

"Enfermeras, enfermeros, estudiantes de enfermería: Sepan por lo que yo he podido, por mi experiencia de vida conduciéndome hasta la muerte, constatar que sólo basta una ruptura comportamental o gestual en la continuidad de los cuidados para que toda la calidad del trabajo de un equipo sea destruido.

Sólo basta una "oveja negra" para que la fragilidad de lo que quita la vida sea confrontado al desasosiego, ver la desesperación más abrupta.

Las mejores competencias técnicas profesionales son anuladas por la ruptura del respeto interpersonal y priva a la persona cuidada de palabra para defenderse, porque aparecen entonces las realidades de las represalias y la persecución en los cuidados.

A todos, les pido centrarse sobre las fuerzas de vida, la movilización de sus recursos vitales en el respeto del individuo y de la humanidad, para promover los cuidados y promover la vida"

Marie Françoise Collière

**PROBLEMAS ÉTICOS DE LA DELEGACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN
PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

PINEDA BUSTOS CLAUDINA

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE SALUD COLECTIVA
BOGOTA D. C, 2010**

**PROBLEMAS ÉTICOS DE LA DELEGACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN
PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

PINEDA BUSTOS CLAUDINA

Tesis para optar por el título de Enfermera

**ASESORA
EDILMA SUAREZ
ENFERMERA**

**Magistra en Administración en Salud
Magistra en Estudios Políticos**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE SALUD COLECTIVA
BOGOTA D. C, 2010**

DEDICATORIA

Primero a Dios por haberme dado la vida, la salud, la gracia y la sabiduría que vienen de su Espíritu Santo para saber discernir en los momentos de dificultad. Por haberme posibilitado los medios necesarios para salir adelante, por su fidelidad y compañía en todo momento.

A María Leonor Charria por su comprensión y apoyo a nivel espiritual y emocional, porque siempre creyó en mí y motivó en momentos de dificultad. Gracias Marialeo, por estar siempre ahí, por ser lo que eres con la gente, por su generosidad y entrega sin reserva.

A mi Congregación religiosa por la confianza puesta en mí durante estos años y por posibilitarme los medios para poder culminar mi carrera, de igual manera a mis Hnas de comunidad local quienes me apoyaron con sus oraciones, comprensión y facilitaron el tiempo necesario en la realización de trabajos y actividades

Claudina Pineda Bustos

AGRADECIMIENTOS

A Edilma Marlen Suarez, Docente de la Pontificia Universidad Javeriana, quien asesoró y acompañó la ejecución de este trabajo.

Al cuerpo colegiado del Tribunal Departamental ético de Enfermería DE Bogotá, Boyacá, Meta y Casanare por su oportuna colaboración en la consecución de este trabajo al permitirme ingresar a su recinto para la revisión de los expedientes, trabajo que posibilitó la finalización de esta investigación.

A mis padres, hermanos y sobrinos que siempre estuvieron presentes durante estos años a pesar de sus dificultades, gracias por sus continuas expresiones de amor y apoyo durante este arduo recorrido

A Camilo Caicedo Acostas, Docente de la Pontificia Universidad Javeriana, por su apoyo, cercanía, por sus palabras motivadoras, gracias por su presencia constante.

A Beatriz Caharria por su preocupación y cercanía, gracias por ser siempre como es a luz en el ocaso.

Al Dr. Dilson Ríos, a Lorena Gonzales compañera de practica quienes siempre aportaron la posibilidad de tiempo para la culminación de este trabajo.

A todos y todas bendiciones del Señor, tengo la certeza plena que él no se hará esperar para recompensarlos con bendiciones abundantes.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	19
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
2. DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS	11
2.1 Cuidado de enfermería	11
2.1.1 Del acto de cuidado de enfermería	11
2.2 Delegación del cuidado de enfermería	12
2.3 Problema ético	12
2.4 Profesional de enfermería	13
2.5 Auxiliar de enfermería	13
3. JUSTIFICACIÓN	14
4. OBJETIVO	17
4.1 Objetivo General	17
4.2 Objetivos específicos	17
5. PROPOSITOS	18
6. MARCO TEÓRICO	19
6.1 La ética del cuidado	19
6.2 Principios éticos relacionados	22
6.2.1 Autonomía	23
6.2.2 Beneficencia - No Maleficencia	24
6.2.2.1 Beneficencia	24
6.2.2.2 No maleficencia	25
6.2.3 Justicia	26
6.2.4 Veracidad	27
6.2.5 Solidaridad	27
6.2.6 Lealtad	29
6.2.7 Fidelidad	29
6.3 Mirada al ser humano – Sujeto de cuidado	30
6.4 Del acto del cuidado de enfermería	33
6.5 Delegación del cuidado de enfermería	38
6.6 Categorización de servicios de Enfermería	41

6.7 Enfermería en el contexto de la salud	45
6.8 De las responsabilidades del profesional de enfermería en la práctica diaria de cuidado	50
7. METODOLOGÍA	53
7.1 Tipo de estudio	53
7.2 Unidad de observación	53
7.3 Unidad de análisis	53
7.4 Criterios de Selección de los expedientes	53
7.5 Instrumento	54
7.6 Categoría de análisis	55
7.7 Proceso de recolección de la información	56
7.8 Aspectos Éticos	57
8. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	59
8.1 Situaciones, cuidado propio de enfermería, tipo de delegación y consecuencias de la delegación	59
8.1.1 Situaciones	65
8.1.2 Cuidado de enfermería delegado	66
8.1.3 Tipos de delegación	68
8.1.4 Consecuencias del cuidado delegado	69
8.2 Problemas éticos de la delegación del cuidado de enfermería en personal auxiliar a partir de la vulneración de los principios de la ética profesional	72
8.3 Problemas éticos con la delegación del cuidado de enfermería en personal auxiliar en relación con el tipo de delegación	84
8.1.3.1 Delegación del cuidado de enfermería por parte del profesional de enfermería	85
8.1.3.2 Delegación del cuidado por parte de la institución	86
8.1.3.3 Autodelegación por parte del auxiliar de enfermería	87
8.4 Tipos de resolución de cada caso dado por el Tribunal de Enfermería	90

9. CONCLUSIONES	93
10. RECOMENDACIONES	96
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Formato de inspección de archivos	67
Cuadro 2. Categorías de análisis Problemas éticos en la delegación de cuidado de enfermería en personal auxiliar	68
Cuadro 3. Situaciones, cuidado propio de enfermería delegado, tipo de delegación y consecuencias de la delegación de cuidado de enfermería	73
Cuadro 4. Cuidado de enfermería realizado por auxiliares de enfermería	80
Cuadro 5. Consecuencias del cuidado delegado	82
Cuadro 6. Caso: Muerte perinatal	86
Cuadro 7. Caso: Evento adverso: flebitis, inmovilización, administración de medicamentos	87
Cuadro 8. Caso: Evento adverso: amputación de dedo por canalización incorrecta de vena	88
Cuadro 9. Caso: Evento adverso: Fractura de cadera por caída	89
Cuadro 10. Caso: Evento adverso: Fallecimiento del sujeto de cuidado	90
Cuadro 11. Caso: Muerte de recién nacido a prematura por administración de medicamento equivocado	91
Cuadro 12. Caso: Evento adverso por lavado en sitio de mordedura de perro	92
Cuadro 13. Caso: Evento adverso: Muerte de sujeto de cuidado o por administración de medicamento	93
Cuadro 14. Caso: Evento adverso: muerte del sujeto de cuidado por inmovilización	94
Cuadro 15. Problemas éticos, principios vulnerados	95

Cuadro 16. Problemas éticos en relacionados con los tipos de delegación del cuidado de enfermería en personal auxiliar 102

Cuadro 17. Resolución conferida 104

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Grupos poblacionales afectados por la delegación de cuidado de enfermería según las situaciones estudiadas	78
Tabla 2. Tipos de delegación del cuidado de enfermería	81
Tabla 3. Casos y principios éticos vulnerados	97

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Situaciones, cuida consecuencias	do delegado, tipo de delegación y	84
--	-----------------------------------	----

ANEXOS

Anexo A. Carta de respuesta por parte del Tribunal ético Departamental de enfermería de Cundinamarca, Boyacá, Casanare y Amazonas.

Anexo B. Problemas éticos de delegación del cuidado profesional de enfermería en personal auxiliar de enfermería

Anexo C. Problemas éticos de la delegación del cuidado profesional de enfermería al personal auxiliar de enfermería

Anexo D. Seguimiento al expediente 002 – 2008

Anexo E. Seguimiento al expediente 0031 – 2006

Anexo F. Seguimiento al expediente 0085 – 2008

Anexo G. Seguimiento al expediente 0065 – 2007

Anexo H. Seguimiento al expediente 004 – 2009

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la enfermería se reconocen diversas investigaciones que han buscado definir la ética de la profesión; tarea que ha llevado a investigadores e investigadoras a enriquecernos con el legado de una *ética basada en el cuidado*, sobre la cual se fundamenta la praxis diaria de la profesión. De esta manera se ha incursionado en la naturaleza del acto del cuidado de enfermería, “*ser y esencia de la profesión*”¹, que por su razón ontológica implica una ética de responsabilidad, que trasciende la ética de la ley natural y la de los derechos y deberes.

