

RESPONSABILIDAD EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

Amparo Zapata Villa*
Gloria Molina Marín**

Resumen

El comportamiento de las demandas en salud, en la ciudad de Medellín entre 1986 y 1992, ha sido de ascenso progresivo. Con la investigación se pretendió analizar las representaciones que las categorías de enfermería tienen sobre el concepto de responsabilidad y sobre las implicaciones de orden jurídico, moral y ético por errores cometidos durante el ejercicio de la profesión o del oficio. Igualmente, determinar si el personal de enfermería estuvo involucrado en las demandas ocurridas.

Palabras claves

*Ética en enfermería
Ética profesional
Legislación en salud*

Introducción

Las primeras demandas por responsabilidad civil las instauraron víctimas de la guerra, desvinculados del servicio militar, por severas secuelas o por tratamientos medicoquirúrgicos que fueron calificados posteriormente por los abogados como actos médicos precipitados.

* Docente Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia.

** Enfermera Instituto de los Seguros Sociales.

En Estados Unidos, las demandas por negligencia tuvieron auge en el decenio de los sesenta, afectando las instituciones de salud, los médicos y otros profesionales del sector. En Colombia, se iniciaron en 1976 a partir del paro en el Instituto de Seguros Sociales, pero han tenido un ascenso más notorio en los últimos años.

El propósito de la presente investigación no es juzgar a quienes estuvieron involucrados en las demandas, sino alertar a los profesionales de enfermería y a todos los trabajadores de la salud, sobre algunos problemas evitables.

La investigación comprende dos aspectos, el primero se refiere a los conocimientos que sobre la responsabilidad tienen las diferentes categorías de enfermería; el segundo, es un estudio de las demandas civiles contra instituciones de salud de Medellín por mala práctica.

Ha sido difícil delimitar la responsabilidad civil de la moral, porque si bien en teoría son diferentes, en la práctica se conjugan; el daño moral, los abogados lo refieren a los perjuicios económicos, en cambio los moralistas hablan de efectos morales y normatividad moral, como aspectos necesarios para la convivencia, entre ellos los derechos del paciente y los deberes del funcionario.

Dado que la formación profesional de los investigadores de este trabajo no es en derecho, es posible que se presenten errores de apreciación de las normas jurídicas; también pueden presentarse diferencias en las consideraciones morales por la variedad de teorías éticas. Lo fundamental es mirar la orientación para desempeñar una labor profesional que cumpla con su función social y siga el mandato de la conciencia moral.

Objetivos generales

1. Identificar las acciones y omisiones en la práctica de enfermería, por medio de la revisión y estudio de las demandas civiles o penales hechas a las instituciones de salud de Medellín en el periodo comprendido entre 1986 y 1992; en estos casos se analizarán los factores internos y externos que determinan la práctica de enfermería.

2. Evaluar los conocimientos que sobre responsabilidad poseen las categorías de enfermería.
3. Realizar la reflexión ética de las situaciones encontradas.

Objetivos específicos

1. Caracterizar la responsabilidad de enfermería en los casos sometidos a procesos jurídicos civiles o penales.
2. Identificar en estos casos, la acción u omisión que determinó la negligencia en la práctica de enfermería.
3. Identificar los factores -internos y externos- que influyeron en los casos de negligencia en la práctica de enfermería.

Descripción metodológica

La investigación se realizó en trece instituciones de salud de Medellín; doce de ellas del tercer nivel de atención y una del segundo nivel. Se realizó en dos etapas: en la primera se aplicó a una muestra aleatoria -seleccionada por categoría de enfermería y por institución- el cuestionario denominado Conocimientos sobre responsabilidad. Dicho cuestionario contiene preguntas cerradas, abiertas y otras en escala Likert. Para analizar los resultados se hizo cruce sencillo de variables; estos resultados se muestran en tablas.

En la segunda parte, se analizaron las demandas civiles ocurridas en el periodo comprendido entre 1986 y 1992, mediante estudio descriptivo de casos, agrupando para el análisis aquellos con características similares. En ambas etapas se incorporó la reflexión ética.

Resultados y análisis

Primera parte

Conocimientos sobre responsabilidad, según categoría de enfermería

Las categorías de enfermería son las definidas en el decreto 2184 de 1976.¹

Categoría ayudante de enfermería

El 91,6% de las instituciones tiene estas ayudantes en la planta de personal. El 84,0% están en las instituciones privadas; sólo en una oficial no existe esta categoría.

El fundamento jurídico dado por el decreto 2184 de 1976 fue modificado por la resolución No. 07326 de 1983 del Ministerio de Salud, prohibiendo la capacitación y posterior vinculación de ayudantes de enfermería a las instituciones de salud. El 52% de este personal tiene menos de nueve años de experiencia, lo cual significa que su vinculación laboral fue posterior a la expedición de la resolución.

Interrogadas las jefes de enfermería de las instituciones que tienen mayor porcentaje de ayudantes de enfermería, sobre la manera como las capacitan, se encontró que existen diferentes modalidades:

1. Formación teórico-práctica intensiva en cuatro meses. Los contenidos se basan en el programa de formación de auxiliares, para ingresar se exige haber cursado noveno grado de secundaria, lo cual es consistente con los niveles académicos encontrados en la investigación -el 56% tiene secundaria incompleta y el 26% secundaria completa-. Se prefieren aspirantes que hayan realizado cursos de enfermería no aprobados oficialmente. Durante la formación desarrollan el concepto de responsabilidad civil en una conferencia de dos horas dictada por un abogado.
2. Capacitaciones en otras instituciones diferentes a las que están vinculadas laboralmente.
3. Se vincula personal capacitado en entidades sin licencia de funcionamiento, con lo cual perpetúan la piratería, van en contra del decreto 2184/76, desvirtúan la imagen que de enfermería se tiene en la sociedad y facilitan las condiciones para la mala calidad en la atención y además someten los pacientes a riesgos de errores en el cuidado.
4. Adiestramiento en servicio dado por el profesional de enfermería o el auxiliar. Lo anterior significa que se brinda atención y se recibe entrenamiento simultáneamente.

La formación de ayudantes de enfermería mantiene las características de la formación de enfermeras que se dio en Colombia en el siglo XIX y princi-

pios del siglo XX;² actualmente su existencia se fundamenta en la escasez de personal. Ni la evolución científico-técnica ni la salud como un derecho constitucional han promovido cambios en este aspecto, sólo cuando ocurren situaciones de impacto social se cuestiona la capacitación y se considera ésta como un componente de la calidad de atención y del cuidado.

Categoría auxiliar de enfermería

Estas personas reciben educación formal en el SENA y en los centros de formación del Servicio Seccional de Salud de Antioquia (S.S.S.A). El 35,5% tiene educación secundaria completa; el 4,6%, universitaria incompleta y el 1,3%, universitaria completa. Su formación es teórico-práctica, con una duración entre uno y uno y medio años. Los contenidos del programa son definidos por el Ministerio de Salud y adaptados a las distintas regiones. En Antioquia, el S.S.S.A. las prepara con énfasis en atención primaria y el SENA con énfasis en la clínica. Su formación les permite realizar procedimientos de mediana y baja complejidad, lo que significa que el cuidado de pacientes críticos y procedimientos de mayor complejidad, no pueden ser delegados a este personal. Como parte del programa de enseñanza conocen el concepto de responsabilidad.

Categoría profesional de enfermería

Este personal tiene formación universitaria. Aunque la tendencia de final de siglo es aumentar el nivel de formación, sólo el 6,4% tiene estudios de posgrado. En investigaciones realizadas por Enoris Arango V. y otros en 1983 se determinó que el 12% de los profesionales tenía posgrado, magister o especialización; la diferencia de resultados con este estudio puede deberse a que los profesionales con posgrados se encuentran en mayor proporción en los centros de formación del recurso humano y para esta investigación no entraron en la muestra.³

En la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, única institución formadora de éste recurso en Medellín, la responsabilidad civil, penal y moral se trata en la cátedra de aspectos ético-legales; por lo menos el 50% de los profesionales encuestados han tenido este referente teórico durante su formación.

