo entre los diferentes niveles de enfermería propicia contradicciones entre la atención directa de los enfermos y el fomento de las actividades gerenciales. Otro problema central es la falta de conocimiento de la finalidad real de la atención por parte de todos los que trabajan en el sector de la salud. Eso conduce a conflictos relacionados con la formación profesional y la definición de sus roles tanto en los equipos de enfermería como en los equipos multidisciplinarios.<sup>15</sup>

La autonomía profesional en la práctica hospitalaria no se ha podido concretar, porque las acciones y decisiones hospitalarias se encuentran entre los poderes de las administraciones superiores y la autoridad técnica de los médicos, quienes tienen el mayor grado de autonomía sobre los demás profesionales de la salud.

En Costa Rica de acuerdo con *La Duke*, muchas pueden ser las causas de una acción disciplinaria contra un profesional en enfermería, incluyendo las siguientes:

- Antecedentes o actos ilegales: fraudes, conducir bajo los efectos de las drogas.
- Errores en medicaciones: puede incluir un simple error que resulte en un daño serio al paciente o varios errores menores.
- Falsificación de información: incluye falsificación de prescripciones, referencias, hojas de entrada, registros falsos de datos, remover información o incluir información falsa.
- Errores en los documentos de enfermería: incluye errores en la cartilla de transcripción y la hoja de atención al paciente.
- Uso de drogas: incluyendo el robo de estas para el paciente, obtener drogas con falsas pretensiones, ser un consumidor habitual.
- Implementar tratamiento médico sin una orden médica: comúnmente relativa a medicamentos.

- Valoración del paciente: incluye falla en identificar o responder apropiadamente a hallazgos anormales en su valoración.
- Violación de términos de prueba: se refiere a la falla para cumplir los requerimientos impuestos por un procedimiento disciplinario previo.
- Misceláneas: esta categoría incluye la falla para implementar correctamente la orden de un médico, mal uso de los equipos, falla para evacuar las dudas de los supervisores y el abuso a los pacientes (puede ser físico, mental o sexual).

Las enfermeras y enfermeros, al igual que otras personas, pueden abordar los elementos que les proporciona el ejercicio legal de su profesión para llegar a los límites de la ley penal, ya sea de forma intencionada o por negligencia. Generalmente, al igual que otros profesionales de la salud, cometen delitos graves en el ejercicio de su profesión que ponen en peligro la vida, la salud o la integridad de las personas. Este acto no es voluntario, pero se produce como consecuencia de un incumplimiento del deber de diligencia.

### CAPÍTULO III. RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

La creciente legalización de las prácticas asistenciales en los últimos años se ha convertido en un fenómeno que preocupa a los organismos financiadores y proveedores de servicios en salud, así como a los propios profesionales. El incremento de información disponible para el público, la despersonalización de las relaciones humanas, el ascendente número de abogados especializados en procesos judiciales por negligencias y la demanda social ante la atención recibida, complica el comportamiento y la percepción de los profesionales. Diversos factores en respuesta a su comportamiento en las actividades profesionales obligan a los enfermeros a tomar precauciones para evitar negligencias, y así mismo conocer las leyes que rigen su ejercicio profesional.

El artículo publicado por el IMSS: *¿Se pueden prevenir los errores?* informó que los errores más reportados por el personal de enfermería son los errores de medicación, que se presentan en las siguientes formas: omisión, dosis mayores, frecuencia incorrecta, dosis baja, duplicación del tratamiento y duración prolongada del tratamiento, interpretación incorrecta de las escrituras y la redacción, nombres de medicamentos, unidades de medida, uso de puntos decimales, vías de administración, tiempos o intervalos de infusión, interpretación de dosis y vías de administración, dificultad para administrar algunos medicamentos en pacientes pediátricos y además, por su forma de dosificación, debe ser diluido para su uso. Según varios investigadores, estos son causados comúnmente por la insatisfacción del personal, la supervisión deficiente, los descansos deficientes en el trabajo, la falta de atención, la iluminación inadecuada, el equipo inadecuado y el sueño inadecuado. Estos factores provocan tensión mental y distracción, aumentando la tasa de errores y omisiones.

Los errores enfermeros pueden tener consecuencias leves o fatales, como lo son los errores en el método de administración o medicación, la admisión de ciertos medicamentos como insulina, medicamentos para la epilepsia, corticoides, etc., pueden dañar o perjudicar al paciente, provocando negligencia.

Otro ejemplo de error asociado a la medicación es el uso o interpretación inapropiados de abreviaturas o símbolos que indican dosis, vía de administración, frecuencia de administración o unidad de medida. Al igual que la abreviatura U, se cree que no debe usarse para indicar unidades. La confusión de esta abreviatura con el uso de los dígitos 0 o 4 puede dar lugar a errores de sobredosis graves, incluso mortales, cuando las dosis se aumentan en un factor de 10 o más. Este es el caso de un paciente que falleció tras administrarse accidentalmente 200 unidades de insulina por un desconocimiento de la formulación de 20 U.

Johanna I. Westbrook demostró que interrumpir a las enfermeras durante la ministración de fármacos, aumenta el riesgo de cometer el error. Y a medida que aumenta el número de distracciones, aumenta el número de errores y por ende afecta la seguridad de los pacientes. (Leonel, Errores de enfermería en la atención hospitalaria, 2011)<sup>2</sup>

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, con respecto al ejercicio de la enfermería en el sistema nacional de salud, se entiende por personal de enfermería a las personas que cuentan con la formación y capacitación para prestar servicios de enfermería y de conformidad con la legislación aplicable, entendiéndose por tal alguien que pueda realizar actividades auxiliares, técnicas, profesionales o especializadas en funciones de enfermería, administrativas, docentes e investigadoras, según su ámbito de competencia. Independientemente de su origen contractual, sin desconocer sus respectivos derechos y obligaciones, la práctica del cuidado respeta una división del trabajo, cada uno de los cuales realizan funciones específicas y por lo tanto tiene responsabilidades específicas. Así que tenemos que referirnos a las diferentes categorías

Es indudable que la labor que realizan las enfermeras tiene un cúmulo de normas jurídicas que van desde la normativa para su preparación académica, tanto en escuelas como en facultades, pasando por su autorización para el ejercicio profesional, lo que se realiza a través de la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, como en su práctica cotidiana que se encuentra regida por las normas laborales y civiles que derivan de los términos de contratación.

## Clasificación del Personal de Enfermería

El ejercicio de la enfermería supone, entonces, la regulación de sus actividades y, por ende, su íntima relación con el derecho. En estas condiciones, resulta clara la razón de su clasificación, pues se trata de un gran universo de personas preparadas para su ejercicio y en vías de hacerlo, teniendo como punto de unión, la labor en primer término humanitaria; y, en segundo, con los conocimientos idóneos para llevar a cabo esas actividades.

En consecuencia, es importante delimitar las funciones y responsabilidades en función de su clasificación, pues ello nos dará pauta para establecer las responsabilidades en que pueden incurrir en sus labores, en los casos en que se no acaten las disposiciones profesionales y legales con que cuentan. En este contexto, encontramos que la misma NOM antes mencionada sirve de parámetro para establecer su actividad, de acuerdo con la siguiente clasificación.