El trabajo de investigación aquí presentado es de tipo *documental* y se apoya en la *metodología de estudio de caso*; responde a la necesidad de identificar los problemas éticos que se presentan cuando se delega el cuidado de enfermería en personal auxiliar, vulnerando los ocho principios que orientan la práctica de los profesionales, descritos claramente en el código deontológico de enfermería (Ley 911 de 2004): “autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad”².

La delegación del cuidado de enfermería en personal auxiliar es una herramienta clave para el profesional; es una posible salida para agilizar, en algunas situaciones, la prestación de los servicios de cuidado de enfermería al sujeto de cuidado. Este fenómeno de la delegación es considerado en el transcurso de la investigación como una actividad que, si no se hace partiendo de los principios y valores de la ética profesional, puede generar problemas éticos, dado que las acciones de cuidado que competen propiamente a enfermería comprometen la vida y la dignidad de los sujetos de cuidado. El problema radica en que tanto los profesionales como las instituciones delegan en personal auxiliar cuidados que entrañan mayor riesgo para el sujeto o

¹ LEY 911 DE 2004. Título I De los Principios y Valores Éticos del Acto de Cuidado de Enfermería. Capítulo II Del Acto de Cuidado de Enfermería, Artículo 3.

² *Ibíd.*, capítulo I. Declaración de los Principios y Valores Éticos, artículo 2.

Problemas éticos de la delegación del cuidado de enfermería

enfermo y que exigen mayor conocimiento; se dan situaciones en las que sujetos enfermos, aun en estado terminal, se dejan en manos de personal sin la suficiente capacitación técnico-científica, lo que constituye un acto de injusticia para con ellos.

El propósito de la investigación permitió adquirir conocimientos suficientes en relación con la ética de la profesión, el cuidado de enfermería, la delegación del cuidado y los problemas éticos que se pueden presentar en la práctica diaria de los profesionales.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermería, como bien se sabe, es una ciencia fundamentalmente humana, que se caracteriza por la capacidad de dar respuestas a los cambios sociales, a las necesidades de cuidado y a los desafíos de los sistemas de salud, que cada vez son más complejos; su interés principal es “brindar cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación, y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas”³. Al tener este carácter, la enfermería se ve estrechamente relacionada con el conocimiento de lo ético; como bien lo expresa Kant: “en el universo existe un tipo de seres que tienen valor absoluto y que no deben ser utilizados como instrumentos para lograr una determinada meta. Todo ser racional es un fin en sí mismo, y no un medio para cualquier otra cosa”⁴; cita esta apropiada para denotar la importancia de la ética en cada una de las actuaciones de la enfermera, en particular en la toma de decisiones.

En su ejercicio profesional, la enfermera está estrechamente orientada por principios éticos; por ello es necesario que tenga suficiente claridad y criterio para obrar acorde con ellos en cada circunstancia, sin perder de vista el horizonte humanista del servicio que se presta. Así, no se pueden desconocer los lineamientos que presenta el código de Ética de la Enfermería, que deben ser asumidos por los y las profesionales en beneficio del sujeto de cuidado, la familia y, por ende, la sociedad. De este modo, la responsabilidad en la enfermería, como en cualquier otra profesión, es un componente fundamental, que contribuye al desarrollo y la adecuada ejecución de su función en beneficio del sujeto de cuidado.

³ LEY 911 DE 2004. Título I De los Principios y Valores Éticos del Acto de Cuidado de Enfermería. Capítulo II Del Acto de Cuidado de Enfermería. Disponible en: http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=59. Revisado, agosto de 2009

⁴ Filosofía Medieval y Moderna. Ética Formal. Disponible en: <http://www.e-torredebabel.com/Historia-de-la-filosofia/Filosofiamedievalymoderna/Kant/Kant-EticaFormal.htm>. Revisado: Octubre 1 de 2008. Hora: 19:15 pm.

La delegación del cuidado de enfermería fue el interrogante planteado para este trabajo de investigación, interrogante que más de un profesional se ha hecho y que es necesario analizar con detenimiento; aunque en diversos casos la preocupación no es propiamente delegar, sino qué, a quién, cuándo y cómo delegar, dado que esto trae, en ocasiones, una serie de eventos adversos, como muerte e invalidez, como consecuencia, por ejemplo, de la administración incorrecta de un medicamento, de la realización de un procedimiento sin la debida técnica o de la entrega de información poco clara e incompleta al sujeto de cuidado y a la familia, entre otras situaciones.

Cuando se desconoce o no se asume la responsabilidad de cada uno de los actos y se ignoran las implicaciones que tiene delegar estas responsabilidades, se tiende a relegar los aspectos éticos y legales que hacen parte del actuar cotidiano del profesional de enfermería.

La enfermería, una profesión que en su sentido del cuidar debe buscar el mayor beneficio para el sujeto, se encuentra interrelacionada con otras profesiones y con personal técnico, como los auxiliares de enfermería, y en esta interacción la responsabilidad de quien asume la función de coordinar una serie de acciones y servicios juega un papel muy importante, por la necesidad que en ocasiones tiene de delegar en otras actividades de cuidado; por lo tanto, la delegación responsable es un aspecto fundamental dentro del ejercicio de la profesión.

En este caso, cuando por razones de comunicación, tiempo, conocimientos u otros aspectos se delega una acción propia de la profesión de enfermería (es decir, que sólo el profesional la puede ejecutar por su conocimiento, capacitación o protocolo institucional establecido) y dicha acción es ejecutada por el personal auxiliar, se puede correr el riesgo de que no sea realizada de forma correcta, y la probabilidad de error aumenta.

Es necesario, así mismo, hacer referencia a otro principio básico que, además de la responsabilidad, hace parte fundamental de la delegación: el **principio de confianza**, entendido como “aquella persona que realizando una actividad de manera conjunta, y no ostentando la posición de garante respecto del bien jurídico, confía en que los demás llevarán a cabo su tarea de conformidad con el rol de cada uno”⁵. En este sentido se puede entender el principio de confianza, es decir, la forma como el profesional de enfermería a veces puede confiar en el personal auxiliar.

Dado lo anterior, la pregunta central de la investigación fue: **¿Cuáles son los problemas éticos de la delegación del cuidado de enfermería en personal auxiliar en cinco departamentos de Colombia durante el periodo de 2004 a 2009?**

⁵ BERNATE Ochoa, Fernando. Responsabilidad Penal Médica, Trabajo en Equipo y Principio de Confianza. 2008. Disponible en: <http://www.umng.edu.co/docs/revderecho/rev1de2008/RespMedica.pdf>. Revisado Abril 10 de 2010. Hora, 13:55 p.m.

2. DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS

2.1 Cuidado de enfermería

Para esta investigación se tuvo en cuenta lo establecido en la Ley 911/2004, que define el acto de cuidado de enfermería como:

... el ser y esencia del ejercicio de la profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano sujeto de cuidado, la familia o grupo social, e n las distintas etapas de la vida , situación de salud y del entorno. Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas⁶.

El acto de cuidado de enfermería se entiende, entonces, como el “conjunto de acciones sistematizadas, organizadas, medibles, documentables y evaluables, basadas en modelos y teorías de enfermería y/o en la evidencia científica , realizadas con el fin de garantizar que una persona, con problemas reales o potenciales de salud, reciba una atención de enfermería segura, eficiente y eficaz, cuya finalidad sea lograr su máximo bienestar; y el amparo y protección de sus valores y derechos, amenazados por s u

⁶ LEY 911 DE 2004. Título I De los Principios y Valores Éticos del Acto de Cuidado de Enfermería. Capítulo II Del Acto de Cuidado de Enfermería Artículo 3.

estado de carencia o enfermedad. El cuidado de la salud de las personas es el objetivo principal de la profesión”⁷.

2.2 Delegación del cuidado de enfermería

El término *delegación*, como tal, es definido como “la transferencia de la responsabilidad del cumplimiento de una actividad, conservando el deber de rendir cuentas sobre el resultado”⁸; de esta manera, la delegación del cuidado se entiende como la transferencia de todas aquellas acciones propias del profesional de enfermería al personal auxiliar bajo la supervisión. Para esta investigación se tuvieron en cuenta los términos del artículo 8 del capítulo II de la Ley 911 de 2004:

El profesional de enfermería, con base en el análisis de las circunstancias de tiempo, modo y lugar, podrá delegar actividades de cuidado de enfermería al auxiliar de enfermería cuando, de acuerdo con su juicio, no ponga en riesgo la integridad física o mental de la persona o grupo de personas que cuida y siempre y cuando pueda ejercer supervisión sobre las actividades delegadas.