Representaciones sobre responsabilidad

La responsabilidad profesional se toma en dos sentidos: moral, cuando las consecuencias de los actos dejan satisfacción personal por el deber cumplido o reatos de conciencia por errores en el hacer, y legal como la obligación de asumir las consecuencias de los actos e indemnizar y reparar los daños causados en el ejercicio de la profesión, arte u oficio.^{4,5,6} Sólo el 20% de profesionales, el 3,9% de auxiliares y el 2% de ayudantes se refieren a este último aspecto; puede asumirse que el 87,4% de los encuestados no saben que significa responsabilidad profesional y el 85,5% no saben que es responsabilidad civil.

Si bien la actitud positiva frente al trabajo hace parte de la responsabilidad moral, no puede ser lo esencial, también es necesario conocer las consecuencias de los actos cuando éstos no son satisfactorios.

En el nivel convencional del desarrollo moral, la norma es la que orienta los comportamientos humanos;⁷ en este nivel puede ubicarse el 28,2% de profesionales, el 44,2% de auxiliares y el 34% de ayudantes, quienes respondieron que responsabilidad es el cumplimiento de normas y deberes. También se ubican quienes respondieron que responsabilidad civil es cumplir normas, deberes y obligaciones con los demás -34,6% de profesionales, 34,1% de auxiliares y 30% de ayudantes-.

Aunque tienen claros conocimientos sobre las consecuencias institucionales de un error científico-técnico, el 4,5% de profesionales, el 7,8% de auxiliares y el 12% de ayudantes dicen no tenerlos; lo anterior, puede ocurrir porque consideran los errores como parte de la cotidianidad laboral o porque se basan en el dicho popular: «Todo ser humano tiene derecho a equivocarse», por tanto no creen necesario asumir la responsabilidad con la institución; también puede ser por desconocimiento de las obligaciones administrativas que conlleva un contrato laboral.

Otros ámbitos de la responsabilidad

Las implicaciones de un error científico-técnico se evidencian también en ámbitos diferentes al institucional como en el del usuario, la enfermería, la persona que comete el error y el jurídico; las respuestas en relación con

dichos ámbitos se presentaron en porcentajes muy bajos, así: en lo jurídico 15,2%, con el usuario 1,4%, en lo personal 17,3%, no hay respuestas a las implicaciones con la profesión 0% (Véase tabla 1).

Tabla 1

Otras implicaciones que acarrean un error científico-técnico

Otras implicaciones	CATEGORIA			Total
	Profesional	Auxiliar	Ayudante	
	No. (%)	No. (%)	No. (%)	No. (%)
Laborales	37 33,6%	47 36,4%	19 38,0%	103 35,6%
Jurídicas	23 20,9%	18 14,0%	3 6,0 %	44 15,2%
Con el usuario	1 0,9%	2 1,6%	1 2,0%	4 1,4%
Personales	24 21,8%	21 16,3%	5 10,0%	50 17,3%
Profesionales	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Respuesta confusa	9 8,2%	13 10,1%	6 12,0%	28 9,7%
Ninguna implicación	0 0,0%	0 0,0%	4 8,0%	4 1,4%
No sabe	1 0,9%	1 0,8%	1 2,0%	3 1,0%
Sin dato	15 13,6%	27 20,9%	11 22,0%	53 18,3%
Total	110 100,0%	129 100,0%	50 100,0%	289 100,0%

En el **ámbito de los usuarios**, la reflexión sobre el impacto de las acciones profesionales debe incluir las posibles implicaciones de errores en la atención tales como prolongación del tiempo de hospitalización, lesiones personales, invalidez o muerte; así mismo, el desgaste psicológico y los efectos morales que dichos actos producen en el contexto social, económico, personal y familiar del usuario.⁸

Si bien los enfermos dependen del cuidado que otros les brinden, la moral de los cuidadores incluye el respeto a los derechos, la integridad, la autonomía y el consentimiento de aquellos; así como la equidad en los servicios y los derechos de la sociedad, elementos fundadores de la moral y de la responsabilidad profesional.^{9,10,11,12}

En el ámbito de la responsabilidad con la profesión cuenta la calidad y el cumplimiento de la función social. Por ello la evaluación del quehacer en enfermería involucra el status frente a la comunidad¹³ y la identidad profesional individual y colectiva;¹⁴ ésta última, teniendo presente que en los servicios o unidades hospitalarias prevalece la individualidad sobre el trabajo de grupo.

En el ámbito personal se refiere al equilibrio emocional, psicológico y físico, necesario para que el rendimiento laboral sea óptimo y sin riesgos de error. Los turnos de doce horas -inclusive en servicios de alta complejidad como urgencias, unidad de cuidados intensivos, cirugía y otros- sobrepasan el nivel de fatiga tolerado y pueden ser causantes de errores científico-técnicos; las condiciones inseguras de trabajo y la prolongación de turnos con horas extras impiden el equilibrio entre la actividad laboral, social, recreativa y familiar que fortalecería la autoestima y dispondría las personas positivamente para responder como lo esperan y necesitan los usuarios.¹⁵ La aparente disminución de costos con horas extras o con personal poco calificado, además de sacrificar la imagen de enfermería facilita los errores.

En el ámbito jurídico se tiene que si los funcionarios de salud desconocen que el derecho a la salud es constitucional¹⁶ y que los errores en el ejercicio de una profesión o de un oficio generan demandas, entonces le producen a la institución debilidades que pueden concluir en indemnización por daños ocasionados y, para quien comete el error, pena o suspensión del ejercicio de la profesión o el oficio hasta por cinco años.^{17,18}

Los registros clínicos como elemento constitutivo de la responsabilidad

El Ministerio de Salud ha asignado la máxima responsabilidad de la historia clínica al médico,¹⁹ pero quienes hacen los escritos deben responder por la calidad de ellos.

Se indagó sobre la historia clínica como documento de prueba en procesos judiciales y como indicador de calidad en la atención integral brindada por el equipo de salud a los pacientes. Así, el concepto: «Los registros ayudan a proteger los intereses legales del usuario, del hospital y del equipo de

salud» sólo fue ubicado en el primer lugar por el 38,8% de los encuestados, se resalta que el 35,5% pertenecían a la categoría profesional.

Como indicador de la calidad se empleó el concepto: «Los registros sirven de base para la evaluación de la calidad de atención que recibe el usuario»; sólo el 3,8% de los encuestados lo ubica en primer lugar. Aspecto corroborado en la revisión de las historias de los casos de demandas -estudiadas en la segunda parte-, en entrevista a algunos profesionales y en investigaciones como la atención en las salas de trabajo de parto²⁰; en todas se comprobó que las notas de enfermería son realizadas generalmente por los auxiliares y ayudantes, el profesional hace pocas anotaciones.

La responsabilidad como evento individual o colectivo

El 35,5% de los profesionales considera que su categoría tiene mayores implicaciones legales cuando se comete un error. Las tres categorías tienen clara la responsabilidad individual; sólo el 5,4% de los profesionales, el 5,5% de las auxiliares y el 14% de los ayudantes se refieren a la posibilidad de responsabilidad colectiva. Según dice Sergio Yepes: «Se habla de responsabilidad individual cuando el perjuicio es causado por una persona determinada o por varias personas individualmente determinadas, debiendo responder cada uno por el daño que pueda atribuírsele causalmente; por el contrario se enfrenta a la responsabilidad colectiva cuando el sujeto no está individualizado o mejor identificado, dentro de un grupo de posibles responsables y no se demuestra la relación causal particular».²¹

Para el trabajo en equipo en enfermería es necesario tener claro el nivel de formación de cada uno de sus miembros y conocer las implicaciones por hacer algo para lo cual no se está preparado. Si bien la institución debe asumir la responsabilidad por la mala práctica,²² también es cierto que los profesionales cuando aceptan trabajar con presiones para asignar o delegar inadecuadamente las funciones pueden involucrarse en procesos de responsabilidad civil colectiva o en procesos penales. Cuando realizan acciones delegadas por el médico se puede involucrar en responsabilidad colectiva; cuando se realizan funciones propias de enfermería, la responsabilidad puede ser individual o colectiva, según la situación.