### Personal Profesional:

Es aquella persona que finalizo sus estudios de nivel superior en el área de la enfermería, en alguna institución y se le expidió título y cédula de ejercicio profesional

Se clasifica de acuerdo a las siguientes categorías:

- **Enfermera(o) general, con licenciatura, especialista, con grado de maestría, doctorado, y profesional técnico dado que han obtenido su título y cedula correspondiente para ejercer en su campo de acción.**

### Personal No Profesional:

El personal no profesional de la enfermería es aquel que posee los elementos que lo llevaron a la obtención de las cualidades en vías de preparación para la obtención de título y cedula que permitan ascender a la categoría de personal profesional, dividiéndose en la forma siguiente:

- **Auxiliar de enfermería, Estudiante de enfermería y Pasante de enfermería:** Debido a que han cumplido el total de los créditos académicos establecidos en el plan y programas de estudio, que para trabajar, y realizar el servicio social debe contar con la constancia de adscripción y aceptación expedida por la Secretaría de Salud.

### **Responsabilidades de acuerdo con la NOM-019-SSA3-2013**

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM- 019-SSA3-2013, existen aspectos generales y particulares que regulan la práctica de enfermería en nuestro aspecto. Por lo que en los aspectos generales, las responsabilidades son:

- Verificar oportunamente la existencia y funcionamiento óptimo del equipo utilizado para proporcionar el cuidado de enfermería, reportar los faltantes y las fallas del equipo
- Conocer y aplicar, las normas oficiales mexicanas, de acuerdo a su ámbito de su competencia y aplicación.
- Actuar con responsabilidad para aplicar los conocimientos científicos, técnicos, éticos y humanísticos de acuerdo a su ámbito de competencia y con fundamentación actualizada.
- Cumplir con las normas institucionales y de orden técnico que apliquen en el ámbito específico de su competencia a fin de contribuir a la seguridad del usuario, la del equipo de salud, así como, para la conservación del medio ambiente.

#### **Del personal no profesional:**

Actividades enfocadas a atender las necesidades de comodidad e higiene del paciente, preparación de material y equipo, debido a su nivel de preparación ejecutan cuidados de baja complejidad siendo supervisados y delegados por personal técnico o profesional de enfermería.

### **De los profesionales técnicos de enfermería:**

De acuerdo a su formación en aspectos teórico- prácticos, ejecutan cuidados de mediana complejidad que los faculta para realizar acciones interdependientes a través de la aplicación del proceso enfermero.

### **De los técnicos especializados en enfermería:**

Corresponden a los técnicos especializados en enfermería, otorgar cuidados de mediana complejidad resultado de la valoración de los equipos multidisciplinares y establecidos en el plan terapéutico.

### **De los licenciados en enfermería:**

Facultados para realizar acciones independientes derivadas de la aplicación del proceso enfermero para desarrollar un plan de intervenciones donde además pueden valorar, ejecutar y evaluar. Además de su participación en actividades docentes, administrativas, e investigativas.

### **Del personal de enfermería con estudios de posgrado en un área específica de la práctica profesional:**

Tienen los conocimientos necesarios para desarrollar planes de intervención independientes que puedan evaluar, e implementar en la atención de alta complejidad que surge de los planes de tratamiento multidisciplinarios.

Su trabajo ha tenido lugar en hospitales y comunidades, aplicando modelos y técnicas innovadoras basadas en su propia investigación práctica y además de estar sustentada por conocimientos relevantes para la práctica de enfermería. Su función es asistencial y el adjetivo es docente, gestión y cooperación en proyectos de investigación.

### **Del personal de enfermería con doctorado:**

Su formación avanzada en campos específicos de la enfermería les permite liderar estudios de investigación interdisciplinarios o multidisciplinarios, aportando la creación de conocimiento en diversos campos de la salud.

Además de contribuir científicamente a desarrollar guías y políticas que contribuyan a mejorar la atención del personal sanitario y este pueda mejorar la calidad y seguridad del paciente.

### **Responsabilidades en el ámbito legal**

En opinión de Rolando Tamayo y Salmorán, “la responsabilidad señala quién debe responder del cumplimiento o incumplimiento de tal obligación”. (Escobedo, 2001)<sup>16</sup> En términos jurisprudenciales, de acuerdo a lo establecido por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, fundamenta que “la responsabilidad implica el deber de una persona de responder, ante otra, por las consecuencias dañinas de un hecho o conducta, sea propia o ajena”.

La responsabilidad jurídica es el incumplimiento de un deber u obligación, derivando causas suficientes para reparar el daño o perjuicio causado por su conducta.

Es importante recordar que, en el campo de la enfermería, la responsabilidad surge de una conducta inapropiada debido a negligencia o falta de experiencia.

Doctrinalmente, menciona Juan Velázquez, que la negligencia es el descuido de la diligencia y cuidado que se debe poner en los negocios, en el trato con las personas, en el manejo y conservación de las cosas. Es el abandono, la pereza, falta de dedicación o atención, el olvido de mandatos o preocupaciones, la inexperiencia, falta de conocimiento o práctica que pueda ser necesaria en su profesión. Es torpeza e inmadurez.(Escobedo, 2001).<sup>16</sup>

## Responsabilidades administrativas

La responsabilidad administrativa es un cúmulo de obligaciones que poseen las personas prestadoras de servicios personales para el Estado, en la relación al ejercicio de la función pública.

La Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, reglamenta y establece las obligaciones, responsabilidades y sanciones administrativas del ejercicio de la función pública, además de las autoridades competentes para la aplicación de la legislación, y el procedimiento de aplicación de sanciones correspondientes.

El incumplimiento a las normas conduce a infracciones que terminan en sanciones administrativas correspondientes a delitos establecidos en el código penal federal. El personal de enfermería adscrito en dependencias o entidades de la administración pública federal centralizada (Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE e institutos nacionales de salud), están obligados a la sujeción de estas normas.

## Responsabilidades penales

El personal de enfermería puede incurrir en responsabilidades penales que, se clasifican en dos postulados.

- 1) Por la actualización de las hipótesis normativas previstas y sancionadas por el Código Penal federal, esto es, cuando la conducta corresponde a la descrita en el tipo penal
- 2) Cuando la conducta realizada o la omisión se adecua a lo establecido en los ilícitos que establece la ley especial aplicable a las actividades relacionadas con el ámbito de la salud, mismas que se encuentran plasmadas en la Ley General de Salud.

Los acreedores con este tipo de responsabilidad pueden ser empleados que trabajan tanto en el gobierno federal o en el sector privado.

En primer lugar, en lo que respecta a servidores públicos, se señala que las responsabilidades administrativas que tienen son independientes de las responsabilidades

actuales en la disciplina de enfermería. En segundo lugar, se trata de normas que se aplican específicamente cuando se comete un acto u omisión delictiva. No es necesario pertenecer a un sector designado para llevar a cabo esa omisión. Esto quiere decir que cualquier persona puede cometerlos sin importar si pertenece o no al sector salud.

### **Responsabilidades civiles**

En el caso de los funcionarios, la responsabilidad civil, al igual que los dos tipos de responsabilidad anteriores, es la que corresponde a los enfermeros que no trabajan para el Estado, y aunque su origen radica en el mismo hecho, es totalmente independiente. Esta responsabilidad se ha renovado y puede coexistir tanto en el carácter penal como en la presencia de consecuencias causadas por actos u omisiones por negligencia o impericia, y en algunos casos los tipos de fraude civil o civil pueden ser de tipo penal.

En el primer caso se trata de la relación entre hospitales y enfermeras, en el segundo caso se trata de la prestación independiente de esos servicios, y en ambos casos su origen es de derecho privado, sin excluirlo. Esto se debe a la aplicación de dos normas oficiales mexicanas, a saber, la NOM-019-SSA3-2013 sobre el Ejercicio de la Enfermería en el Sistema Nacional de Salud y la NOM-168-SSA1-1998 sobre Expedientes Clínicos, las cuales habilitan derechos y obligaciones en el cuidado de la salud.