2.3 Problema ético

Bernard define el problema ético como “la dificultad en la toma de decisiones frente a un paciente, en cuya resolución es necesario referirse a valores o principios que especifiquen lo que debe ser hecho en oposición a lo que simplemente puede ser hecho o frecuentemente se hace”⁹. Por lo tanto, los problemas éticos a los que hace referencia esta investigación son los relacionados con el artículo 2 de la Ley 911 de 2004: beneficencia, no-maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y

⁷ MILOS, Paulina y col. Categorización de servicios de enfermería. Propuesta para asegurar una atención de calidad en tiempos de escasez de enfermeras. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art03.pdf>. Revisado, abril de 2010

⁸ POTTER, Patricia A. PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de Enfermería. Volumen 1. Quinta Edición, 2007. ISBN. 978-84-8174-560-3 Disponible en: <http://www.diazdesantos.es/libros/potter-patricia-a-fundamentos-de-enfermeria-L0000706900381.html>. Pág. 18.

⁹ TOBOADA R, Paulina. Ética Clínica, principios básicos y modelo de análisis.

fidelidad, orientarán la responsabilidad deontológica-profesional de la enfermería en Colombia.

2.4 Profesional de enfermería

Para definir al profesional de enfermería se tuvo en cuenta la definición del CIE, reconocida por la OIT y la OMS: “El enfermero/a es una persona que ha completado un programa de educación básica en enfermería y está calificada y autorizada para ejercer la enfermería en su país”¹⁰. El aspecto más importante a destacar en esta definición es el referido a “en su país”, ya que significa que los estudios básicos de enfermería están fundamentados en cada país por las actividades por realizar por la enfermera según su contexto social, político y económico. “La enfermera profesional asume funciones de gran complejidad y responsabilidad. Posee instrucción y formación exigidas oficialmente y está legalmente autorizada para ello”¹¹.

2.5 Auxiliar de enfermería

Para este trabajo, auxiliar de enfermería es la persona que realiza funciones menos complejas y bajo la supervisión de la enfermera. Posee la instrucción y la formación necesarias y está habilitada para llevarla a cabo. Es necesario aclarar que la existencia en enfermería de un grupo auxiliar debe ser considerada solo para utilizar mejor el tiempo del profesional, más costoso y escaso.

¹⁰ GARCÍA, Martín. Catalina; MARTÍNEZ, Marín. María Luisa. Historia de la Enfermería. Evolución Histórica del Cuidado enfermero. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/publications/publications/>. Revisado, mayo de 2009

¹¹ *Ibíd.*

3. JUSTIFICACIÓN

A lo largo de la historia, la enfermería se ha caracterizado por ser una disciplina profesional directamente encargada del cuidado al sujeto, ya sea sano o enfermo; por ello el cuidado se convierte en la razón de “ser y esencia del ejercicio de la profesión”¹². Así se entiende que la enfermería es una profesión que tiene responsabilidad ética y social, es decir, responsabilidad para con el individuo y la sociedad de ser agenciadora del cuidado e ir a la vanguardia de las necesidades sociales del cuidado humano en el presente y en el futuro. De esta forma el cuidado debe nacer a partir de la “comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social”¹³, en las diferentes instancias de la vida y su entorno.

De esta manera se puede pensar que quizá en diversas instituciones se contrata mayor número de personal auxiliar, priorizando el interés de rentabilidad financiera sobre la dignidad y bienestar del sujeto de cuidado. Esta situación quizá es una de las causas por las cuales el profesional de enfermería delega procedimientos y acciones en el personal auxiliar, con el fin de agilizar los cuidados de tipo inmediato y de menor complejidad. Esta realidad motivó a la investigadora a acercarse en forma reflexiva y crítica a los posibles problemas éticos de la delegación del cuidado por parte del profesional de enfermería, con el fin no solo de dar una mirada objetiva a lo que es la delegación del cuidado, sino a la responsabilidad que el profesional tiene con los diferentes actores en este proceso, como lo son los sujetos de cuidado, el personal auxiliar, la empresa donde se encuentra laborando y el mismo profesional de enfermería como tal.

¹² EL CONGRESO DE COLOMBIA. LEY 911 DE 2004. De los Principios y Valores Éticos del Acto de Cuidado de Enfermería.

¹³ *Ibíd.*

Para el profesional de enfermería, como para quienes están siendo formados, es decir, las/os estudiantes, es fundamental conocer que el acto de la delegación va más allá de dar órdenes acerca de una acción; es tener presente que la delegación implica un compromiso, responsabilidad, conocimiento, actitud y adecuada comunicación, ya que de no facilitarse estos factores puede darse la posibilidad de que la ejecución de una actividad específica no sea satisfactoria para el sujeto de cuidado, ni para el personal que se encuentra a cargo de este; ya que “se necesita entonces una formación ética básica para poder aplicar correctamente los principios a cada una de las acciones singulares, para no actuar por aproximación, con cierto sentido del bien, o acudiendo a un recetario o formulario que puede dar una solución mecánica”¹⁴.

Es por esto que es importante tener conocimiento de los problemas tanto éticos como deontológicos que trae consigo la delegación del cuidado de enfermería por parte del profesional en personal auxiliar, teniendo en cuenta que muchos de estos problemas también tienen un amplio componente legal, que será revisado con más profundidad posteriormente. Y es que para hacer tangible este planteamiento, vamos a tener en cuenta casos ya ocurridos durante el ejercicio de la profesión y que se ven estrechamente relacionados con la delegación del cuidado, para de esta forma identificar los problemas que se han presentado y cuáles son los más frecuentes en dicha delegación.

Nos podemos basar en las diferentes razones expuestas para identificar los posibles problemas éticos en la delegación del cuidado; por tanto, es importante no solo para los entes afectados, sino para la comunidad en general, conocer el tema y realizar una apropiación de este, a fin de evitar cualquier complicación en el futuro que no solo comprometa su integridad, sino también la de las personas que lo rodean. Es así como planteamos que para los profesionales de enfermería es importante conocer e identificar cuáles son estos problemas, con el objetivo de disminuir la posibilidad de cometerlos por desconocimiento; para el personal auxiliar, de la misma manera, es

¹⁴ SARMIENTO, A. ADEVA, I. ESCOS, J. *Ética Profesional de la Enfermería*. Pág. 14

indispensable que conozca dichos parámetros al momento de realizar una actividad que le ha sido delegada a fin no solo de disminuir la posibilidad de error sino de conservar su juicio ético en todo momento.

De la misma forma, fue importante llevar a cabo esta investigación porque no solo daría unas pautas a los profesionales, sino a la comunidad en general, incluida en esta a las empresas que prestan servicios de salud, y además permitiría dar una mirada objetiva al momento de la delegación del cuidado, ya que cuando se conocen las consecuencias y posibles errores se prevé no repetirlos o ejecutarlos sin conciencia.

Ahora, una de las responsabilidades del profesional, como bien se mencionó, no es delegar, sino saber hacerlo, bajo el pleno conocimiento de sus derechos, así como de sus deberes, y de la forma como estos deben ser ejecutados por el personal, para no caer en el desconocimiento absoluto de sus facultades y de las que puede transferir. Por eso somos conscientes de que este trabajo impactará en la toma de decisiones del profesional de enfermería, dado que ofrece a las personas implicadas en el cuidado un mejor manejo de cada una de las actividades que se le relacionan.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Determinar el cuidado de enfermería delegado, los principios éticos vulnerados y el tipo de delegación en personal auxiliar a partir de los casos reportados al Tribunal Departamental Ético de Enfermería de Bogotá, Cundinamarca, Boyacá y Casanare (TDEE) en el periodo del 2004 al 2009

4.2 Objetivos específicos

- 4.2.1. Identificar las situaciones, el cuidado de enfermería delegado, quién delegó y las consecuencias de la delegación del cuidado de enfermería en los casos reportados al TDEE.
- 4.2.2 Describir los problemas éticos con la delegación del cuidado de enfermería en personal auxiliar a partir de la vulneración de los principios de la ética profesional en los casos reportados.
- 4.2.3 Identificar los problemas éticos de la delegación del cuidado de enfermería en personal auxiliar, en relación con el tipo de delegación.
- 4.2.4 Determinar los tipos de resolución de cada caso dado por el TDEE.

5. PROPÓSITOS

- Retroalimentar el ejercicio profesional y el proceso de delegación del cuidado de enfermería en personal auxiliar en las instituciones de salud y en las direcciones de Departamentos de Enfermería o Coordinaciones.
- Evidenciar las situaciones que se presentan con frecuencia en el proceso de delegación del cuidado de enfermería en personal auxiliar.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 La ética del cuidado

Leonardo Boff, teólogo y filósofo brasileño, miembro de la Comisión de la Carta de la Tierra, en su libro *El cuidado esencial. Ética de lo humano*, menciona que “Cuidar es más que un acto, y una actitud entre otras. La esencia humana reside mucho más en el cuidado que en la razón o en la voluntad”¹⁵. Martín Heidegger, filósofo, en su obra *Ser y Tiempo*, concibe que el “cuidado, desde el punto de vista existencial, es a priori de toda posición y conducta fáctica del ser-ahí, es decir, que se halla siempre en ella, es una dimensión frontal, originaria, ontológica, anterior a toda actitud o situación del ser humano. El cuidado está centrado en la raíz primera del ser humano y representa un modo-de-ser esencial, presente, irreductible a otra realidad. El cuidado como modo de ser revela de forma concreta la existencia humana”¹⁶.