Delegación de funciones

En enfermería se han utilizado diferentes métodos para delegar funciones y asignar actividades y tareas a las categorías auxiliar y ayudante. Los más utilizados son la asignación de pacientes, de funciones y el sistema mixto: El 39,5% de los profesionales de enfermería dicen que para delegar funciones en auxiliares y ayudantes tienen como criterio, que la persona a quien se delega conozca el procedimiento; si bien esto es muy importante, no se controló si el conocimiento fue adquirido en formación regular, ni los medios que tienen las instituciones para comprobarlo. El 17,7% dice que delegan a personas cumplidoras del deber y el 15,5% que lo importante es saber qué se va a delegar; aspectos que, si bien son significativos, pueden generar responsabilidad puesto que las cualidades personales y el conocimiento de quien delega, no garantizan la realización óptima de las actividades y tareas.

El 37,2% de los auxiliares dicen que aceptan la delegación conociendo la responsabilidad que asumen, sin embargo el sentido que le dan a la responsabilidad es de una cualidad personal.

La delegación de funciones que se observó en la investigación es indiscriminada, no se tiene en cuenta la formación recibida por cada categoría, no hay asignación por nivel de complejidad del problema de salud ni del procedimiento a realizar. Al ayudante le delegan los mismos procedimientos que al auxiliar, sin considerar que la capacitación de aquellos es para actividades de apoyo en el cuidado.

El 2,1% de profesionales delegan en el auxiliar que las reemplace en su ausencia. Cuando se delega, se asume la obligación del control y supervisión de lo delegado y la posibilidad de ser solidariamente responsable de los errores cometidos por el personal a su cargo:²³ «Si un delito o culpa ha sido cometido por dos o más personas, cada una de ellas será solidariamente responsable de todo perjuicio procedente del mismo delito o culpa...»^{24,25} (Véase tabla 2).

Tabla 2

Frecuencia de las actividades de enfermería delegadas a las categorías auxiliar y ayudante de enfermería

FUNCIONES DELEGADAS	AUXILIAR		AYUDANTE	
	No.	(%)	No.	(%)
Admón. de líquidos y medicamentos intravenosos	68	20,6%	20	10,6%
Toma de muestras de laboratorio	21	6,4%	9	4,8%
Admisión y egreso del paciente	29	8,8%	12	6,4%
Curaciones	36	10,9%	11	5,9%
Administración de drogas por diferentes vías	12	3,6%	2	1,1%
Toma de signos vitales	7	2,1%	7	3,7%
Instalación y cuidados de sondas	23	7,0%	9	4,8%
Aspiración de secreciones y terapia respiratoria	3	0,9%	6	3,2%
Medir glucemia (Dextrometer)	3	0,9%	1	0,5%
Preparación del paciente para cirugía	17	5,2%	4	2,1%
Aplicación de quimioterapia	2	0,6%	1	0,5%
Atención de partos	1	0,3%	1	0,5%
Control del trabajo de parto	1	0,3%	0	0,0%
Cuidado del recién nacido	1	0,3%	1	0,5%
Circulación quirófanos-asistencia anestesia	5	1,5%	2	1,1%
Baño de pacientes	1	0,3%	16	8,5%
Arreglo de unidad	2	0,6%	12	6,4%
Elaboración de notas de enfermería	4	1,2%	2	1,1%
Elaboración del Kárdex	15	4,5%	3	1,6%
Preparación y trasfusión sanguínea	7	2,1%	7	3,7%
Control de visitas	2	0,6%	1	0,5%
Instalación y control de trasfusión sanguínea	2	0,6%	2	1,1%
Cuidado del catéter epidural	1	0,3%	0	0,0%
Traslado de pacientes	2	0,6%	7	3,7%
Secretaría de sala-pedidos al almacén	4	1,2%	1	0,5%
Evaluación del estado de salud del paciente	1	0,3%	1	0,5%
Lavado de oído	1	0,3%	0	0,0%
Alimentación	0	0,0%	6	3,2%
Desarrollo de programas de consulta externa	6	1,8%	0	0,0%
Actividades educativas	2	0,6%	1	0,5%
Toma del electrocardiograma	5	1,5%	1	0,5%
Cambios de posición	0	0,0%	1	0,5%
Otras	0	0,0%	3	1,6%
Respuesta confusa	17	5,2%	6	3,2%
Reemplazar a la enfermera en su ausencia	7	2,1%	0	0,0%
Sin dato	22	6,7%	32	17,0%
Total	330	100,0%	188	100,0%

Comportamiento de las demandas civiles.

Estudio de casos

Se tuvo acceso a treinta demandas civiles, de ellas se estudiaron diecinueve y se descartaron once; cada caso tiene análisis individual (Véase tabla 3). El 46,2% de las instituciones no dieron información, por tanto la investigación se realizó en el 53,8% de las previamente seleccionadas.

Tabla 3

Distribución de los casos según año de la demanda jurídica

Año Casos	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	Total
Número	2	3	3	2	1	7	12	30
(%)	6,66	10,0	10,0	6,66	3,33	23,3	40,0	100,0

El primer lugar en las demandas lo ocupa obstetricia. Los juristas denominan las demandas en obstetricia responsabilidad de resultados, y dicen que cuando una mujer sana ingresa a una institución de salud para atención de parto, esa institución tiene la obligación de brindarle resultados positivos;²⁶ cosa contraria ocurrió en la mayoría de los casos demandados en esta especialidad, como se verá en el análisis particular de cada uno de ellos. Las demandas hechas a cirugía plástica son por complicaciones y no por resultados insatisfactorios de cirugías estéticas o reparadoras, por tanto éstas y las de otras subespecialidades quirúrgicas se suman a las de cirugía general, ocupando así el segundo lugar con el 21,5%; anestesiología y urgencias están en el tercer lugar, cada una con el 10,0% (Véase tabla 4)

Tabla 4

Distribución porcentual de los casos según la especialidad demandada jurídicamente

Especialidad	Número de casos	Porcentaje (%)
Obstetricia	12	40,0
Anestesiología	2	10,0
Urgencias	3	10,0
Cirugía plástica	3	6,66
Oftalmología	2	6,66
Psiquiatría	2	6,66
Cirugía general	2	6,66
Neurología	1	3,33
Otorrinolaringología	1	3,33
Medicina general	1	3,33
Urología	1	3,33
Total	30	100

Tabla 5

Total de casos de demandas recibidas por las instituciones de salud de Medellín entre 1986 y 1992

No. DEL CASO	AÑO DE LA DEMANDA	MOTIVO DE LA DEMANDA	ESPECIALIDAD	PERSONAL IMPLICADO
1	1992	Pérdida de mortinato	Obstetricia	Personal de enfermería
2	1991	Grave invalidez física	Anestesiología y ginecología	Médico/ Personal de enfermería
3	1987	Disminución de la función visual por pérdida de visión unilateral	Oftalmología	Médico/ Personal de enfermería

No. DEL CASO	AÑO DE LA DEMANDA	MOTIVO DE LA DEMANDA	ESPECIALIDAD	PERSONAL IMPLICADO
4	1992	Pérdida de la visión por el ojo izquierdo por infección posfaquectomía.	Oftalmología	Médico/ Personal de enfermería
5	1987	Muerte por complicación anestésica.	Anestesiología	Médico/ Personal de enfermería
6	1991	Daño cerebral e invalidez.	Obstetricia	Médico/ Personal de enfermería
7	1986	Embarazo concebido durante la hospitalización.	Psiquiatría	Enfermera/ Médico
8	1992	Muerte de paciente	Psiquiatría	Médico/ Personal de enfermería
9	1992	Daño neurológico irreversible en un recién nacido.	Obstetricia	Médico
10	1992	Esterilidad posquirúrgica.	Obstetricia	Médico/ Personal de enfermería
11	1991	Necrosis de tejidos blandos en el dorso de la mano.	Cirugía plástica	Médico/ Personal de enfermería
12	1987	Fístula vesico vaginal	Obstetricia	Médico/ Personal de enfermería
13	1992	Muerte materna por sepsis provocada por cuerpo extraño.	Obstetricia	Médico/ Personal de enfermería.