En efecto, el Código Civil Federal consigna el contrato de prestación de servicios profesionales y lo define en los términos de los artículos 2606 y 2607, que a la letra indican:

- ✓ En el caso de trabajadores afiliados a un sindicato, se aplicarán las disposiciones correspondientes del contrato colectivo de trabajo respectivo.
- ✓ Artículo 2607. A falta de convenio, los honorarios se regularán de acuerdo con las costumbres locales, la importancia de la obra a realizar, las facultades y casos a realizar, la capacidad económica de las personas que reciben los servicios, fama ganada por la persona que lo dio. Si los servicios prestados están regulados por tarifas, esto sirve como punto de referencia para el monto de las tarifas cobradas.

Lo anterior constituye un punto de partida para la práctica de enfermería. Como tal, cada parte debe cumplir con todas las obligaciones a las que está obligada y, por supuesto, tiene la obligación de actuar de manera adecuada y profesional, que se deriva de su respectivo cargo y su preparación. Además del cumplimiento del llamado código de ética de enfermería, como se mencionó anteriormente, también se realizan ejercicios basados en las NOM's designadas.

En este contexto, pueden surgir actos realizados con negligencia o impericia que dan lugar a la responsabilidad civil, misma que admite la siguiente clasificación:

1. Responsabilidad contractual y extracontractual.
2. Responsabilidad subjetiva y objetiva.
3. Responsabilidad subsidiaria, solidaria o directa

De estas clasificaciones la de mayor relevancia es la extracontractual y la objetiva. Para Carmen García Mendieta, la responsabilidad extracontractual, tiene su origen en el principio general de derecho que establece "...que todo aquel que cause un daño a otro tiene la obligación de repararlo" (Escobedo, 2001)<sup>16</sup>

### **Bases constitucionales**

El profesional de Enfermería tiene derechos, obligaciones y responsabilidades. Por lo tanto, actividades que tenemos que hacer y no.

Dado que la enfermería siempre debe tener presente que la salud es un derecho humano, es útil seguir los conceptos citados por la Organización Mundial de la Salud. La salud se define como "el estado de bienestar físico, mental y social de un individuo". También hay que tener en cuenta lo citado en el artículo 4 inciso 3 de la Constitución, que establece la salud como un derecho a la protección de la salud. En otras palabras, todos tenemos derecho a la protección de la salud, por lo tanto, otro derecho previsto por la ley secundaria. A esta disciplina le corresponde establecer los mecanismos y condiciones que determinen lo necesario para lograr esa protección, teniendo en cuenta los principios fraccionales y

constitucionales en que se apoya el Congreso. H. Las Cortes Generales tienen la facultad de legislar sobre la salud general de la República y cumplirán en particular con las normas establecidas en la Ley General de Salud y sus diversas ordenanzas.

En estas condiciones, se debe hacer una distinción entre el derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud, por lo que, según Medina Arellano, “el derecho a la salud se refiere a un estado de salud con bienestar, este no puede garantizar a todo el estado”, mientras que el segundo se refiere a la protección de la salud, existen mecanismos legales e institucionales que pueden garantizar la salud de cualquier persona”, significa que el derecho a la salud es apreciado por todos, mientras que el derecho a la protección de la salud constituye una obligación de la Estado, que se aplica a quienes se dedican al ejercicio de la medicina en general y, en particular, a la atención enfermera en especial. (Escobedo, 2001)<sup>16</sup>

El personal de enfermería está protegido por el artículo 5 de la Constitución y goza de libertad de trabajo. La disposición prevé la libre elección de profesión, departamento, profesión o empleo siempre que sea legal y beneficioso para la enfermera. Es un código profesional y su práctica requiere permiso.

En esa condición, para poder disfrutar de los derechos antes mencionados, es muy necesaria la cooperación entre un abogado y una enfermera, en lo que surgen dos cuestiones importantes, porque por un lado, como paciente, todos tenemos derecho a la salud, cuidado y protección, por otra parte, el ejercicio del derecho a la libertad de trabajo ejercido por los miembros de la profesión de la salud, se encuentra consagrado en las leyes rectoras del artículo 5 de la Constitución en Materia Profesional, garantiza al paciente y autoriza a los adherentes a prepararse para el campo académico respectivo, argumentando que es una actividad que requiere especialización y pericia.

El lado humano, como lo menciona Cossío Díaz, señala que en las sociedades modernas se considera que tratar con cierto tipo de situaciones humanas o naturales solo debe ser hecho por aquellos que tienen un cierto tipo de conocimiento; además, el tipo de conocimiento

necesario debe ser impartido y certificado por instituciones educativas de cierto nivel y capacidad, ya que sólo así se puede garantizar su especificidad y es muy importante que sólo se permita impartir algunos temas calificados. Se considera importante actuar en situaciones humanas o naturales.

Esta combinación se materializa mediante la correcta aplicación de las normas para así adaptar la práctica de enfermería a diferentes niveles, resaltando la importancia de los diferentes tipos de responsabilidades que provienen no sólo del propio campo profesional, sino también desde un punto de vista ético.

### **Normas Éticas**

Según Pérez Fernández del Castillo, la ética es "parte del conocimiento filosófico, pero destinada a la aplicación práctica: la ética se estudia" para su aplicación en la vida cotidiana.<sup>11</sup> Es de suma importancia reflejar el código ético que rige en el mundo médico que es ante todo una actividad humanitaria. Uno es en beneficio del otro, con límites bien definidos, aparentemente sin sanciones, pero obligatorio en caso de violación. En otras palabras, afecta sus responsabilidades profesionales porque uno no se puede separar del otro. El cumplimiento del Código Ético impone diversas obligaciones al personal de enfermería, entre ellas:

1. Respetar la vida y los derechos humanos, actuar con sinceridad y lealtad al servir a las personas.
2. Proteger la integridad de las personas de todo daño y brindar una atención sin riesgos.
3. Mantener relaciones genuinamente profesionales con aquellos a quienes servimos, independientemente de su raza, clase social, creencias religiosas o preferencias políticas.
4. Como miembro del equipo de salud, es responsable tener un enfoque correcto en el mantenimiento de la salud y la prevención de daños.

5. Respetar las restricciones que puedan perjudicar al profesional y otros, siempre manteniendo la confidencialidad profesional.
6. Asegurar un entorno de trabajo seguro como las personas al igual que para el profesional de la salud.

Evitar la competencia desleal y compartir experiencias y conocimientos con estudiantes y colegas en beneficio del individuo y de la comunidad asistencial.

1. Son responsables de actualizar y aplicar sus conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo con su competencia profesional.
2. Luchar por el desarrollo profesional y velar por que se ejerza con dignidad.
3. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para la consecución de los objetivos profesionales.( Del castillo) <sup>11</sup>

El incumplimiento de este tipo de disposiciones no implica necesariamente sanciones, pero se debe recordar que los enfermeros que prestan servicios en las agencias gubernamentales tienen el deber de respetar la ley sobre los deberes administrativos de los servidores públicos. La enfermería, por lo tanto, es una profesión cuya adhesión debe ser considerada para el buen ejercicio de la enfermería, aun en riesgo de verse envuelto en procesos de responsabilidad administrativa.