En este sentido se puede pensar que actualmente existe una extrema necesidad de hacer hincapié en la responsabilidad que como enfermeras/os tenemos de actuar acorde con la ética, una ética que ha de nacer de algo esencial e inherente en el ser humano, es decir, que la “ética del cuidado tiene que ser un modo-de-ser-esencial”. Por tanto, para hablar de la ética del cuidado es necesaria una mirada analítica sobre el término en sí. En un primer momento es bueno definir la ética como tal, desde sus orígenes: “La ética es la parte de la filosofía que se ocupa de la moral, ‘moral’ viene del latín ‘mos’ o ‘mores’ y ‘moralis’, que significa costumbres o formas de comportamiento, características de un individuo o de un pueblo”¹⁷.

Podemos entender el término *ética* como sinónimo de “filosofía moral” o “filosofía de la moral”; en este sentido filosófico, vemos cómo “la moral se utiliza como adjetivo para

¹⁵ BOFF, Leonardo. *El Cuidado Esencial. Ética de lo Humano*. El “Cuidado”: Ethos de lo Humano.

¹⁶ HEIDEGGER, Martín. *El Ser y el Tiempo*. El cuidado como Modo-de-Ser esencial.

¹⁷ QUINTANILLA, Miguel Ángel. *Breve Diccionario Filosófico*. Editorial Verbo Divino, 1991. ISBN: 8471517099.

caracterizar las acciones humanas, intencionales como morales o inmorales”¹⁸; también la encontramos dentro de la literatura como sustantivo para designar las formas de comportamiento, los valores o las normas que guían las acciones de los individuos o individuo y que es susceptible de calificación moral, de la misma manera la podemos encontrar en la literatura como sustantivo para designar las formas de comportamiento, los valores o las normas que guían las acciones de los individuos o individuo y que es susceptible de calificación moral.

Entendida así la ética, como ciencia que estudia el comportamiento justo y correcto de la persona en la sociedad, es una ciencia normativa y descriptiva, si bien va más allá de los simples actos y hechos humanos. La ética mira el comportamiento humano, no desde la razón, sino desde el ser total de la persona, es decir, desde su componente integral como resultado de su interrelacionalidad consigo mismo y con los otros.

En este sentido, la ética debe orientar el desempeño profesional de enfermería y relevar el significado que tienen para la profesión las ideas y criterios, las decisiones y comportamientos en relación con la necesidad urgente que se tiene de entender el saber ético como algo bueno y esencial en el desempeño profesional, que aporta calidad en la atención, respuesta a diversas expectativas tanto a nivel personal como comunitario, ámbitos en los que se pone en marcha no solo la buena intención, sino el deseo por alcanzar y vivir los valores éticos y morales en la práctica diaria de la profesión.

Descubrir el atractivo del obrar ético para enfermería no es fácil, ya que en muchos de los campos de formación académica falta quizá mayor interés y profundización en este campo; la situación actual del mundo reclama profesionales con una postura y opción ética bien definida que exige acciones concretas y no razonamientos ausentes de una práctica que verdaderamente responda al bien de la persona que acúa, bien que es

¹⁸ *Ibíd.*

posible solo al procurar el bien del otro en todo su ciclo vital y bajo todas las circunstancias.

A lo largo de la historia muchos autores se han valido del ethos para ayudarnos a tener una mejor comprensión de lo que hoy conocemos como ética; por tanto, nos centramos en algunos de ellos como pioneros de esta corriente ético-filosófica. Homero, el primero en utilizar la palabra ethos, lo entiende como el lugar habitado por hombres y los animales; Aristóteles no define el ethos, sino que entiende la ética como temperamento, costumbres, hábitos, modo de ser, carácter del que emanan las virtudes; mientras que Zenón de Citio (filósofo griego) manifiesta que el ethos es la fuente de la vida, de la que emanan los actos humanos. Martín Heidegger (pensador contemporáneo) se refiere al ethos como el lugar o morada, y por ello dice que la morada o ethos del hombre es el ser.

La enfermera Taka Oguisso, en el 2004, en su investigación en ética y enfermería en América Latina, se pregunta: ¿cómo ha evolucionado el ethos de la enfermería a lo largo de la historia y cuál sería el ethos del futuro que está siendo preparado?¹⁹. Qué pregunta tan enorme y cuestionadora; el gremio de enfermería debe tenerla dentro de sus reflexiones, como una luz en el ocaso de la enfermería hoy. Este es el tipo de cuestionamientos que en enfermería nos debemos hacer a lo largo de nuestra praxis, en el momento justo de plantear las acciones de cuidado por ejecutar, o como en el caso que nos incumbe de investigación, pregunta que ha de estar siempre presente a la hora de elegir qué acciones de cuidado puedo o no puedo delegar, o qué acciones de cuidado propias de enfermería no podemos permitir de ninguna manera que sean delegadas directamente por las instituciones de salud.

¹⁹ OGUISSO, Taka. Reflexiones sobre Ética y enfermería en América Latina. VOL: 15 N° 52-53, 2006. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/cielo.php?=\\$S1132-1129620060001000&script=sciarttextmht](http://scielo.isciii.es/cielo.php?=$S1132-1129620060001000&script=sciarttextmht). Consultado, marzo de 2010.

Continuando con la visión de Oguisso sobre el ethos de enfermería, nos dice que puede ser el conjunto de valores que la profesión tiene, que han sido reconocidos y merecedores de confianza. Este conjunto de valores que Oguisso trata de dejar en el trasfondo de su reflexión son los mismos valores o principios éticos sobre los cuales está basada esta investigación y que a continuación se refieren.

El ethos no es fijo ni inmóvil, evoluciona con la propia profesión y con las influencias del medio. En este sentido la ética y la moral han contribuido con sus grandes aportes a la forma de entender y ver al ser humano en su totalidad, de manera integral, ubicado en un cosmos, con una realidad y una historia que lo hacen partícipe de una sociedad en la que interactúa, se desarrolla y se hace ser con los otros seres que le rodean.

La ética y la enfermería no se pueden entender por separado; la una no se yuxtapone a la otra, por tanto, no las podemos delimitar. La ética es la dimensión fundamental, el carácter integrador de la praxis de enfermería; la ética no es un “recetario de buena conducta”. Es así como la filósofa Lydia Feito Grande afirma que es necesario situar la ética del cuidado dentro del corazón de la formación académica y de la práctica misma que a diario realizamos en las instituciones. Esta autora, en su libro *Ética profesional...*, señala que existe una urgencia vital en el gremio de la profesión de reflexionar sobre la tarea profesional, y no solo se refiere a los profesionales como tal, sino a quienes están en las aulas del aprendizaje. Esto ayudará a recobrar el “sentido perdido, a precisar los objetivos de la práctica y a impedir que se convierta en una labor automática que haya perdido su sentido”²⁰.

6.2. Principios éticos relacionados

Los principios éticos que orientan la profesión de enfermería se encuentran establecidos en la Ley 911 de 2004, en el Artículo 2, que dice que los principios éticos

²⁰ FEITO Grande, Lydia. *Ética profesional de la Enfermería. Filosofía de la enfermería como Ética del Cuidado*, 2000.

de *beneficencia, no-maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad* orientarán la responsabilidad deontológica-profesional de la enfermería en Colombia. Estos principios, en palabras de Diego Gracia, se refirieron al reconocimiento del ser humano como persona y no como un medio; “el hombre como persona es un fin en sí mismo, por tanto no debe ser considerado como un medio, porque las personas tienen dignidad y no precio. Todos los hombres, en tanto que personas, merecen la misma consideración y respeto”.

A continuación se definen cada uno de estos principios:

6.2.1. Autonomía: La palabra autonomía se deriva del griego *autos*, que significa *mismo*, y *nomos*, que significa *regla, gobierno o ley*, es decir: “expresa autogobierno sin restricciones de ningún tipo”²¹. Taka Oguisso, enfermera-abogada, citando a Fry, lo define como “principio ético que propugna la libertad individual que cada uno tiene para determinar sus propias acciones, de acuerdo con su elección”²².

Oguisso precisa que en la aplicación del principio en el quehacer de enfermería el usuario puede presentar niveles de capacidad diferentes para tomar decisiones autónomas, lo cual depende de sus limitaciones internas; en este caso ella cita algunas como: aptitud mental, nivel de conciencia, edad o condición de salud, o externas como: ambiente hospitalario, disponibilidad de recursos existentes, cantidad de información prestada para la toma de una decisión fundamentada.

El pleno ejercicio de la autonomía por parte del sujeto de cuidado se puede determinar por:

²¹ PRIETO DE ROMANO, Gloria Inés. La Investigación en Salud: Principios Éticos y Legales. Investigación en enfermería: imagen y desarrollo. Vol. 1 No. 1 (33-39). Enero – Junio de 1999.

²² OGUISSO, Taka. Reflexiones sobre Ética y enfermería en América Latina. VOL: 15 N° 52-53, 2006. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/cielo.php?=\\$S1132-1129620060001000&script=sciarttextmht](http://scielo.isciii.es/cielo.php?=$S1132-1129620060001000&script=sciarttextmht). Consultado, marzo de 2010.