No. DEL CASO	AÑO DE LA DEMANDA	MOTIVO DE LA DEMANDA	ESPECIALIDAD	PERSONAL IMPLICADO
14	1990	Incontinencia urinaria como consecuencia de absceso por cuerpo extraño.	Obstetricia	Médico/ Personal de enfermería.
15	1991	Muerte fetal por trabajo de parto prolongado.	Obstetricia	Médico/ Personal de enfermería.
16	1986	Infección posquirúrgica y retracción de mamas.	Cirugía general	Médico/ Personal de enfermería.
17	1989	Paro cardiaco y muerte neonatal.	Obstetricia	Médico/ Personal de enfermería
18	1988	Muerte por anemia aguda posquirúrgica.	Cirugía plástica	Médico/ Personal de enfermería
19	1992	Atención médica inoportuna. Actitud descortés del personal de enfermería.	Neurocirugía	Médico/ Personal de enfermería
20	1992	Muerte en urgencias por infarto.	Urgencias	Médico
21	1988	Fístula rectovaginal posdesgarro vaginal en parto. Infección.	Obstetricia	Médico
22	1991	Muerte por asistencia inoportuna en urgencias.	Medicina general	Médico

No. DEL CASO	AÑO DE LA DEMANDA	MOTIVO DE LA DEMANDA	ESPECIALIDAD	PERSONAL IMPLICADO
23	1989	Daño de cuerdas vocales	Anestesia	Médico
24	1992	Fístula rectovaginal posepisiórrafia	Obstetricia	Médico
25	1991	Pinchazo accidental en ojo de acompañante, inyección en una niña.	Urgencias	Personal de enfermería
26	1992	Muerte por peritonitis.	Urgencias	Médico
27	1992	Fístula rectovaginal posepisiórrafia	Obstetricia	Médico
28	1988	Corrección de colecistectomía.	Cirugía general	Médico
29	1992	Atrofia testicular	Urología	Médico
30	1991	Ceguera ojo izquierdo posextirpación de pólipos nasales.	Otorrinolaringología.	Médico

Análisis

Caso No.1 año 1992

1. Motivo de la demanda: pérdida de mortinato.
2. Descripción: ingresó una primigestante a término, de diecinueve años de edad con antecedentes de diabetes; su presión arterial (P.A) era de 200/140. Se auscultó fetocardia positiva. A la joven se le ordenó tratamiento y vigilancia de la hipertensión arterial; además, se le administró oxitocina. Las evaluaciones reportaron que la fetocardia disminuyó de 124/min a 70/min, difícil de escuchar. Le realizaron parto vaginal intervenido con fórceps y nació un varón con apgar 1/10 y circular de cordón

apretada. El pediatra le realizó maniobras de resucitación y el bebé fue declarado muerto cinco minutos después. A la madre sólo le informaron, al día siguiente, que había nacido un varón de siete libras. Una auxiliar de enfermería le dijo que el bebé había muerto veinte minutos después del parto y otra persona, que fue dos horas después. La madre solicitó el cadáver de su hijo pero nadie le supo dar razón de él.

En la investigación institucional se informó que el cadáver fue colocado en el mismo sitio donde se dejan las placentas y posiblemente fue incinerado. Además, se conoció que durante el trabajo de parto no se realizó monitoreo electrónico, aún existiendo el equipo; el seguimiento se hizo mediante tres controles de enfermería y uno del médico con corneta de Pinnard, con lo cual no se detecta sufrimiento fetal antes de ser irreversible.

3. **Discusión:** existieron fallas en la prestación del servicio por posible negligencia, comunicación deficiente del equipo de salud e intervención médica inoportuna; aunque se conocían los antecedentes de diabetes e hipertensión, a la paciente se le brindó un cuidado igual al que se le presta a otra gestante en trabajo de parto sin estos factores asociados. En la institución se omitieron las normas administrativas escritas y divulgadas relacionadas con el manejo de mortinatos; la posible responsabilidad es del personal de enfermería por ser éste el encargado de elaborar las normas para tal fin.

El análisis ético considera el paradigma bioético referido de la vida moral, que utiliza términos valorativos para los actos, tales como: es correcto o incorrecto, debe o no hacerse, es bueno o malo. En este sentido se consideran tres aspectos fundamentales: el agente, el acto y el efecto de la acción. La teoría de las virtudes se extiende en cualidades de agente necesarias para la convivencia y califica la no existencia de virtudes como vicios o carencias morales. El utilitarismo, como lo expresa Benthan, refiere que el acto es moralmente bueno cuando produce mayores beneficios que perjuicios.²⁷ En este caso, la moral no sólo comprende el aspecto técnico, sino también la calidad en la relación, la cultura, los derechos humanos, el estado emocional y el sentido de servicio. El efecto de la incomunicación inicial, la información inconsistente, la falta de apoyo psicológico y la desaparición del cadáver se materializan en la angustia, la desconfianza y el

daño moral por la pérdida del hijo y del cadáver.

Se observa, en este caso y en general en los actos de mala práctica, que el principio ético de beneficencia -hacer el bien- y el de no maleficencia -no producir mal- están ausentes. Igualmente el principio ético de autonomía, motivador de grandes cambios en la orientación de la atención en salud, porque considera la libertad de las personas para opinar en torno al tratamiento, procedimientos y cuidados, no se consideró en este caso, pues al parecer la paciente no fue consultada para determinar la forma de atención del parto; ni se le respetó el derecho a saber la verdad sobre su proceso de salud-enfermedad. Las mentiras piadosas o la verdad a medias dificultan los procesos éticos y morales. La ética Kantiana enseña que nunca se debe mentir, ni siquiera cuando la mentira tenga motivos piadosos o altruistas.²⁸

Caso No. 2 año 1991

1. Motivo de la demanda: grave invalidez física.
2. Descripción: a una mujer de 43 años de edad quien consultó por dolor abdominal, se le diagnosticó la presencia de un pequeño tumor vaginal y se le realizó tratamiento quirúrgico. En el posoperatorio sintió calambres e insensibilidad progresiva en miembros inferiores y diez semanas después tenía incapacidad para la marcha; le ordenaron una mielografía de la cual no conoció el resultado. Considera que no había sido bien atendida, consultó a otro médico quien le diagnosticó una aracnoiditis.
3. Discusión: las fallas en la prestación del servicio ocurrieron por incumplimiento de funciones inherentes al grupo de trabajo; omisión de información suficiente y clara a la paciente antes de la anestesia y de la cirugía; por subvaloración de los signos y síntomas expresados desde el posoperatorio hasta el egreso; además, se violó el art. 1ro de la ley 23/81 que dice: «...se debe propender por la prevención de las enfermedades...» y en este caso la aracnoiditis pudo ser adquirida por factores externos a la paciente tales como violación de las normas de asepsia o perforación de la membrana aracnoides.