### **Normas Profesionales**

Las normas profesionales son el estándar del trabajo de enfermería, provienen de la actividad específica a la que se comprometen mediante la contratación de sus servicios, tratándose de la relación que se establece entre patrones y trabajadores, así como de la labor que desempeñan de acuerdo con los contratos colectivos de trabajo( IMSS) o en las condiciones generales de trabajo, reglamentos interiores o su adicional, en todos los casos, lo que deriva de las normas oficiales mexicanas, la más relevante la Norma Oficial Mexicana NOM-019-ssa3-2013,de la práctica enfermera, que establece los aspectos generales y particulares al prestar servicios de enfermería.

Esta norma estipula: La enfermería es un área fundamental del equipo de salud. En diversas etapas de la profesión, su creciente contribución al mantenimiento o restauración de la salud de las personas, las familias y las comunidades demuestra la importancia de su función.

La formación académica del personal de enfermería tiene como objetivo, otorgar servicios médicos de alta calidad de acuerdo con los diversos roles del personal de enfermería, contribuyendo a la solución de problemas de interés para el público, evolucionando en forma paralela. Por eso es tan importante tener un diseño claro y organizado del nivel de responsabilidad que tiene el personal enfermero, bajo el campo público, social, y privado para poder evaluar el servicio de acuerdo a la formación académica para así favorecer, a los usuarios y obtengan mayores beneficios.

### Normas legales

El sistema normativo que se aplica a la práctica de enfermería supone conocimientos académicos reconocidos por las instituciones educativas.

En este sentido, los niveles equivalentes a medio superior, superior, posgrado, especialidad, maestría y doctorado son esenciales para el ejercicio de sus atribuciones, mediante la expedición de un certificado profesional para autorizar el ejercicio del actuar profesional.

A manera de ejemplo se presentan dos casos, citados por DURA en 2021, a continuación en los que se resalta el actuar de enfermería ante una situación de negligencia, así como los fallos condenatorios que fueron consecuencia del rol ejecutado. (DURA, 2021)<sup>17</sup>

#### **Caso 1: Negligencia de una Enfermera en Buenos Aires.**

##### *Homicidio culposo*

El Tribunal de Casación Penal de la provincia de Buenos Aires confirmó la sentencia por la que se condenó a la imputada, de profesión ENFERMERA, como autora responsable del delito de Homicidio Culposo, al haber inyectado a un paciente una medicación en contra de

las indicaciones médicas. La Defensa planteó que una Auxiliar de Enfermería fue quien colocó equivocadamente la droga que contenía Dipirona, fármaco al que era alérgica la víctima, en la mesa en que se trasladaba la medicación que debía suministrarse a cada paciente. El Tribunal sostuvo que una Enfermera profesional no puede excusarse en el supuesto obrar erróneo de una auxiliar, pues debe controlar que la medicación a aplicar se corresponda con lo prescrito en la respectiva Hoja de Enfermería que obraba en su poder, omisión que configura “una grosera violación al deber de cuidado que le impone la normativa regulatoria de su actividad”.

El Tribunal condenó a CEMM a un año de prisión, de ejecución condicional e inhabilitación especial para desempeñarse como enfermera, por el lapso de cinco años, con costas, por encontrar a la autora responsable del delito de homicidio culposo en los términos del art. 84 del Código Penal, pues “la normativa prohíbe expresamente a los profesionales enfermeros actuar bajo la relación de dependencia técnica o profesional de quienes sólo estén habilitados para ejercer la Enfermería en el nivel auxiliar”.<sup>11</sup>

## **Caso 2: Negligencia de dos enfermeras en España**

### Delito de homicidio por imprudencia grave

El Juzgado de lo Penal número 1 de Vinaròs (Castellón) ha condenado a sendas penas de un año y nueve meses de cárcel a las dos enfermeras acusadas de una negligencia que causó la muerte a una niña de dos años en el hospital comarcal de esta localidad. El magistrado considera probado que cometieron un delito de homicidio por imprudencia grave al administrar a la menor una pauta de fluidoterapia distinta a la prescrita por una médica, lo que propició que la paciente entrara en coma hiperglucémico y falleciera ese mismo día.

Los hechos ocurrieron el 13 de noviembre de 2018, cuando los progenitores llevaron a la pequeña al servicio de Urgencias del Hospital Comarcal de Vinaròs con un cuadro de diarreas y vómitos de cinco días de evolución.

La médica que la atendió pautó para su hidratación la administración de suero glucosalino (1/3 de 500 mililitros) más suero glucosado (40 mililitros al 50%) durante cuatro horas: la primera a una velocidad 250 mililitros por hora y de la segunda a la cuarta hora a 125 ml/h.

"Desconocimiento grave de la técnica y ciencia aplicable al desempeño de su profesión"

Sin embargo, la enfermera que estaba en el turno de mañana, "con desconocimiento grave de la técnica y ciencia aplicable al desempeño de su profesión, debido a su falta de atención y cuidado en el examen de la paciente", administró un tratamiento distinto al pautado, según se recoge en la resolución judicial. En concreto, dispuso dos goteros independientes, uno con 1/3 de 500 mililitros de suero glucosalino a una velocidad de 40 ml/h y otro con suero glucosado al 50% a 250 ml/h.

El titular del Juzgado de lo Penal 1 de Vinaròs entiende que la primera de las enfermeras, la del turno de la mañana, "incurrió en una conducta descuidada de la que resulta un proceder irreflexivo" al obviar que no podía "perfundir de forma directa (del modo en que lo hizo) el suero glucosado". De esta forma, administró las cantidades de suero no diluidas y a velocidades erróneas, "condenando el destino de la menor bajo cuyo cuidado se hallaba, por mucho que su turno estuviera concluyendo", precisa el juzgador.

En cuanto a la segunda acusada, el magistrado concluye que infringió "la norma objetiva de cuidado más elemental en el ejercicio de su actividad sanitaria (tanto por acción como por omisión)", al no percatarse del error de su compañera pese a las muchas ocasiones que tuvo para ello, "dando lugar al terrible resultado".

Además de los 21 meses de prisión, el fallo establece para ambas condenadas la pena de inhabilitación para el ejercicio de la profesión sanitaria o la profesión de enfermera por tiempo de tres años y diez meses.

Fuente: (DURA, 2021)

## CAPITULO IV. PREVENCIÓN DE LAS NEGLIGENCIAS EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

En los últimos años, el número de demandas por presunta **negligencias** contra los enfermeros ha aumentado notablemente en nuestro país y en el mundo, y muchas de ellas no tienen fundamento. El término negligencia se utilizó por primera vez en los Estados Unidos en la década de 1960 para referirse a una serie de incidentes en los que se acusaba a los trabajadores de la salud de no brindar una atención eficaz al paciente. Esta situación se entiende como que el médico no ha prestado adecuadamente los servicios que se le exigen en el marco de su relación profesional con el paciente y, como consecuencia, le ha causado algún daño. Alternativamente, si un médico ha causado un daño específico a la salud de una persona mediante acciones propias de las acciones de un médico por causalidad o negligencia. Según Alberto Agrest (2000), la mala praxis médica se define como “cualquier mala práctica médica, definida ni por la opinión del paciente o sus familiares, ni por la opinión de un juez, ni por la opinión de los profesionales médicos, ni por la opinión de un juez.” Es el trabajo del juez emitir juicios sobre la culpabilidad de la mala conducta y el monto de la compensación pagada a la víctima. (Vera Carrasco, 2016)<sup>18</sup>

Más que a una **negligencia médica**, un tipo de mala praxis en la que existe incumplimiento de los principios de la profesión -"lo que se debe hacer no se hace o sabiendo lo que no se debe hacer lo hace"-, la mayor parte de las reclamaciones se deben a un mal resultado o imprevisibilidad y/o complicación inevitable de la enfermedad, procedimiento diagnóstico o tratamiento utilizado. Esto no es sorprendente, ya que la medicina no es una ciencia exacta y la práctica conlleva riesgos para los pacientes. Por otra parte, el ejercicio de la medicina incide sobre los bienes más apreciados de la persona, la salud y la vida. Por tanto, es comprensible que los ciudadanos hagan reclamaciones ante situaciones que repercuten negativamente en su salud y culpen al personal de la salud, con o sin justificación.