✓ Consentimiento informado, que consta de dos elementos fundamentales:

- La información en concordancia con lo que el sujeto en realidad quiere saber, cómo y cuándo lo desea saber, utilizando un lenguaje claro y preciso.
- El consentimiento: debe estar libre de abusos paternalistas y presiones autoritarias.

✓ Capacidad y libertad para tomar o no decisiones frente a las acciones de cuidado.

✓ Libertad para manifestar abiertamente las necesidades, inquietudes y temores que tiene con referencia al curso de su enfermedad.

6.2.2. Beneficencia y No Maleficencia: Dentro del rol del profesional de enfermería, este principio ha de marcar la pauta para toda acción en pro de la persona, ya que tiene la impronta, como su nombre lo expresa, de hacer todo el bien posible que beneficie a la persona, y evite al máximo cualquier evento adverso, que cause daño dentro de la práctica de cuidado propio de enfermería. Como bien lo menciona Childress y Beauchamp, beneficencia es actuar para prevenir el daño, suprimirlo o para promover el bien, “se debe no infligir daño a otros”. De aquí la importancia como profesionales para que se actúe con responsabilidad y calidad en los conocimientos científicos, para evitar causar daño a las personas. Para una mejor comprensión de estos principios, se analizarán por separado:

6.2.2.1 Beneficencia: “Principio ético de hacer el bien y evitar el daño o lo malo para el sujeto o para la sociedad”²³ o “hacer el bien en todas y cada una de las acciones que

²³ OGUISSO, Taka. Reflexiones sobre Ética y enfermería en América Latina. VOL: 15 N° 52-53, 2006. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/cielo.php?=-S1132-1129620060001000&script=sciarttextmht>. Consultado, marzo de 2010.

se realizan, pues dañar no puede estar presente, de forma consciente, ni en la idea de un profesional de la salud”²⁴

Este principio se entenderá a la luz de

- ✓ La capacidad para brindar atención de calidad
- ✓ Establecimiento correcto de diagnósticos de enfermería
- ✓ Identificación clara y precisa tanto de las necesidades humanas, como de las respuestas humanas y fisiológicas del sujeto a su problema de salud
- ✓ Eficacia de las acciones independientes de la enfermera/o durante la ejecución de las órdenes médicas, tiene en cuenta la indicación médica, ajusta el horario de administración de los medicamentos y realización de procedimientos no a su comodidad, sino a las necesidades del paciente.
- ✓ Protección y defensa de los derechos del sujeto de cuidado
- ✓ Prevención de daños que puedan afectar a terceros
- ✓ Ayuda a personas con incapacidad o deficiencia

6.2.2.2 No maleficencia: “Sinónimo de "No dañar", que en cualquier caso reconoce la obligatoriedad de hacer el bien y no hacer el mal”²⁵. Es decir, que supone la obligatoriedad de no causar daño intencionalmente y se empeña en evitar cualquier mal que se pueda generar al sujeto de cuidado

Este principio se analizará a la luz de

- ✓ No causar daño o sufrimiento alguno al sujeto de cuidado
- ✓ No causar discapacidad al sujeto de cuidado
- ✓ No ofender la dignidad del sujeto de cuidado

²⁴ AMARO, Cano. María del Carmen y col. Principios Básicos de la Bioética. Revista cubana de enfermería. Vol., 12 No. 1. La Habana ene-dic., 1996. ISSN: 0864-0319. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03191996000100006&script=sci_arttext. Revisado: Marzo de 2010.

²⁵ *Ibíd.*, p. 4

- ✓ No privar al sujeto de cuidado de los bienes de la vida

6.2.3 Justicia: Prieto de Romano afirma que la conceptualización de este principio es variada; mientras para unos el ideal moral de justicia es la libertad, para otros es la igualdad social y para otros, la posesión equitativa de la riqueza. En este caso, Childress y Beauchamp afirman que el principio de Justicia estipula la igualdad de trato entre los iguales y la diferencia de trato entre los desiguales, conforme con sus necesidades, y Alfredo Castillo Valey y cols., en el año 1995 afirmaron que la justicia significa que las personas que tienen necesidades iguales en materia de salud deben recibir la misma cantidad de recursos sanitarios; igualdad de trato entre iguales significa también que si algunas personas tienen más necesidades que otras, deberán recibir más recursos sanitarios; hacer hincapié en las necesidades permite una distribución más equitativa de los recursos disponibles.

Este principio se analizará a la luz de

- ✓ La igualdad en el trato
 - a cada sujeto de cuidado según sus necesidades, si es necesario priorizar en un momento.
 - a cada sujeto de cuidado según su mérito y aportación, criterio que va muy de la mano con el primero (a toda persona un trato igual)
- ✓ Planea, ejecuta y evalúa el cuidado teniendo en cuenta las necesidades individuales de cada sujeto de cuidado
- ✓ Valora las necesidades de sujeto de cuidado y jerarquiza debidamente la satisfacción de estas.
- ✓ No derrocha los recursos en un solo sujeto de cuidado, dejando por ello desprotegidos a otros sujetos de cuidado necesitados y con posibilidades de recuperación.

“No puede ser nunca la aportación económica un criterio de discriminación entre las personas. Ni siquiera el mérito o reconocimiento social, pues todos somos iguales”²⁶

6.2.4 Veracidad: Principio ético que rige el actuar de la enfermera. Este principio ha estado más vinculado con el ejercicio responsable de la profesión y trae consigo una implicación clara, que no se puede evadir, la cual consiste en decir la verdad aunque esta ponga al profesional en una situación difícil al tener que admitir haber cometido un error (Revista Cubana de Enfermería, 1996); y según Nightingale: decir la verdad aun cuando su ejercicio pueda entrañar dificultades a quien la ejerce.

Este principio se analizará a la luz de

- ✓ Dice siempre la verdad, por encima de todo.
- ✓ Admite y reconoce la posibilidad cometer errores en el curso de la ejecución del cuidado de enfermería.
- ✓ Nunca oculta un error de un colega u otro profesional ni el suyo propio.
- ✓ Nunca miente ni engaña al sujeto de cuidado (con mentirillas piadosas), por tanto evalúa la importancia que tiene para el sujeto de cuidado conocer su diagnóstico con relación al tratamiento o cuidado pretendido.
- ✓ El registro de enfermería mantiene estricta coherencia entre lo que hace y plasma en la historia clínica.
- ✓ El respeto y pleno cumplimiento de lo estipulado en los manuales y protocolos institucionales de parte y parte para evitar adversidades en la ejecución del cuidado de enfermería

6.2.5 Solidaridad: “Es la cohesión o integración ordenadora de personas para asociar esfuerzos con el fin de lograr determinados fines para algunos o para todos a nivel personal, familiar, comunitario, nacional e internacional” (Código de Ética Enfermería, Guía para el desempeño del profesional, 1998). En el campo de la profesión, la

²⁶ SANTAMARIA, Eugenia. Ética y Responsabilidad Civil en el Cuidado al Paciente Institucionalizado, Tomado de la conferencia presentada en..... 2009.

solidaridad puede ser vista como una acción basada en la adhesión a valores e intereses comunes, que permiten la posibilidad de compartir y asumir tanto beneficios como riesgos. Todo implica una toma de decisión y, a la vez, compromiso por el otro u otros.

La solidaridad se puede plasmar en dos tipos de realidad, la personal y la social, según lo expone Adela Cortina²⁷. “La relación que existe entre personas que poseen y participan del mismo interés común”²⁸, en este caso, el interés común del equipo de enfermería, en el que todos se esfuerzan y de esto depende el éxito de la causa común, es decir, el bienestar del sujeto de cuidado. En el segundo caso, las personas actúan pensando no solo en el interés particular del equipo, sino también de todos los afectados por las acciones que realiza el equipo, es decir, que el equipo de enfermería actúa pensando en el otro, en este caso en el sujeto de cuidado que de una u otra forma es el afectado o beneficiado por las acciones de cuidado que se planeen y ejecuten a su favor.

El principio de solidaridad se puede entender a la luz de

- ✓ Se vinculan, apoyan y comparten intereses comunes en pro de la salud y el bienestar del sujeto de cuidado.
- ✓ Protege y defiende los derechos del sujeto de cuidado.
- ✓ Mantiene siempre el interés frente a las necesidades humanas y vitales del sujeto de cuidado y busca la forma de brindarle una ayuda oportuna.
- ✓ Desarrolla, implementa y ejecuta acciones en equipo que aseguren la calidad del cuidado que se brinda al sujeto.

²⁷ CORTINA, Adela. El Mundo de los Valores “Ética Mínima” y “Educación”. Tomando el Pulso a Nuestros Valores. ISBN: 958-9482-06-6. Pág. 73-90, 2003

²⁸ *Ibíd.*, p. 82

6.2.6 Lealtad: Desde la ética médica este principio es definido como el “compromiso del médico de corresponder a la confianza depositada en él ²⁹”. En este sentido se puede entender que el principio de lealtad aplicado desde enfermería es la forma como el profesional responde a la confianza que el sujeto de cuidado ha depositado en él.