Entre los perjuicios producidos a la paciente y a la familia están: disminución del ingreso familiar, invalidez, incapacidad para autocuidarse, limitaciones y dificultades para la convivencia familiar y de pareja, pérdida del

rol personal, disminución de la autoestima y de la autoimagen y limitaciones de orden social por el poco apoyo y desarrollo para la rehabilitación de los limitados físicos.

En este caso no se consideraron los principios éticos de beneficencia y no maleficencia en cuanto al tratamiento realizado, ya que en lugar de mejorarla, le produjo daños en la salud. Finalmente, los principios de justicia, autonomía y respeto al otro tampoco se respetaron, ya que las quejas de la paciente no fueron atendidas; en otras palabras, se desconocieron sus derechos y los deberes de quienes la atendieron, lo cual debe crear reatos de conciencia en el equipo.

Caso No. 5 año 1987

1. Motivo de la demanda: muerte por complicación anestésica.
2. Descripción: una paciente de veinticinco años ingresó al servicio de urgencias con fractura abierta de tibia y peroné; se decidió realizarle tratamiento quirúrgico. Al día siguiente entró al quirófano en buenas condiciones generales; la anestesia conductiva no le hizo efecto, por tanto se le aplicó anestesia general, luego se deterioró bruscamente su estado hemodinámico, con paro cardiorrespiratorio y muerte. Para la realización de las maniobras de resucitación no había en el quirófano desfibrilador, ni medicamentos hipertensivos.
3. Discusión: el funcionario que le hizo mantenimiento al equipo de anestesia, dejó instalados equivocadamente los manómetros de oxígeno y óxido nitroso, por lo que éste último pasó en altas dosis y produjo el paro cardiorrespiratorio. En este funcionario puede recaer parte de la responsabilidad. Por otro lado, el anestesiólogo tiene la obligación de verificar el buen funcionamiento del equipo, la cantidad de gases y la correcta conexión de las fuentes. Como este acto se omitió, también él puede tener responsabilidad. Finalmente, por costumbre el profesional de enfermería también hace una revisión de dicho equipo antes del acto quirúrgico, asumiendo con esto una posible responsabilidad indirecta.

Entre las funciones propias del profesional de enfermería en las salas de cirugía está la de mantener los medicamentos de emergencia. La carencia de éstos puede ser por fallas en el suministro o por omisión en el pedido. En el primer evento, la responsabilidad recae sobre la institución y no

puede imputársele al personal de enfermería los daños causados; en el segundo, sí podría atribuírsele negligencia al profesional de enfermería, con la consecuente responsabilidad que, sin ser la causa principal del daño, se suma a las fallas antes descritas.

Los resultados generan daño moral a la familia por alteraciones emocionales, sociales y económicas. También se produce responsabilidad moral en los trabajadores involucrados porque el incumplimiento de sus deberes trae consecuencias graves a la institución, al usuario, a la profesión o el oficio y a ellos mismos.

Caso No. 6 año 1991

1. Motivo de la demanda: daño cerebral e invalidez.
2. Descripción: se recibió una paciente que fue sometida a cesárea por desproporción cefalopélvica; con hemostasia y suturas se controló una hemorragia severa ocasionada por ruptura iatrogénica de fibras uterinas. Doce horas después fue reintervenida para practicarle histerectomía abdominal; se le dió de alta sin especificaciones para el cuidado y sin fórmula médica. Regresó con fiebre y dolor epigástrico, se hospitalizó y se le inició tratamiento con antibióticos. Con examen bajo anestesia se le diagnosticó un hematoma de pared; sangró varios días, con disminución progresiva de la hemoglobina y deterioro del estado de salud. Durante el procedimiento quirúrgico para drenaje del hematoma peritoneal abscedado presentó paro cardiorrespiratorio; respondió a las maniobras de resucitación, pero quedó en estado de coma y con rigidez de decorticación. Se trasladó a la Unidad de Cuidados Intensivos. Dos meses después y luego de realizarle varios procedimientos quirúrgicos fue dada de alta en estado vegetativo.
3. Discusión: al realizar el análisis clínico y ético se observaron fallas en el cuidado integral interdisciplinario. Una cesárea exige observación posquirúrgica directa y permanente, con más énfasis en este caso por la complicación en el acto quirúrgico. La hemorragia pudo detectarse oportunamente si se hubiese realizado la vigilancia requerida en el posoperatorio inmediato y mediato evitando las complicaciones que llevaron a la histerectomía. No son claras las razones por las cuales no se estabilizaron las condiciones hemodinámicas antes de someterla a procedimientos de riesgo como la anestesia y la cirugía.

La función de enfermería de asegurarse que al egreso la paciente y la familia tuviesen información e instrucciones para el cuidado en casa, fue omitida lo que puede originar responsabilidad indirecta; también posible responsabilidad directa del médico, por la falta de medicación y manejo de la complicación.

Al parecer la comunicación del equipo con la paciente y la familia fue deficiente. Estuvieron ausentes los principios éticos de respeto al otro, de beneficencia, no maleficencia y justicia.

Caso No.7 año 1986

1. Motivo de la demanda: embarazo concebido durante la hospitalización.
2. Descripción: se hospitalizó durante un mes a una paciente joven con trastornos psiquiátricos; aproximadamente dos meses después del egreso se evidenciaron los signos de un embarazo, luego se hizo una prueba confirmatoria que fue positiva. La familia demandó civilmente la institución, afirmando que fue embarazada durante el periodo de hospitalización.
3. Discusión: véase la discusión en el caso número ocho.

Caso No. 8 año 1992

1. Motivo de la demanda: muerte de paciente.
2. Descripción: un paciente con trastornos mentales fue hospitalizado para tratamiento, se fugó sin que se lograra evitarlo. Una hora más tarde un familiar avisa que murió atropellado por un vehículo. No existe constancia escrita de que se haya avisado oportunamente a la familia sobre la fuga; en el expediente se encontraron testimonios que indican que él se lanzó del vehículo.
3. Discusión de los casos siete y ocho: La Corte Suprema de Justicia cuando habla de las obligaciones institucionales, con ocasión del cumplimiento del contrato,²⁹ incluye la seguridad personal del enfermo y la prevención de accidentes. Con los enfermos mentales la obligación de vigilancia se convierte en un elemento de la naturaleza del contrato;³⁰ por tanto, de comprobarse, la institución debe asumir la responsabilidad de los daños causados por incumplimiento de las normas de custodia.

Si se presenta abuso de autoridad en las relaciones de dependencia y descuido en la vigilancia hay responsabilidad moral porque los enfermos mentales tienen disminuida la autonomía; los funcionarios de salud de estas instituciones deben tener especial interés y formación en el principio ético del respeto a la integridad de las personas y a los derechos humanos. El principio ético de justicia que protege al desvalido, también es un elemento fundamental en la cotidianidad de quienes cuidan los enfermos mentales.

Caso No. 9 año 1992

1. Motivo de la demanda: daño neurológico irreversible en un recién nacido.
2. Descripción: ingresó en trabajo de parto una mujer de veintisiete años de edad con diagnóstico de alto riesgo obstétrico porque tenía antecedentes de dos abortos, infección urinaria y amenaza de aborto en el embarazo en curso. Siete horas después se le administró oxitocina, se le realizó ruptura artificial de membranas, el líquido amniótico era verdoso. Dieciocho horas más tarde deciden practicarle cesárea por desproporción cefalopélvica y sufrimiento fetal; en el quirófano se cambió la decisión y se esperó el parto por vía vaginal. En el parto intervenido con fórceps nació un bebé con apgar de tres al minuto; le practicaron maniobras de resucitación, pero el bebé sufrió anoxia cerebral y encefalopatía isquémica con daño neurológico irreversible.
Dos días después del nacimiento fue conectado al ventilador por presentar bronconeumonía por Klebsiella; finalmente, convulsionó y murió por paro cardiorrespiratorio.
3. Discusión: en obstetricia, el líquido amniótico meconiado no es significativo de sufrimiento fetal, pero en neonatología sí, por la presencia de hipoxia cerebral y cardíaca; esta diferencia debe ser tema de análisis ético, considerando los riesgos y beneficios para la calidad de vida del recién nacido y la responsabilidad moral de quienes ponen en riesgo de daño prevenible tanto a la madre como al niño.