Por lo general, las reclamaciones judiciales se realizan cuando las actuaciones médicas (complicaciones de la cirugía o de las pruebas, errores en la prescripción de medicamentos, etc.) u omisiones (diagnóstico no realizado a tiempo, etc.) afectan negativamente a la salud

del paciente. Esa responsabilidad recae en los expertos. En algunos casos, se puede presentar un reclamo por daño moral o pérdida financiera (pérdida de ingresos) relacionada con las acciones de un médico en lugar de daño físico. Por tanto, para evitar que se produzcan litigios, es necesario reconocer la importancia de tomar medidas concretas desde la perspectiva de la gestión de riesgos y de tener una actitud proactiva y de futuro.

La práctica médica implica riesgos. En otras palabras, inevitablemente ocurrirán incidentes y eventos adversos. Incluso los mejores profesionales y las instituciones más respetadas no pueden sentirse ajenos a esta realidad. La principal dificultad que surge de las implicaciones del ejercicio de esta profesión radica en que están en juego los valores humanos más preciados de la sociedad: la vida y la integridad física y emocional de los seres humanos. Esto conduce inevitablemente a la negligencia médica, que causa un gran daño al cuerpo humano. Por lo tanto, para evitar reclamos legales, los profesionales de la salud deben conocer las fuentes y los motivos de los reclamos de los pacientes y tomar las precauciones adecuadas.

Estos delitos pertenecen a la categoría de los denominados delitos culposos, es decir, delitos dolosos cometidos sin intención de cometerse, a diferencia de los delitos dolosos cometidos específicamente para dañar a una persona. Los aspectos legales de la enfermería requieren que todo profesional conozca y tenga conocimiento del marco legal que rige su ejercicio y lo que determina sobre sus derechos y responsabilidades como profesional. No se puede ignorar el contenido de la ley que regula la propia actividad profesional. Este no es un argumento válido para defenderse en la corte.

Todos los profesionales de enfermería deben conocer las leyes y los límites que rigen sus acciones para evitar consecuencias adversas. Dado que ninguna intervención en el ámbito del cuidado de la salud es inofensiva, los grados de calidad dependen del profesional de la salud, instituciones e insumos que tienen en cada circunstancia los beneficios y los riesgos.

En la profesión de enfermería, a menudo se subestima el valor de los registros escritos. No los considera herramientas valiosas, en los procedimientos judiciales son un valioso

instrumento que puedan obstaculizar o ayudar a las decisiones de enjuiciamiento de los profesionales. Se renuncia a la responsabilidad si los registros detallan nuestras acciones correctivas. Culparlo si no hay registro, o si el registro está incompleto o mal preparado.

Por este motivo, todas las acciones y observaciones de enfermería deben registrarse de forma oportuna y fehaciente. Esto significa que en la Historia Clínica existan los registros de acciones y observaciones de enfermería y que estos registros cumplan con los requisitos de los documentos legales (sin abreviaturas personales, fecha y hora, con firma, descriptivo, claro, legible y completo), y número de registro) para que puedan ser utilizados en procedimientos judiciales. Dado el estado actual de los litigios en el campo de la salud, estos registros deben incluir detalles que incluyan la evaluación inicial de enfermería cuando el paciente fue ingresado en el hospital.

El detalle preciso de las condiciones del paciente al ingreso permite tomar las precauciones que su cuidado requiere y evitar tener que responder por preexistencias no detectadas oportunamente.

**Prevenir riesgos en el ejercicio profesional**

( Ver tabla 3)

**Tabla 3: Gráfico ABC para prevenir riesgos en el ejercicio de la profesión**

<b>A</b>	Adherencia a normas y principios
<b>B</b>	Verificar la información
<b>C</b>	Capacitación

Fuente: (Zamuner, 2017)

**Afrontar el error profesional**

( ver tabla 4)

**Tabla 4: Gráfico ABC para enfrentar el error profesional**

<b>A</b>	Avisar – reportar error
----------	-------------------------

<b>B</b>	Buscar ayuda – asesoramiento para subsanar el error
<b>C</b>	Corregir a través del aprendizaje

Fuente: (Zamuner, 2017)

Aprender de los errores no es la única manera de aprender. Más bien, deben evitarse siempre que sea posible. Este trabajo sugiere algunas precauciones para evitarlos.

1. El conocimiento y la práctica clínica. Para asegurar una competencia profesional que satisfaga las necesidades de los pacientes, es necesaria una formación científica rigurosa y continua, una práctica continua y cuidadosa de acuerdo con los procedimientos y estándares establecidos, así se garantiza una competencia profesional congruente con las necesidades de los pacientes.
2. Resolver problemas estructurales; como equipo insuficiente, fallas en el equipo, mantenimiento insuficiente, personal insuficiente, deficiente capacitación del personal, medicamentos insuficientes o de mala calidad, para que se encuentren permanentemente en operación y libres de riesgo para no dañar a los pacientes.
3. Estandarización de los procesos. Permite tener una mayor seguridad, al minimizar las posibilidades de decisiones incorrectas. Por lo que es necesario estandarizar ciertos procesos como: identificación del paciente, relación enfermera-paciente, hojas de registro de enfermería conforme a la NOM, riesgos del procedimiento, medidas de seguridad, protección en traslados, entre otros.
4. Identificar a los profesionales que intervienen en el proceso para mantener una buena coordinación y comunicación en las diferentes etapas del proceso y así poder mitigar los errores.
5. Que el material de consumo sea suficiente para evitar dejar a pacientes desprotegidos de algún proceso de cuidado.
6. Disponer de un proceso para el mantenimiento del equipo para que éste se encuentre permanentemente en operación y libre de riesgo de dañar al paciente.
7. Los procedimientos clínicos, deben ser una guía para una mejor práctica clínica.

8. Infraestructura hospitalaria, debe de prevalecer la seguridad para el paciente. Es importante detectar todos los tipos de errores y no limitarse solo a los que ocurran en el momento, por eso es necesario diseñar estrategias que tiendan a reducirlos sobre todo los asociados a la excesiva dependencia de la memoria inmediata y a la necesidad de atención prolongada, debe favorecerse el acceso y la transmisión de la información entre profesionales, estandarizar los procesos y técnicas de dosis regulares en tiempos determinados para ciertos tipos de pacientes según, edad, peso y condición; capacitar y formar profesionales para identificar los errores posibles e interpretarlos como fallos en un sistema, fomentar un ambiente de respeto y deferencia ante la autoridad con el fin de prevenir efectos negativos de la fatiga, frustración y presión de las instituciones dedicadas al cuidado de la salud e instalar infraestructura para reconocer o identificar los errores a tiempo y poder prevenirlos, así como el daño que puedan ocasionar.

### **Cultura de seguridad del paciente**

Por otro lado, es importante y necesario generar una cultura que permita revelar el error al paciente afectado, tomando en cuenta los principios éticos.