Al principio de lealtad lo podemos comprender a la luz de

- ✓ Aboga en todo momento por el respeto de los derechos del sujeto de cuidado, especialmente de quienes están limitados en el ejercicio de su autonomía.
- ✓ Evita los juicios de valor frente comportamiento del sujeto de cuidado y lo ayuda a potenciar sus capacidades de ser a pesar de sus limitaciones.
- ✓ Se compromete a conciencia con la confianza que el sujeto de cuidado ha depositado en él a través de la ejecución de cuidados de enfermería de alta calidad.
- ✓ No divulga a quien no corresponde las confidencias que hace el sujeto de cuidado.

6.2.7 Fidelidad: “Sinónimo de **amor, respeto y compromiso**, esto implica ser fieles a los intereses del otro por encima de cualquier otro interés, siempre y cuando no interfiera con los derechos del otro” ³⁰. La fidelidad lleva a la confianza o, como nos lo deja entrever Nightingale: fidelidad al paciente que obliga a cumplir los compromisos contraídos.

Este principio lo entendemos a partir de

²⁹ AGUIRRE Gas, Héctor G. Principios Médicos de la Práctica Médica. Rev. Circulación Cirugía, No.6, noviembre – diciembre 2004. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-202004/CC46m>. Pdf.

³⁰ OGUISSO, Taka. Reflexiones sobre Ética y enfermería en América Latina. VOL: 15 N° 52-53, 2006. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/cielo.php?=\\$S1132-1129620060001000&script=sciarttextmht](http://scielo.isciii.es/cielo.php?=$S1132-1129620060001000&script=sciarttextmht). Consultado, marzo de 2010.

- ✓ Fidelidad en la relación con el sujeto de cuidado.
- ✓ Pleno cumplimiento de las promesas al sujeto de cuidado; es importante tener en cuenta que debe ser de parte y parte, tanto del profesional como de la institución que brinda el servicio y del personal auxiliar.
- ✓ Prudencia frente a la revelación confidencial de cualquier tipo de información por parte del sujeto de cuidado y que desea se mantenga en secreto.

6.3 Mirada al ser humano sujeto de cuidado: clave antropológica

El ser humano es una integridad y, a la vez, una diversidad que nos proporciona grandes interrogantes, que ni los estudios más avanzados han logrado responder, porque la persona va más allá de sus propios límites, y así mismo se encuentra limitada, pero, ¿limitada por qué?, limitada por todas aquellas normas que la hacen un ser potencialmente social, por los diferentes parámetros que lo integran y le permiten convivir con otros seres de forma pacífica, pero en sí por su propia conducta y el autojuzgamiento de esta, es decir, su conciencia.

Más allá de esto encontramos lo que permite tener una perspectiva más cercana de lo que el ser humano es y por qué lo es. “El hombre desde su integridad como un ser pensante y racional, parte de una interacción social, originada de la necesidad que tiene de relacionarse y vincularse con ese otro”³¹, esta interacción puede verse beneficiada o perjudicada por las diferentes experiencias propias de un contexto y de una sociedad, bajo la cual entra en participación lo que consideramos como ética o filosofía moral, es decir, el comportamiento desde la experiencia de la culpa, a través de la cual no solo experimenta la diferencia entre las acciones malas o buenas, sino que es allí donde encuentra mandatos propios, mandatos bajo los cuales continúa su proceder y evalúa su comportamiento.

³¹ LOLAS STEPKE, Fernando. Bioética y Cuidado de la Salud. Equidad, Calidad, Derechos. Segunda Reunión del Comité Internacional en Bioética OPS y OMS. Panamá, mayo de 2000.

En este sentido vale la pena pensar al ser humano en forma “holística, activo y trascendente”³², ya que este punto de vista permite ir más allá de una simple ideología a una estructuración completa de los comportamientos y la razón, condiciones bajo las cuales está inmerso. Desde este concepto se puede entender al sujeto de cuidado en todas sus dimensiones, visto desde sus antecedentes e influencias psico-sociales y culturales insertas en su historia familiar, personal, laboral y corporal.

Estas dimensiones del ser humano lo involucran en su actuar como un ser único e inalienable inmerso en un conjunto de vínculos sociales que le permiten desarrollarse de manera integral, abarcando todos aquellos aspectos que evalúan su comportamiento y, de la misma forma, intentan darle una explicación, lo cual permite entenderlo no desde lo subjetivo, sino desde lo objetivo. Activo, porque siempre influye en el medio, parte de sus percepciones y experiencias, no se mantiene estático; al contrario, interactúa con otros seres y con la naturaleza. Trascendente, porque es portador de cultura, creencias, conocimientos, porque se mantiene en actitud de reciprocidad consigo mismo, con los otros, con la naturaleza y con un ser sobrenatural. En este sentido la espiritualidad forma el común denominador de toda experiencia humana que trasciende, que va más allá, que crece y se hace libre, que se recrea y cultiva una forma propia de ser y de vivir.

Ahora bien, no basta conocer y comprender al ser humano desde una perspectiva quizá cerrada y fugaz; es necesario comprenderlo en todas sus dimensiones, partiendo desde la más sencilla comprensión como ser único e irrepetible, hasta llegar a su comprensión lógica como “ser racional y por ende objetivo”³³, en este sentido vale la pena reconocer que muchos de sus comportamientos y acciones emanan de un sentimiento que nace y no se encuentra definido ni estructurado socialmente para que sea así. Por ejemplo, el

³² GRUPO DE CUIDADO. Dimensiones del Cuidado. Conceptualización e Interpretaciones del Cuidado. Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 1997.

³³ FORO DE FILOSOFÍA. Involución Humana. Disponible en: <http://www.elforro.com/filosofia/34216-involucion-humana.html>.

sentido del cuidado que, aunque con el pasar del tiempo se ha venido dando como una construcción social, es algo innato al comportamiento emocional del ser humano; muchas de las acciones que se llevan a cabo para definir el cuidado son acciones que quizá no se encuentran premeditadas, como, por ejemplo, el cuidado que brinda una madre a su bebé; aunque social y culturalmente se ha venido brindando una forma de llevarlo a cabo, muchos de los comportamientos allí dados no son más que aquellos que se basan en el amor propio, no se imponen lineamientos precisos, sino que, por el contrario, son únicos de la madre, quien es la que los ejecuta. A partir de la construcción anterior se podría entender al ser humano como un animal cultural, que se expresa y desarrolla como persona en el seno de un imaginario religioso y a partir de unas determinaciones culturales.

Francesc Torralba habla del ser humano como una estructura compleja, plural, que mantiene matices, extractos y niveles diferentes de expresión, es decir, que tiene una estructura pluridimensional, y preciso es aquí donde radica la complejidad de lo humano; estructura, dice Torralba, no ajena al entorno, al contrario, se encuentra en total interacción con el entorno, por tanto, se convierte en una estructura plurirrelacional, es decir, que el ser humano tiene la capacidad de establecer relaciones de distinta naturaleza con su entorno. Entender esta dimensión del ser humano desde enfermería es fundamental; es desde esta dimensión como se puede originar la interrelación recíproca entre el cuidador/sujeto de cuidado y viceversa. Por tanto, cuidar desde esta perspectiva antropológica es asistir a un sujeto que sufre una desestructuración global en su ser, porque la desestructuración nunca es global, sino que afecta a todas las dimensiones³⁴. Torralba señala que el ser humano es un ser vulnerable, frágil, expuesto a muchos peligros: peligro de enfermar, peligro de ser agredido, peligro de fracasar, peligro de morir, es decir, que el ser humano, en algunos aspectos, es mucho más vulnerable que otros seres vivos, con el adjunto de que posee conciencia de

³⁴ TORRALBA, Roselló Francesc. Antropología del Cuidar. La Persona una Estructura Pluridimensional. ISBN: 84-7100-842-4. Pág. 109-118, 1998.

vulnerabilidad, es decir, que puede controlar y apropiarse intelectualmente de su vulnerabilidad.

En este marco de vulnerabilidad y fragilidad del ser humano, sujeto de cuidado, hemos de poner suma atención, como enfermeras/ros, a la hora de determinar las acciones de cuidado; téngase en cuenta que no tratamos con un ser cualquiera, es un ser humano, necesitado, que está ahí y depende en ese momento en gran parte de la atención nuestra; en este caso, vista la delegación del cuidado, ha de pensarse seriamente en no solo la delegación del cuidado, sino en la omisión de este en muchos momentos de la praxis. Frente a la fragilidad hay que poner una buena dosis de cuidado humano, cuidado donado, entregado por el sujeto a nuestro cuidado; de ello dependen los resultados en el proceso de su curación.

6.4 Del acto del cuidado de enfermería

Continuando con las premisas anteriores podemos pensar que una de las actividades más importantes en el transcurso del desarrollo del ser humano es el cuidado; por tanto, es necesario caracterizar que “el cuidado no se da únicamente con respecto a sí mismo, sino que gira en torno a un colectivo, puesto que se enmarca no como una construcción personal, sino social”³⁵.