En este caso se observaron una cadena de omisiones e inconsistencias que no permiten establecer la responsabilidad individual; la responsabilidad del equipo de salud puede derivarse del hecho de que estando la paciente clasificada como de alto riesgo obstétrico, con trabajo de parto prolongado y con evidencia de líquido amniótico meconiado, no se haya considerado el alto riesgo fetal, que orientara la decisión de una cesárea urgente. A lo

anterior se suma el hecho de que al parecer no se utilizaron ni el monitoreo clínico ni el electrónico en forma permanente para así detectar el sufrimiento fetal agudo.

Los registros clínicos mostraron incumplimiento tanto de funciones médicas como de enfermería, en lo concerniente a órdenes para exámenes y constancias de los controles realizados; sólo se relató fetocardia positiva, sin especificaciones. Tampoco se emplearon en la historia clínica elementos que alertaran sobre alto riesgo obstétrico, alto riesgo fetal y ruptura artificial de membranas, de tal forma que se que orientara el control en el trabajo de parto.

Las consecuencias de la falta de comunicación en el equipo de salud y las inoportunas decisiones generaron daños morales que se hacen más relevantes si se considera el principio ético de justicia, dada la poca infraestructura que tiene el país para atender y proteger la salud, educación, rehabilitación y recreación de los limitados físicos y mentales; por tanto, la familia debe asumir el cuidado, los costos psicoafectivos, económicos y sociales. A la institución le corresponde asumir los efectos del deterioro de la imagen y de la credibilidad que la comunidad tenga de ella.

Teniendo en cuenta el principio de beneficencia se analizó el hecho de que dos días después del nacimiento, y ya causado el daño cerebral irreversible, ante un paro cardiorrespiratorio se realizaron acciones extraordinarias, como la conexión al respirador, prolongando así vida de un bebé sin posibilidades de recuperación, manteniendo solamente vida vegetativa.

Caso No. 10 año 1992

1. Motivo de la demanda: esterilidad posquirúrgica.
2. Descripción: una mujer de veinte años de edad ingresó con dolor pélvico, flujo vaginal sanguinolento y embarazo ectópico diagnosticado por ecografía. Al quinto día de hospitalización, con nueva ecografía y laparoscopia, se decidió realizarle una salpingectomía bilateral, y liberación de adherencias, que causan esterilidad. La cirugía fue realizada sin el consentimiento de la pareja.
3. Discusión: la ley de ética médica,³¹ hace referencia al principio de autonomía cuando dice: «El médico no expondrá a su paciente a riesgos injus-

tificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o psíquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables, tales consecuencias, anticipadamente».

Además, está el decálogo de los derechos de los pacientes³² en el que se expresa el derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara, de acuerdo con sus condiciones psicológicas y culturales, a conocer sobre su enfermedad, pronóstico, tratamiento y riesgos y a tener la oportunidad de aceptar o rechazar dichos tratamientos. Normas que al parecer no estuvieron presentes puesto que en la preparación física, psicológica y emocional de la paciente para la cirugía debió incluirse el principio de autonomía, la oportunidad de resolver las dudas, de autorizar el tratamiento y dar el consentimiento informado que de ser posible debió estar por escrito.

Caso No. 12 año 1987

1. Motivo de la demanda: fístula vesicovaginal.
2. Descripción: ingresó una primigestante joven con embarazo de 42 semanas, se la administró oxitocina para la inducción del parto durante tres días; luego se le practicó cesárea, encontrándose líquido amniótico meconiado y de mal olor. En el posoperatorio no se realizaron registros de temperatura, ni formulación de antibióticos; tampoco se la citó para una revisión posterior. En el acto quirúrgico se dejó un cuerpo extraño -gasa- en la cavidad abdominal que produjo un absceso pélvico, obligando a la realización de una anexohisterectomía. En éste último procedimiento se produjo ruptura iatrogénica de vejiga que se corrigió quirúrgicamente.
3. Discusión: véase la discusión en el caso número catorce.

Caso No. 13 año 1992

1. Motivo de la demanda: muerte materna por sepsis posquirúrgica provocada por cuerpo extraño intraabdominal.
2. Descripción: se hospitalizó una primigestante de veinticuatro años, con diagnóstico de preeclampsia leve. A los cuatro días se le practicó una cesárea sin complicaciones, fue dada de alta y reingresó con fiebre, abdomen distendido y doloroso. Su estado general se deterioró progresi-

vamente; además de los signos anteriores tuvo deposiciones diarreicas y vómito abundante. Trece días después de la cesárea se le realizó laparatomía y se observó una peritonitis producida por gasoma. La paciente falleció. La necropsia reportó falla multisistémica, choque séptico y sepsis intraabdominal.

3. Discusión: véase la discusión en el caso número catorce.

Caso No. 14 año 1990

1. Motivo de la demanda: incontinencia urinaria como consecuencia de un absceso posquirúrgico por cuerpo extraño.
2. Descripción: al momento del egreso, después de practicársele histerectomía abdominal, cistouretropexia y bursh, la paciente presentó dolor rectal en punzada. Dos días después consultó por dolor en fosa ilíaca izquierda referido al recto y secreción purulenta por herida quirúrgica. Al tacto rectal se le palpó una masa dura y dolorosa en dicha fosa. Se extrajo cuerpo extraño -gasoma- y se drenó un absceso ubicado en región retroperitoneal, el cual fue confirmado por ecografía.
3. Discusión de los casos número doce, trece y catorce: los tres casos pueden dar lugar a responsabilidad civil por fallas en el servicio y en la atención. Los procedimientos quirúrgicos realizados en cavidad, en estos casos la abdominal, exigen cuidado con los materiales quirúrgicos utilizados; antes del cierre quirúrgico deben contarse cuidadosamente las tetras y gasas para prevenir las situaciones narradas.

Aunque en el mercado se encuentran gasas y compresas quirúrgicas con fibra radio opaca, en las instituciones donde sucedieron los hechos no se utilizan, lo que sugiere poca tecnificación para mejorar la calidad de la atención. En estos casos la posible responsabilidad directa fue del médico, como jefe del equipo, y de la instrumentadora, quien tiene entre sus obligaciones confirmar que el total de gasas utilizadas estén por fuera de la cavidad. Existe posible responsabilidad del auxiliar si actuó negligentemente al contar, a solicitud de la instrumentadora, el material utilizado y, posible responsabilidad indirecta del profesional de enfermería si asignó las funciones de circulante a personal sin entrenamiento suficiente.

En el caso trece, la posible negligencia fue por la demora para la extracción del cuerpo extraño que sólo se hizo a los quince días, cuando la salud

era irrecuperable. La responsabilidad moral considera el hecho de que la familia se ve sometida a la elaboración del duelo y a facilitar las condiciones para la llegada del recién nacido al seno de ese hogar. El daño físico y moral, el deterioro de la salud, la prolongación de la incapacidad y la muerte, como ocurrió en este mismo caso, así como esperar tres días -en el caso doce- para que la inducción del trabajo de parto produjera algún efecto, muestra que los principios éticos de beneficencia y de no maleficencia no estuvieron presentes en la atención a las pacientes. Así mismo la generación de gastos prevenibles, tanto a las familias como a las instituciones y la generación de unas situaciones sociales complejas, muestran que también el principio ético de justicia fue incumplido por el equipo de salud.