Hoy en día, el desarrollo de la tecnología y la complejidad de la atención médica han provocado graves brechas, tanto en la calidad del tratamiento como en la seguridad del paciente. La alta prevalencia de riesgos clínicos y problemas de seguridad ha generado preocupaciones y desafíos para los sistemas de salud en la región.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la seguridad del paciente como la reducción de riesgos de daños innecesarios a un mínimo aceptable, según los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto, relacionando esta seguridad con la disminución de riesgos asociados a la atención sanitaria, la cual recibe servicios de promoción, mantenimiento, vigilancia o restablecimiento de la salud.

La revista cubana de enfermería realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal para evaluar la cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería, a través de una encuesta y la observación de un taller práctico de simulación en el laboratorio. Se utilizó un cuestionario validado y desarrollado por Columbié y otros, que contiene 13 ítems en una escala de calificación tipo Likert de tres puntos, seleccionados en función de su factibilidad y utilidad en la evaluación de la cultura de seguridad clínica, en las dimensiones: percepción de prevención de errores, errores relacionados al sistema, factores humanos, trabajo en equipo y participación del paciente. La observación se realizó mediante un manual de observación desarrollado y validado por dos expertos en seguridad clínica, y consta de 10 ítems que evalúan la comunicación, las respuestas punitivas a los errores, el trabajo en equipo, el liderazgo y la toma de decisiones. (Mogollón, 2020).<sup>19</sup>

De los 113 estudiantes de la muestra, 97 (85,84 %) fueron del sexo femenino. La media obtenida fue de 22,3 años con una desviación típica de 4,156; el mayor porcentaje se ubicó entre el grupo de 21 a 25 años (40,71 %), luego el grupo de 18 a 20 años (39,82 %), lo que evidenció un predominio de población joven.

Los conocimientos y percepciones sobre cultura de seguridad se representan en la tabla, estructurados en cinco dimensiones: percepción sobre prevención de errores, errores asociados al sistema, factor humano, trabajo en equipo y participación del paciente. Entre ellos se destaca una percepción positiva de prevención, trabajo en equipo y participación del paciente, identificados mayormente como aspectos que contribuyen a la seguridad, tal como se evidencia a continuación.

**Tabla 5. Gráfico de conocimientos en estudiantes de Enfermería sobre cultura de seguridad en el paciente.**

(Ver tabla 5)

DIMENSIÓN	ÍTEMS	SIEMPRE %	ALGUNAS VECES %	NUNCA %	TOTAL %
Percepción sobre prevenciones de errores	La formación prepara para prevenir errores en la práctica de enfermería.	80.53	15.05	4.42	100
	La enseñanza sobre seguridad del paciente debe ser una prioridad.	85.84	12.39	1.77	100
	La enseñanza sobre seguridad del paciente debe ser una prioridad.	86.73	11.50	1.77	100
Errores asociados al sistema	Es posible hablar con el docente sobre errores cometidos que resultaron en un daño	39.82	57.52	2.65	100
	Los turnos más cortos de trabajo reducen los errores	23.89	47.79	28.32	100
	No tomar descansos regulares durante los turnos de enfermería aumenta el riesgo de cometer errores	42.48	48.67	8.85	100
Factor Humano	Los enfermeros más experimentados y competentes cometen errores	18.58	71.68	9.73	100
	Un verdadero profesional no comete errores	11.50	55.75	32.74	100
	La mayoría de los errores en la asistencia sanitaria derivan en enfermeras descuidadas	30.91	60.91	8.18	100
Trabajo en equipo	Un mejor trabajo en equipo multidisciplinario reducirá los errores	66.37	30.09	3.54	100

	Adquirir habilidades de trabajo en equipo reducirá los errores en la práctica	78.76	17.70	3.54	100
Participación del paciente	Estimular a los pacientes a estar más involucrados ayuda a reducir los riesgos	66.37	30.09	3.54	100

Fuente: (Pea, 2015)

Las prácticas de seguridad del paciente en las actividades experimentales de aprendizaje se evaluaron a partir de cinco dimensiones observadas en tres fases. La primera fue la comunicación: 11.54 % identificó de forma verbal al paciente simulado en el registro pertinente, 88.46 no identifico al paciente de forma verbal, y en la segunda parte de la comunicación, en el aspecto comunicativo con el docente el 73.08 % estableció una comunicación fluida con el docente el 26.92 no fue así.

En segundo lugar, se evaluó la respuesta punitiva ante errores: 65.38 % comunicó al docente las falencias en el desarrollo de los procedimientos, mientras que el 34.62 no comunico o manifestó alguna debilidad para ejecutar procedimientos. Seguidamente, la tercera dimensión, referida el trabajo en equipo, comunico que el 73.08 % coordinó con el equipo para realizar procedimientos, mientras que 26.92% no se coordinó en equipo para el desarrollo de los mismos, 96.15 % se integró con sus compañeros para el desarrollo de procedimientos y 3.85 no logro una interacción de forma interdisciplinaria para desarrollar algún procedimiento, 73.08 % no verificó la ejecución del procedimiento junto a estudiantes y docentes, solo el 26.92 verifico la ejecución de procedimientos.

No obstante, las últimas dos, referidas al liderazgo y toma de decisiones, indicaron que, del total de los estudiantes observados, 76.92 % no dirigió el desarrollo de procedimientos. En concordancia, 80.77 % no tomó decisiones junto al equipo de trabajo y el 100 % no realizó un reporte de eventos adversos. (Maroto, 2020)<sup>19</sup>

En la tabla se observan acciones de seguridad en los estudiantes durante las prácticas simuladas.

**Tabla 6: Grafico que muestra las acciones realizadas por los estudiantes enfocados a la cultura de seguridad del paciente durante la práctica simulada.**

( ver tabla 6)

<i>DIMENSIONES</i>	<i>ÍTEMS</i>	<i>SI %</i>	<i>NO %</i>	<i>TOTAL %</i>
Comunicación	Identifica al paciente simulado verbalmente y en el registro	11.58	88.46	100
	Establece una comunicación fluida con el docente	73.08	26.92	100
Respuesta punitiva ante errores	Expresa debilidades en el desarrollo de los procedimientos	65.38	34.62	100
	Los errores afectan la evaluación del estudiante	0.00	100	100
Trabajo en equipo	Existe coordinación entre los equipos para realizar procedimientos	73.08	26.92	100
	Se integra en el desarrollo de procedimientos con sus compañeros	96.15	3.85	100
	Verifica la ejecución del procedimiento junto al equipo	26.92	73.08	100
Liderazgo	Dirige el desarrollo de los procedimientos	23.08	73.92	100
Toma de decisiones	Toma de decisiones junto al equipo de trabajo	19.23	80.77	100

Fuente: (Maroto, 2020)

Las investigaciones muestran y enfatizan que la seguridad del paciente es una de las prioridades del cuidado de la salud, y todos los estudiantes del área de la salud, en este caso de enfermería, tienen la oportunidad y la responsabilidad de minimizar los riesgos. Destacando la importancia de las herramientas como la educación y la formación como una herramienta importante para el paciente. En este sentido, este estudio nos permitió conocer el concepto de cultura de seguridad interpretando los conocimientos y prácticas de la cultura de seguridad del paciente de los estudiantes durante su formación, que a mi juicio es la mejor manera de obtener esta cultura, ya que la formación del profesorado se basa en la evidencia, donde en ocasiones se contrasta con la falta de conocimiento, profesionalismo y profesión con las instituciones de salud.