De esta manera, el cuidado de enfermería es “una interacción humana, transpersonal, intencional, única, que está sucedida por un contexto cultural, con un fin determinado y que refuerza o reafirma la dignidad humana”³⁶. Afirmación que cobra sentido en el momento en que ubica el cuidado dentro de un contexto y no fuera de una realidad, es decir, que el cuidado va ligado a la existencia del ser humano y, como tal, se convierte en una necesidad vital, no en el sentido utilitario, sino en la gama de beneficios que

³⁵ GRUPO DE CUIDADO. Dimensiones del Cuidado. Conceptualización e Interpretaciones del Cuidado. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. 1997. ISBN: 958-8051-22-3. Págs. 8-10.

³⁶ Watson, 1985, Leininger, 1998.

posee como tal, siempre y cuando sea una acción humanizada y humanizante. El cuidado no admite degradaciones de ningún género, su componente fundamental se hace experiencia cuando como cuidadores aportamos al máximo para que alcance el culmen de la satisfacción tanto individual como colectiva; es decir, que tanto el cuidador como el cuidado se sienten a gusto con los resultados obtenidos.

Para Torralba, “el cuidado de enfermería ha de ser humanizado en todas sus instancias, ya que es al ser humano, global, afectado en todas sus dimensiones”³⁷ al cual vamos a brindar cuidado de enfermería; por tanto, “el cuidado ha de ser un acto cargado del más sublime respeto por el otro, con las máximas de una entrega por ese otro, afectado y desestructurado”³⁸. En este sentido, el cuidado de enfermería debe llevar a la estructuración del sujeto de cuidado en todas sus dimensiones, no puede dedicarse exclusivamente a una patología, sino que debe ir más allá, es decir, a una interpretación de su totalidad para que desde allí se planeen y se juzguen las acciones vitales para con ese sujeto, acciones que han de ser encaminadas por el profesional, argumentadas y cargadas de un buen componente ético, científico y práctico. Acciones que han de ser planeadas en consonancia con el sujeto y de acuerdo con sus necesidades vitales del momento.

Esta construcción se ha venido aprendiendo a través del tiempo y para el tiempo, con el fin de proporcionar y brindar a los otros aquellos cuidados de los que no se logran suplir de forma individual; por ejemplo, un niño requiere de los cuidados de la madre porque él aún no tiene la capacidad para defenderse por sí solo, al igual que un adulto o joven requiere de los cuidados de otra persona cuando se encuentra enfermo o cuando por alguna razón no logra satisfacerlos por sí solo, como bien se mencionó con anterioridad.

³⁷ TORRALBA, Roselló Francesc. Antropología del Cuidar. La Persona una Estructura Pluridimensional. ISBN: 84-7100-842-4. Pág. 109-118, 1998.

³⁸ *Ibíd.*, p. 111

Es decir, está visto que el cuidado va más allá del simple acto de cumplir o satisfacer una necesidad, es todo un conjunto de implicaciones emocionales, morales, sociales y culturales que traspasan cualquier barrera de protocolos y determinaciones, que es y se convierte en algo innato, inalienable y transferible, es decir, se puede enseñar y transmitir a otros, claro está, teniendo en cuenta que cada uno lo puede adoptar y ejecutar de acuerdo con sus conocimientos y principios éticos. En este sentido se puede entender el cuidado de enfermería como “el conjunto de acciones sistematizadas, organizadas, medibles, documentables y evaluables, basadas en modelos y teorías de enfermería y/o en la evidencia científica, realizadas con el fin de garantizar que una persona, con problemas reales o potenciales de salud, reciba una atención de enfermería segura, eficiente y eficaz, cuya finalidad sea lograr su máximo bienestar; y el amparo y protección de sus valores y derechos, amenazados por su estado de carencia o enfermedad”³⁹. El cuidado de la salud de las personas es el objetivo principal de la profesión.

Es necesario adoptar una mirada desde la moral, integrada por principios y valores éticos, entendidos como metas o fines y a la vez valorados por la misma profesión y reconocidos como el conjunto de valores que han de ser compartidos y respetados universalmente por todos los profesionales de enfermería. En estos casos es en los que hemos de aunar esfuerzos para que se fijen acuerdos aun mínimos en la praxis diaria de este componente ético de la enfermería.

Para Lidia Feito, “es importante distinguir un nivel de acuerdo en los mínimos, sin que esto vaya en detrimento de que cada individuo o grupo pueda defender un sistema de máximos”⁴⁰. Se puede pensar que enfermería necesita de una ética profesional basada en principios sociales, en los que el enfoque de cada problema sea racional y social, es

³⁹ MILOS, Paulina y col. Del por qué de la Formación Exclusiva Universitaria de la Enfermeras. Disponible en: <http://www.achieen.cl/achieen/documentos/Del%20Proque%20de%20la%20Formacion%20exclusiva%20Universitaria%20de%20las%20Enfermeras.pdf>. revisado, marzo de 2010

⁴⁰ FEITO Grande, Lydia. Ética profesional de la Enfermería. Filosofía de la enfermería como Ética del Cuidado, 2000

decir, que esté basado en una ética civil y una construcción moral que oriente las actitudes y comportamientos de cada profesional frente a las acciones de cuidado; esto es, que el profesional siempre busque en todo momento el bien del otro, procurando evitar todo cuanto pueda ser causa de daño.

Por esta razón, y de acuerdo con lo ya mencionado, enfermería comprende que su quehacer cotidiano está dirigido hacia *el cuidado de una vida humana*, y es en este contexto del proceso vital humano y que a la vez es un proceso dinámico en el que el cuidado de enfermería se desarrolla. Quizá desde este punto de vista y como profesionales de enfermería podemos entender que la ética del cuidado parte desde la mirada que se tiene sobre la dignidad del ser humano. Los principios éticos que van enmarcando este quehacer cotidiano exigen por parte del cuidador unas actitudes propias y garantes que acreditan sus acciones frente al sujeto de cuidado.

En este caso, Lidia Feito hace una seria reflexión sobre cómo entender hoy el quehacer de la profesión frente a los principios éticos y cómo mantener las posturas claras frente a los cambios actuales de la sociedad y a la transformación del mundo: “es claro que la enfermería tiene que cumplir con el objetivo principal de cuidar bien a los pacientes”; sin embargo, continúa con la reflexión que nos pone de cara a los cambios que se han presentado en la definición de las obligaciones diarias de la enfermera/o, que hacen que el tema del cuidado sea hoy motivo de discusión⁴¹.

La reflexión que hace la autora sobre el cuidado, en su libro de ética profesional de enfermería, se basa en unas preguntas sencillas, pero a la vez llenas de contenido: “¿qué significa cuidar?, ¿a quién, cómo y cuándo cuidar?, ¿están las tareas de cuidado subordinadas a las tareas de curación?, ¿se puede elevar el cuidado a la categoría de profesión?”⁴²; preguntas claves dentro del tema de la delegación del cuidado.

⁴¹ *Ibíd.*

⁴² *Ibíd.*, pp. 153-165.

En este sentido vale la pena situarnos, de cara al objetivo propuesto para esta investigación, en la definición que trae la Ley 911 de 2004 sobre el cuidado, en la que destaca que el “El acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la profesión”⁴³, definición que permite tener un acercamiento claro y objetivo de la razón de ser y esencia de la profesión; profesión que, como bien lo dice la ley, debe estar fundamentada en parámetros teóricos y científicos que garanticen el quehacer cotidiano en el que se desarrolla, pero que a la vez permita mantener el sentido humano, delicado y dedicado para con el sujeto de cuidado; que parta de unos valores fundados en el respeto a la vida, la dignidad y la aceptación, sin distinciones de ninguna índole

Aunque esta, como muchas de las definiciones sobre cuidado de enfermería, muestre algunas de las pautas y orientaciones sobre el quehacer de nuestra profesión, aún se piensa que falta ahondar sobre la interpretación conjunta en la que haya al menos un mínimo de acuerdo sobre lo que significa cuidar, los requisitos para el cuidado de enfermería, la delegación de este y cómo cuidar la vida, a pesar de que los sistemas de salud, en la mayoría de los casos por la implementación de decretos, resoluciones y normas, pareciera obligarnos a cambiar la orientación y quehacer de nuestra profesión por otro tipo de prácticas y responsabilidades que si a bien se tienen son indispensables, pero que en muchos momentos como profesionales nos vemos abocados a desatender el proceso de cuidado al sujeto por llevar a cabo este tipo de responsabilidades impuestas a veces por las instituciones, pero también debido al mismo sistema.

En caso, y como profesionales, se ha de ser enfáticos en la urgencia de destacar, por encima de muchos intereses, a veces ajenos al quehacer de la profesión, el respeto por los derechos y los deberes frente al quehacer de enfermería, ya que en muchos casos los profesionales se han visto envueltos en procesos jurídicos debido a una serie de irregularidades que se presentan en la práctica diaria, pero al mismo tiempo fruto de la

⁴³ LEY 911 DE 2004. Título I De los Principios y Valores Éticos del Acto de Cuidado de Enfermería. Capítulo II Del Acto de Cuidado de Enfermería Artículo 3.

necesidad que ha habido de delegar el cuidado, por atender otras responsabilidades o, en casos no muy lejanos, porque la misma institución delega el cuidado profesional al auxiliar de enfermería, o por la razón más común en el medio en el que nos desarrollamos: la autodelegación del cuidado por parte de personal auxiliar de enfermería.