El imperativo categórico Kantiano: «Obra de modo que trates a la humanidad, en tu propia persona o en la de cualquier otro, siempre como un fin y nunca sólo como un medio»,³³ acompaña el hacer en salud, los actos profesionales dejarán de ser rutinarios y pasarán a ser un medio para lograr el bienestar de quienes reciben los beneficios de los actos.

Caso No. 16 año 1986

1. Motivo de la demanda: infección posquirúrgica y retracción en mamas.
2. Descripción: un profesional de medicina decidió realizarle mamoplastia bilateral a una paciente con dolor persistente en la mama izquierda. Esta conducta fue determinada en la primera consulta y sin estudios diagnósticos previos.

La paciente, programada para cirugía y hospitalizada en la fecha convenida, narró que no tuvo contacto alguno con el cirujano, antes ni después de la intervención. Un médico desconocido para ella, le hizo observación ocular rápida, en los pasillos de la clínica en el momento en que era trasladada al quirófano.

El octavo día posquirúrgico durante la revisión, el médico tratante no le retiró las vendas a pesar de la fiebre que tenía. Dos días más tarde persiste la fiebre y al retirarle las vendas, se encuentra un proceso infeccioso de gran magnitud.

Varios médicos consultados por el tribunal de ética médica de Antioquia, coincidieron en afirmar que tanto el procedimiento quirúrgico como el manejo posterior fueron erróneos.

3. **Discusión:** aunque el caso es de responsabilidad civil médica, se incluyó en la investigación por las siguientes razones: 1) la cirugía fue instrumentada por un profesional de enfermería; 2) la responsabilidad en algunos aspectos pudo ser colectiva; y 3) el personal de enfermería no participó en la preparación prequirúrgica, lo que se dedujo al revisar la historia clínica. Según narró la paciente fue llevada a cirugía sin saber que le realizarían y sin preparación física ni psicológica. La paciente quedó con secuelas físicas irreparables y con afección psicológica por el deterioro de su autoimagen, ambas interfieren en la relación de pareja y en la convivencia social y laboral.

El profesional de enfermería desempeñó un papel exclusivamente técnico y actuó como testigo silencioso, lo que lo convierte en cómplice de un acto violatorio de los derechos de la usuaria.

En relación con el agente, el acto y los efectos de la acción, analizados desde la ética, en este caso se observó carencia de virtudes al realizar, desde la planeación, actos incorrectos con resultados no beneficiosos. De nuevo podría decirse que lo observado es la ausencia de todos los principios éticos.

Caso No. 17 año 1989

1. **Motivo de la demanda:** paro cardiaco y muerte neonatal.
2. **Descripción:** ingresó gestante de catorce años de edad en trabajo de parto, el médico le colocó un catéter epidural. Según la historia clínica, cincuenta minutos después presentó cianosis generalizada, se le administró oxígeno y se avisó al médico quien diagnosticó paro cardiaco; respondió a las maniobras de reanimación cardiopulmonar. Quince minutos más tarde nació, por vía vaginal, un niño en malas condiciones que luego falleció. La madre sufrió daño cerebral irreversible, permaneció hospitalizada dos meses, al cabo de los cuales murió.
3. **Discusión:** no existen registros que den cuenta de la participación de enfermería en la vigilancia posanestésica, sólo desde el momento del

paro cardíaco. Los hechos acontecieron entre las 12:30 m. y la 1:30 p.m. horario que coincide con el cambio de turno en enfermería, para el cual se concentra el equipo, creando posibles situaciones de desprotección; sólo se encuentra nota del profesional de enfermería en la historia el segundo día de hospitalización, con enmendaduras y firma ilegible.

La responsabilidad civil por falla en el servicio se debió a la no vigilancia estricta, posterior a la colocación del catéter epidural, por el alto riesgo obstétrico de una primigestante adolescente.

La familia sufre moralmente por la muerte del recién nacido, las condiciones vegetativas en que queda la adolescente y luego por la muerte de ésta. A la responsabilidad moral del equipo de salud y los sentimientos de culpa por la mala práctica, se suma el deterioro de la imagen institucional. Hay ausencia de los principios éticos de beneficencia y no maleficencia y justicia; éste último por generarle a la institución gastos adicionales para mantener la paciente en condiciones vegetativas, durante un periodo prolongado.

Caso No. 18 año 1988

1. Motivo de la demanda: muerte posquirúrgica.
2. Descripción: un paciente joven fue intervenido quirúrgicamente para realizarle corrección de prognatismo. La historia narra que presentó hemorragia nasal y bucal desde la recuperación hasta su muerte. En el servicio de hospitalización hicieron dos llamadas al médico de planta quien ordenó telefónicamente medicamentos que, según el auxiliar de enfermería, fueron aplicados inmediatamente; luego se llamó al médico tratante, quien llegó cuando el paciente estaba en estado de choque y paro cardiorrespiratorio. Con ayuda del anesthesiólogo se cortaron los alambres mandibulares y se le realizaron maniobras de resucitación e intubación, luego fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos; veinte minutos después lo declararon muerto.
3. Discusión: en las instituciones no se acostumbra asignar tareas para el turno de la noche, las auxiliares de común acuerdo se reparten las actividades; para una de ellas fue su primera experiencia con pacientes en posoperatorio de una intervención como ésta.

El numeral quinto del artículo primero de la resolución No. 13437, en el que se adopta el decálogo de los derechos del paciente, se establece el derecho a la mejor asistencia médica, sin embargo por las notas de la historia puede deducirse que la vigilancia y el control posoperatorio fueron deficientes.

A través de la historia no se encontraron las razones por las cuales el personal de enfermería y el anesthesiólogo, encargados de realizar un cuidado estricto durante todo el proceso de recuperación, decidieron trasladar el paciente al servicio de hospitalización. Las condiciones del posoperatorio inmediato exigen que la atención sea realizada por profesionales de enfermería, sin embargo, en esa institución, un profesional de enfermería debe supervisar 250 camas y realizar funciones asistenciales en la noche; la práctica ha demostrado que sólo alcanza a cumplir funciones administrativas, razón por la cual no estuvo involucrado significativamente en la atención del paciente; sólo colaboró en actividades de apoyo y no aparecen notas suyas en la historia clínica.

El personal de enfermería en circunstancias como ésta no debe aceptar órdenes médicas telefónicas, dichas órdenes deben partir de una evaluación integral del paciente que sólo puede hacerse mediante valoración del estado de salud. Estas órdenes tienen altas posibilidades de error.

Se conjugan la ausencia del médico tratante, la falta de coordinación y de comunicación entre éste y el médico de planta y entre los miembros del equipo de salud y las acciones y omisiones del personal de enfermería en la vigilancia posoperatoria, para generar la posible responsabilidad civil por falla en el servicio. A lo anterior, se suman el trauma del grupo familiar ante la pérdida de un ser querido, la pérdida de imagen social de la institución, los sentimientos de frustración de los profesionales y del personal de salud por el incumplimiento del deber, generando el daño y responsabilidad moral.

Caso No. 19 año 1992

1. Motivo de la demanda: atención médica inoportuna y actitud descortés y desobligante del personal de enfermería.

2. **Descripción:** un niño, a quien se le realizó una corrección quirúrgica de malformación en columna lumbar, fue dado de alta el segundo día posquirúrgico; regresó al día siguiente con dolor en la herida, vómito y fiebre. Fue hospitalizado con diagnóstico de infección urinaria, fístula de líquido cefalorraquídeo e infección de herida quirúrgica, se le inició la administración de antibióticos; sólo tres días después fue evaluado por el neurocirujano que lo intervino quirúrgicamente. Su estado general se deterioró progresivamente; según la madre, la atención y cuidados no respondían a las necesidades del niño. Lo anterior y la actitud descortés del personal de enfermería, que luego se pudo confirmar, obligaron el cambio de institución y de médicos tratantes y generaron la demanda por responsabilidad civil.
3. **Discusión:** siendo una cirugía electiva no infectada, la complicación posquirúrgica demuestra fallas en el proceso de desinfección e incumplimiento de las normas de asepsia. El cirujano no evaluó al paciente antes del egreso y al momento del reingreso, por tanto, no se realizaron exámenes de laboratorio que permitieran clarificar el diagnóstico. Sumados todos los componentes, da lugar a posible responsabilidad civil por fallas en el servicio.