Más detalladamente, la prevención de errores se presenta positivamente, porque los estudiantes expresan que se desarrollan debido a las habilidades y competencias adecuadas en seguridad del paciente, donde se puede argumentar que la educación de enfermería los prepara para el entorno en el que se ubicarán, de acuerdo con el desafío planteado por Vaismorad y otros, quienes argumentan que la preparación de enfermería debe anticiparse a los trabajos complejos y difíciles a los que se dedican los recién graduados y que, en la mayoría de los casos, provocan estrés.

En el mismo contexto, los estudiantes reconocen que los errores y las omisiones son aspectos clave ya abordados en la formación de la cultura de seguridad del paciente y relacionados con un clima de confianza en el ambiente de aprendizaje, contrario a las investigaciones que sugieren que la autoridad es difícil de cuestionar a través de la notificación. Estas actitudes pueden contribuir a la detección temprana de errores y la toma de decisiones, que son partes integrales de la gestión proactiva de la seguridad clínica y, por lo tanto, previenen la negligencia en la práctica diaria.

Por otro lado, la percepción en relación con su entorno laboral, asociando o no el error al sistema, se presentó como factor influyente, lo que afecta la forma en que los estudiantes

se ven a sí mismos profesionalmente y puede reflejarse directamente en el paciente. En consecuencia, existe concordancia entre los hallazgos y otros estudios internacionales de seguridad dirigidos a profesionales de enfermería, al ratificar la trascendencia del entorno en el desempeño.

Asimismo, otras dimensiones de seguridad se presentan como un desafío permanente, como lo es el trabajo en equipo y la participación del paciente, puesto que existe integración y coordinación, pero no se verificó el éxito de las intervenciones en equipo. Dentro de estos parámetros, se presentan las relaciones del equipo sujetas al paradigma en que se desarrollan, aspecto que prevalece hasta el ejercicio profesional de estudiante, lo que limita sustancialmente el logro de estos elementos de seguridad.

Entre los aspectos a fortalecer a nivel curricular se ubican la falta de compromiso de liderazgo y la gestión ineficiente, pues la mayoría de los estudiantes observados no dirige los procedimientos, evade la toma de decisiones e incumple con los reportes de eventos adversos. Estas debilidades repercuten en otros aspectos asociados que promueven una cultura de seguridad, como son: la comunicación, el trabajo en equipo, la identidad con el entorno y la satisfacción con el sistema.

Es necesario trabajar en la formación práctica de enfermería, la inconsistencia en la comunicación del equipo, la actitud negativa hacia el trabajo, la falta de voluntad para realizar tareas, la falta de descripciones de los trabajos, la brecha en el compromiso y la coordinación la insuficiencia en la comunicación y la interacción, la falta de una cultura de trabajo en equipo. De igual modo, resulta favorable la inclusión de modelos de liderazgo y análisis de errores como parte del fortalecimiento académico, incitando a evaluar la necesidad de una supervisión directa y permanente, de manera que el estudiante satisfaga las demandas de gestión de riesgos de la actualidad.

Es importante destacar que no es sostenible mantener una cultura de seguridad del paciente bajo un enfoque reactivo, es decir, actuando posterior al error, se tiene que actuar desde un inicio con esta cultura.

En conclusión, el desarrollo de una cultura de seguridad no es un trabajo fácil, pero es un elemento de competencia que debe presentarse como un eje transversal en la formación, pues atiende proactivamente a la prevención de eventos adversos.

El estudio revela insuficiencias existentes sobre el factor humano, liderazgo, comunicación y toma de decisiones dentro de la cultura de seguridad. Es necesario que se generen ideas e innovaciones curriculares que permitan asegurar al estudiante un desempeño académico y el éxito profesional, como el incluir listas de verificación o sistemas de reporte de eventos adversos que fortalezcan las prácticas del sistema de enseñanza en materia de seguridad; así también, emplear estrategias de enseñanza que promuevan el pensamiento proactivo.

## CONCLUSIONES

Enfermería está construyendo un escenario del ejercicio de la profesión ,en los últimos años, se está incorporando, cada vez con más notoriedad, un nuevo factor, que viene a condicionar la práctica cotidiana, éste no es otro que el incremento de exigencia por parte de los clientes de los servicios sanitarios, que se traduce a menudo en procesos litigiosos contra profesionales de enfermería, por entender que las atenciones recibidas no cumplen las expectativas de calidad o no derivan en los resultados esperados por los usuarios.

Los profesionales de enfermería, caracterizados por ser el grupo humano, dentro de la organización sanitaria, que más esfuerzos han realizado por adaptarse al nuevo producto asistencial que demanda la población, de acuerdo con los objetivos del sistema sanitario actual, las directrices de la OMS, e incluso con el nuevo currículum formativo y objetivos del ejercicio de la profesión enfermera, incorporando en la práctica diaria los actuales principios científicos observan, entre atónitos y desconcertados como la ampliación de su ámbito de competencia y el desarrollo de nuevas actividades de forma autónoma y más científica, lleva aparejado un incremento de reclamaciones y procesos litigantes de los usuarios, en lugar del previsto, y a su modo de ver lógico, incremento del aprecio, consideración y reconocimiento por parte de la población a su profesionalidad y calidad del servicio prestado.

Se considera que el aporte sustantivo de este documento es haber logrado identificar el origen de la negligencia enfermera en la práctica asistencial, misma que permite comprender de una manera clara lo que implica el cuidado a la persona de una manera profesional, tomando en cuenta que poco se habla al respecto de temas legales, no solo de su resolución sino también de su prevención, recalcando la importancia como enfermeros que las bases se forman en los tiempos de preparación y por lo mismo debe recalcarse la importancia de formar profesionales con una cultura de seguridad. En este contexto se

pudo dimensionar la importancia y pertinencia de brindar cuidado de una forma , real , potencial, individualizado y basado en la evidencia.

La elaboración de éste trabajo, considera aumentar en los enfermeros próximos a egresar que se desenvuelven en el rol asistencial tengan cierto grado de responsabilidad y conocimiento sobre el tema, la carrera de Enfermería en la FESI, tiene un plan de estudios conformado por bloques básicos, clínicos y de profundización, además de los créditos optativos incluidos en este plan, un módulo optativo a resaltar es “Bioética en Enfermería” donde el objetivo de este módulo resalta importancia en los dilemas bioéticos que se presentan durante la práctica clínica y situaciones que comprometan la vida, integridad y autonomía del paciente.

Los profesionales sanitarios están llamados a brindar una atención que promueva la protección de los derechos y la calidad de vida de los pacientes, para lo cual es necesario reforzar sus conocimientos, al igual que otras competencias como la identificación de aspectos morales, la toma de decisiones, la motivación y la sensibilidad frente al sufrimiento del otro

Me parece de suma importancia puntualizar al módulo ya que a forma de sugerencia podría ser una opción que antes de egresar los alumnos pudieran saber y conocer el contenido de este módulo con el fin de mejorar la atención a quien la requiera y desde la perspectiva de la carrera, sumar a nuestro perfil de formación y egreso.

Para lograr una formación adecuada es necesario no solo la inclusión de un número de créditos y asignaturas, sino que éstos sean dinámicos y flexibles, conforme a las necesidades del mundo de hoy.