Desde la ética se analiza la deficiencia en el respeto al paciente, al derecho que tiene la madre de informarse e involucrarse en el proceso de recuperación del hijo; al parecer el personal de salud no tuvo una actitud solícita ni tolerante hacia la familia. Como en los casos anteriores, tampoco se aplicó el principio de beneficencia por cuanto la atención no estuvo relacionada con el estado de salud del niño; por el contrario, se permitió que un problema de salud prevenible, se desarrollara.

El daño moral y la responsabilidad civil se derivan de la meningitis iatrogénica con riesgos de secuelas neurológicas y alteraciones en el desarrollo integral del niño y en la dinámica familiar. El deterioro de la imagen de los funcionarios y de la institución hacen parte las implicaciones morales.

Conclusiones

1. Según la resolución No. 7326 de 1983 existe la prohibición de formar y vincular ayudantes de enfermería; todas las instituciones encuestadas, con excepción de una, las tiene vinculadas a la planta de personal.

2. El conocimiento que tienen las categorías de enfermería del significado de la responsabilidad es fragmentario: la mayoría se refiere a la necesidad de cumplir normas, deberes y obligaciones institucionales, no incluyen en el concepto las implicaciones jurídicas.
3. La mayoría saben que un error científico-técnico les acarrea implicaciones con la institución, muy pocas refieren implicaciones para el usuario, la persona que comete el error y la obligación de responder jurídicamente; ninguna se refiere a las implicaciones para la profesión.
4. Un porcentaje muy bajo reconoce la historia clínica como documento legal y como indicador de la calidad de atención.
5. Las tres categorías admiten la posibilidad de asumir responsabilidad individual, mas no colectiva.
6. Todas las instituciones tienen comités de infecciones con participación efectiva de enfermería, sin embargo varias de las demandas investigadas fueron por infecciones posquirúrgicas.
7. Existen dificultades para implementar el principio ético de autonomía en la relación con el usuario, igualmente para entender el sentido social que tienen los derechos de los pacientes.

Recomendaciones

1. Los actos en salud deben garantizar la integridad física, psicológica, social y moral, por tanto no sólo la misión de las instituciones de salud, sino el quehacer de los funcionarios, ha de basarse en la ética, la moral y los derechos constitucionales.
2. Excluir de la planta de personal los ayudantes de enfermería, con lo cual se estará cumpliendo la norma y ofreciendo a los usuarios una calidad en el cuidado y la atención más acorde con las necesidades que tienen.
3. Quienes pertenecen a la profesión de enfermería deben construir espacios de reflexión de las situaciones profesionales, entre ellas las que tengan relación con la responsabilidad y con la toma de decisiones éticas.
4. Se deben enseñar la técnica de elaboración de la historia clínica y los propósitos de ésta, especialmente el de la importancia que tiene como documento jurídico y como indicador de la calidad en la atención.
5. Los comités de auditoría de historias clínicas deben orientar la obligatoriedad de las órdenes médicas escritas con claridad.

6. Las instituciones deben buscar los mecanismos para informar a los funcionarios sobre las medidas de protección de los intereses legales, tanto del usuario como de quienes intervienen en la atención.
7. Se hace apremiante la conformación de comités de ética que tengan como función prioritaria la educativa, para que usuarios, trabajadores, y el mismo comité, se formen en la aplicación de los principios éticos y en el análisis ético de situaciones clínicas.
8. Para la delegación de funciones deben establecerse normas explícitas que tengan como principal criterio la formación formal recibida por cada categoría de enfermería.
9. Aunque no fue posible determinar la relación entre la jornada de trabajo prolongada y errores en la práctica, es necesario controlar esta situación para que no se excedan los límites de fatiga y por tanto se aumenten los riesgos de error.
10. Las normas propuestas por los comités de infecciones -especialmente en las salas de cirugía y referente a procedimientos, esterilización de materiales, etc- deben ponerse en operación con más atención y apoyo institucional.

Referencias bibliográficas

1. REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de salud pública. Decreto 2184 del 15 de octubre de 1976.
2. CASTRILLÓN A., María Consuelo y CORREA U., Alba. Formación universitaria de enfermeras. Colombia. 1937-1980.
3. ARANGO, Eonoris et al. Características socioeconómicas y condiciones de trabajo de enfermeras egresadas de la Universidad de Antioquia. Revista Investigación y educación en enfermería. Vol III. No 1. 1985.
4. LEDDY, Susan y J., Mae. Bases Conceptuales de Enfermería Profesional. 1a. ed. en español 1989; p. 58.
5. CÓDIGO PENAL COLOMBIANO. Art. 58.
6. CÓDIGO CIVIL COLOMBIANO. Art. 2341.
7. DAVIDS, Anne. Dilemas Eticos de Enfermería. Cap. 3. Traducido por Noyra Robledo.
8. CASTRILLÓN A. María Consuelo. La práctica de enfermería como objeto de estudio. Revista Investigación y educación en enfermería. Vol. 8. No. 2 (sept. 1992.)

9. GONZÁLEZ. A Luis José Filosofía a distancia. *Ética latinoamericana*. USTA 1991; p. 35
10. LEDDY, Sussan. Op. cit. p., 337
11. LEDDY, Sussan. Op. cit. p., 310.
12. LEDDY, Sussan. Op. cit. p., 339.
13. GARZÓN A., Nelly. *La profesionalización de enfermería y su impacto social*. México. 1988.
14. LEDDY, Sussan. Op. cit. p., 52.
15. LEDDY, Sussan. Op. cit. p., 239.
16. CONSTITUCIÓN POLÍTICA REPÚBLICA DE COLOMBIA 1991. Art. 49.
17. CÓDIGO CIVIL. Art. 2341.
18. CÓDIGO PENAL. Art. 58.
19. REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Oficina de planeación, División de información. *Registros médicos e historia clínica*. Bogotá. 1983; p. 37
20. ESCOBAR. S. Isabel. *Otros Calidad de atención de enfermería en las salas de parto*. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*. Vol. 10, No. 2 (sept. 1992): p 65
21. YEPES RESTREPO, Sergio. *La responsabilidad civil médica*. 1a. Ed. Biblioteca Jurídica Dike. 1992; p. 49
22. YEPES RESTREPO, Sergio. *Ibid*. p., 57
23. MARINER. *Ann Manual para administración de enfermería*. México. 1986; p. 60.
24. ORTEGA TORRES. *Código Civil Colombiano* Bogotá · Ed. Temis, 1982.
25. MARINER. *Ann*. Op. cit. p., 179
26. VÁSQUEZ FERREIRA, Roberto. *Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina*. Biblioteca Jurídica. Primera edición colombiana. 1993; p. 167-195.
27. MAINETTI, José A. *Bioética sistemática*. La plata Argentina: Ed. Quirón. 1991
28. MAINETTI, José A. *Op. cit*.
29. CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sala de casación civil. S.E. 12 sept. 1985 citado por YEPES, Sergio *Responsabilidad civil médica*, p. 59
30. YEPES, Sergio. p. 60.
31. Ley 23 de 1981 artículo 15.
32. Resolución 13437 de 1991 de Minsalud
33. MAINETTI, José A. *Ibid*