*“La lección más importante que se le puede dar a una enfermera es enseñarle qué observar, cómo observar, cuáles síntomas indican mejoras y cuáles lo contrario, cuáles son de importancia y cuáles no, cuáles reflejan negligencia”.*

– Florence Nightingale

## Referencias Bibliográficas

1. Robles JN. 20 años de arbitraje médico [Internet]. Secretaria de salud. 2018 [citado el 9 de noviembre de 2022]. Disponible en: [http://ttp://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin5/numero\\_completo.pdf](http://ttp://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin5/numero_completo.pdf)
2. De E, Práctica LA, Alba-Leonel A, Papaqui-Hernández J. Errores de enfermería en la atención hospitalaria [Internet]. Medigraphic.com. 2011 [citado el 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim113g.pdf>
3. Del Campo AF. El ejercicio de la medicina y su entorno legal [Internet]. SECPRE. 2018 [citado el 11 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3655/365556716002/html/>
4. Kitroeff N, Villegas P. ‘No es el virus’: las carencias de los hospitales mexicanos también matan. The New York times [Internet]. el 28 de mayo de 2020 [citado el 9 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2020/05/28/espanol/america-latina/mexico-hospitales-coronavirus.html>
5. Organización Mundial de la Salud. LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS [Internet]. Who.int. 2008 [citado el 9 de septiembre de 2022]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70084/WHO\\_IER\\_PSP\\_2008?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70084/WHO_IER_PSP_2008?sequence=1)
6. Doyle P, VanDenKerkhof EG, Edge DS, Ginsburg L, Goldstein DH. Self-reported patient safety competence among Canadian medical students and postgraduate trainees: a cross-sectional survey. BMJ Qual Saf [Internet]. 2015 [citado el 14 de octubre de 2022];24(2):135–41. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25605953/>
7. Amaya Fuentes IP, González Ramírez K, Lobo Guerra KL, Pugliese Sierra PA, Porto Rojano ME, Silva Calvo DC. Descripción del conocimiento de la taxonomía NANDA, NOC y NIC en enfermería 2005 - 2015. 2016 [citado el 9 de octubre de 2022]; Disponible en: <https://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/1341>
8. Arcuri D. La tecnología puede mejorar la atención y seguridad de los pacientes en hospitales [Internet]. Genetec. 2020 [citado el 10 de abril de 2023].

- Disponible en: <https://www.genetec.com/es/blog/industrias/la-tecnologia-puede-mejorar-la-seguridad-de-los-pacientes-en-hospitales>
9. Uys LR, Middleton L. Internationalising university schools of nursing in South Africa through a Community of Practice: Nursing schools in Southern Africa. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2011;58(1):115–22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00854.x>
  10. Zamuner M. La responsabilidad legal en enfermería [Internet]. Biblioteca Virtual de la Salud. 2017 [citado el 10 de verano de 2022]. Disponible en: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/1009842/vea\\_14492017-31-35.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/1009842/vea_14492017-31-35.pdf)
  11. Del Castillo BPF. Deontología Jurídica [Internet]. Porrúa; 2014 [citado el 9 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.derechopenalenlared.com/libros/deontologia-juridica-bernardo-perez-fernandez-del-castillo.pdf>
  12. Gabilondo P. Entre 25.000 y 35.000 españoles mueren cada año por errores médicos [Internet]. *El Confidencial*. 2017 [citado el 20 de agosto de 2022]. Disponible en: [https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2017-03-30/errores-medicos-muertes-evitables-espana-protocolos\\_1357399/](https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2017-03-30/errores-medicos-muertes-evitables-espana-protocolos_1357399/)
  13. De las Mercedes Martínez León M, Burón DQ, León CM. Aspectos de la nueva teoría de Estados Unidos y Reino Unido del reconocimiento de los errores médicos con efecto en la disminución de las demandas. *Rev Esc Med Leg* [Internet]. 2009 [citado el 9 de agosto de 2022];(11):4–10. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3942827>
  14. Salcedo-Álvarez RA. El profesional de enfermería que México necesita. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2017;25(1):75-9.
  15. Flores Sandi Gretchen. Responsabilidad profesional en enfermería: la perspectiva del uso de los registros en enfermería, desde el punto de vista forense. *Med. leg. Costa Rica* [Internet]. 2003 Mar [cited 2023 march 08] ; 20( 1 ): 112-120. Available from: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152003000100011&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000100011&lng=en).
  16. Escobedo RMA. LA RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA [Internet]. UNAM; 2018 [citado el 12 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/10/4733/11.pdf>
  17. Durà RA. Un año y 9 meses de cárcel para dos enfermeras por la negligencia que causó la muerte de una niña en el hospital de Vinaròs [Internet]. *La Vanguardia*. 2021 [citado el 10 de 2022]. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/local/valencia/20210217/6250936/carcel-enfermeras-negligencia-muerte-nina-hospital-vinaros.html>

18. Vera Carrasco Oscar. CÓMO PREVENIR PRESUNTAS DEMANDAS DE MALA PRAXIS MÉDICA. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2016 [citado 2022 Diciembre 09] ; 22( 2 ): 60-69. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582016000200011&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000200011&lng=es)
19. Melendez-Mogollon I, Macías-Maroto M, Álvarez-González A. Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2020 [citado 9 Ago 2023]; 36 (2) Disponible en:  
<https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3239>
20. Balderas MAA. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones [Internet]. Secretaria de salud. 2012 [citado el 10 de octubre de 2022]. Disponible en:  
[http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/calidad\\_atencion\\_salud\\_enMexico\\_12experiencia.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/calidad_atencion_salud_enMexico_12experiencia.pdf)
21. Fajardo G, Artículo D, Evangelina M, Curiel V, María M, Campos Sánchez S, et al. Calidad de la atención, Ética Médica y Medicina Defensiva. CONAMED. octubre de 2008;66
22. Ferrer C, Almirante B. Infecciones relacionadas con el uso de los catéteres vasculares. Enferm Infecc Microbiol Clin [Internet]. 2014 [citado el 10 de octubre de 2022];32(2):115–24. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-infecciones-relacionadas-con-el-uso-S0213005X13003844>
23. Seguridad del paciente [Internet]. Who.int. [citado el 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
24. De Los Ángeles A, Ruíz R, Fuente A, Compendio DC. El derecho humano a la salud frente a la responsabilidad médico-legal: una visión comparada [Internet]. Corteidh.or.cr. [citado el 20 de Abril de 2023]. Disponible en:  
<https://www.corteidh.or.cr/tablas/r37807.pdf>
25. Quintana Zavala M.O., Paravic Klijn T.. Internacionalización de la Educación en Enfermería y sus desafíos. Enferm. glob. [Internet]. 2011 Oct [citado 2023 Ago 09] ; 10( 24 ). Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412011000400017&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400017&lng=es). <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400017>.
26. Latrach AC, Soto FP, Gonzalez VI, Caballero ME, Inalaf A. Aseguramiento de la calidad en la formación de las enfermeras desde la perspectiva de los procesos de acreditación nacional. Ciencia y Enfermería. [Internet]. 2009; Vol. XV (2): pp

- 79 -94 [2011-05- 19]. Disponible en:  
<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n2/art09.pdf> [ Links
27. Escuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile. Vida estudiantil. Red de Enfermería. [Internet]. [citado 18 de Marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.uc.cl/enfermeria/html/estudiantes/red.html> [ Links ]
  28. Ceballos-Vásquez PA. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Ciencia y enfermería. 2010;16(1):31-5.
  29. Coll C. Las competencias en la educación escolar. [Consultado el 25 de junio de 2023.] Disponible en <http://www.slideshare.net/agirregabiria/csar-coll-sobre-competencias-bilbao>
  30. Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior (CENEVAL). Informe Anual de Resultados 2011. Examen General para el Egreso de la Licenciatura en Enfermería. Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior. México. pp. 377.
-