6.5 Delegación del cuidado de enfermería

El cuidado profesional enmarca el ejercicio de la profesión, que se encuentra orientado por unos principios claros y precisos, condensados en la Ley 266 de 1996⁴⁴, los cuales vale la pena mencionar en este momento para ser recordados y tenidos en cuenta en el momento de ejecutar las acciones de cuidado para con el sujeto, y más aún en el momento de estudiar la posibilidad de delegar el cuidado profesional, a sabiendas de la responsabilidad del profesional.

- ✓ Integralidad: Es decir, que el profesional orienta el *proceso de cuidado de enfermería* hacia el sujeto con una visión única para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual.
- ✓ Individualidad: Por medio de la cual el profesional comprende el entorno y las necesidades individuales del sujeto, para brindar un *cuidado de enfermería humanizado*, con el respeto frente a su diversidad cultural y a su dignidad como persona sin ningún tipo de discriminación.
- ✓ Dialogicidad: Proceso vital del *cuidado profesional*, que asegura una comunicación efectiva, respetuosa, basada en relaciones interpersonales, leales, participativas, por medio de las cuales el sujeto puede expresar con libertad y confianza sus necesidades y expectativas de cuidado.

⁴⁴ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. LEY 266 DE 1996, Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones.

- ✓ Calidad: Acción que permite al profesional orientar el **cuidado de enfermería** eficiente y efectivo al sujeto, fundamentado en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos.
- ✓ Continuidad: Que permite al profesional dar los *cuidados profesionales necesarios al sujeto*, sin interrupción alguna.

Principios que permiten entrever hacia dónde debe ser dirigido el cuidado, y cumplen con la tarea de recordar al gremio que el cuidado profesional es una acción que compete única y exclusivamente a los profesionales de enfermería y que no debe ser delegado de ninguna manera y bajo ninguna instancia, y si lo es en casos estrictamente necesarios, ha de ser bajo la plena responsabilidad del profesional, en una actitud que garantice el pleno cumplimiento de los objetivos frente a los principios y valores éticos. En este caso el profesional estaría obrando bajo el principio de confianza.

Francisco Bernate Ochoa, al hablar del principio de confianza, “supone que no crea riesgo jurídicamente desaprobado quien, realizando una actividad de manera conjunta, y no ostentando la posición de garante respecto del bien jurídico, confía en que los demás llevarán a cabo su tarea de conformidad con el rol de cada uno”⁴⁵. En este sentido se puede entender el principio de confianza como la posibilidad de que una persona o grupo de personas, con roles diferentes, confían en que cada uno realiza y desempeña su tarea de acuerdo con las capacidades propias y al grado de autonomía que se tiene frente a la responsabilidad conferida.

Desde este punto de vista podemos deducir dos cosas: primera, que el principio de confianza enlaza el acto de la delegación como tal, y segunda, para que se dé el

⁴⁵ BERNATE Ochoa, Fernando. Responsabilidad Penal Médica, Trabajo en Equipo y Principio de Confianza. 2008. Disponible en: <http://www.umng.edu.co/docs/revderecho/rev1de2008/RespMedica.pdf>. Revisado Abril 10 de 2010. Hora: 13:55 pm

principio de confianza, este “debe partir de la existencia de una actividad en la que participan varios miembros de los cuales cada uno tiene y cumple su rol y unas funciones específicas”⁴⁶.

Característica especial que, si bien la podemos desglosar, permite comprender cómo para que haya delegación del cuidado debe existir al menos la interacción de dos o más miembros. Esto nos permite comprender de manera detallada que la delegación no es y no debe comprender un mero acto en el que se pueden disminuir las responsabilidades propias para aumentárselas a otro, sino que se convierte en la acción por medio de la cual se da la jurisdicción a otra persona u otras personas, en este caso al personal auxiliar de enfermería, para que realice acciones propias del profesional, concediéndole cierto grado de autoridad y libertad necesarias, pero preservando siempre la responsabilidad final por el resultado.

Analizando lo anterior se puede decir que la delegación del cuidado de enfermería, en cualquier circunstancia, siempre tiene unas implicaciones por parte de quien la recibe. Estas implicaciones que se asumen en el mismo momento en que se recibe la delegación están orientadas a la responsabilidad que se adquiere y poseen un cierto grado de obligación frente al que se deben rendir cuentas de lo realizado, de tal forma que permita ver los resultados. En este escenario de la *delegación del cuidado profesional* estamos invitados e invitadas como profesionales a realizar una mirada crítica y exhaustiva sobre la forma cómo se está dando esta responsabilidad que, si bien es legal, debe hacerse bajo algunas condiciones netas de conocimiento del profesional al cual se le permite delegar.

En Colombia, las enfermeras/os contamos con una ley que orienta el ejercicio de la profesión; por medio de ella podemos analizar lo que nos atañe en cuanto al tema de la

⁴⁶ Ibíd. Disponible en: <http://www.umng.edu.co/docs/revderecho/rev1de2008/RespMedica.pdf>. Revisado Abril 10 de 2010. Hora: 13:55 pm

delegación del cuidado, sus características propias y las condiciones bajo las que el profesional puede hacer uso de este cometido. Conozcamos a fondo esta normatividad:

Ley 911 de 2004, artículo 8

“El profesional de enfermería, con base en el análisis de las circunstancias de tiempo, modo y lugar, podrá delegar actividades de cuidado de enfermería al auxiliar de enfermería cuando, de acuerdo con su juicio, no ponga en riesgo la integridad física o mental de la persona o grupo de personas que cuida y siempre y cuando pueda ejercer supervisión sobre las actividades delegadas”⁴⁷.

Bien, según el artículo 8 de la Ley 911, no es *obligación del profesional delegar, es una condición para el ejercicio*, entonces, ¿por qué en la actualidad se delega casi por completo el cuidado profesional?

Analizando un poco la realidad que nos compete en este campo de la delegación del cuidado, se deben considerar varios factores que intervienen y pueden afectar en gran parte el quehacer de la profesión.

6.6 Categorización de servicios de enfermería y la delegación del cuidado

Milos Paulina considera que “la categorización se basa en la evaluación objetiva de las funciones y actividades de la enfermera conforme a las leyes vigentes, a los conceptos de delegación/encargo y a la capacidad resolutive centradas en el bienestar y seguridad del paciente”⁴⁸. Partiendo entonces de esta premisa, se puede entender que hay una

⁴⁷ LEY 911 DE 2004. Título I De los Principios y Valores Éticos del Acto de Cuidado de Enfermería. Capítulo III De las Responsabilidades del Profesional de enfermería con las instituciones y la Sociedad. Artículo 23.

⁴⁸ MILOS, Paulina y col. Categorización de servicios de enfermería. Propuesta para asegurar una atención de calidad en tiempos de escasez de enfermeras. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art03.pdf>. Revisado, abril de 2010

necesidad sentida en el gremio de la enfermería de caracterizar los servicios y las funciones en la praxis de la profesión.

En Colombia, como se ha anotado, la enfermería está reglamentada por la Ley 911 de 2004, que dicta las disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de esta profesión. Este es el contexto legal desde el cual se puede discutir la importancia que tiene la caracterización de los servicios, por tanto, para efectos de este trabajo es conveniente considerar lo contenido en el capítulo I de esta ley, en el que se exponen las responsabilidades del profesional de enfermería con los sujetos de cuidado, las cuales podemos enumerar de la siguiente forma:

- Respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte.
- Respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica.
- Abogar por que se respeten los derechos de los seres humanos, especialmente de quienes pertenecen a grupos vulnerables y estén limitados en el ejercicio de su autonomía.
- Garantizar cuidados de calidad a quienes reciben sus servicios.
- No participar directa o indirectamente en tratos crueles, inhumanos, degradantes o discriminatorios.
- En la administración de medicamentos, el profesional de enfermería exigirá la correspondiente prescripción médica escrita, legible, correcta y actualizada. Podrá administrar aquellos para los cuales está autorizado mediante protocolos establecidos por autoridad competente.
- Apoyo, prudencia y adecuada comunicación e información.
- No hará a los usuarios o familiares pronósticos o evaluaciones con respecto a los diagnósticos, procedimientos, intervenciones y tratamientos prescritos por otros profesionales.
- Atenderá las solicitudes del sujeto de cuidado que sean ética y legalmente procedentes dentro del campo de su competencia profesional.

- Protegerá el derecho de la persona a la comunicación y a mantener los lazos afectivos con su familia y amigos, aun frente a las normas institucionales que puedan limitar estos derechos.
- Mantendrá el secreto profesional en todos los momentos del cuidado de enfermería, y aun después de la muerte de la persona, salvo en las situaciones previstas en la ley.

En este marco del cuidado de enfermería, como conjunto de acciones debidamente sistematizadas, medibles y evaluables, urge la necesidad de diferenciar los tipos de actividad que desempeña el profesional de enfermería; por tanto, analizando el documento de Paulina Milos y col., encontramos una propuesta que vale la pena tener en cuenta para este trabajo, ya que en el marco de la delegación del cuidado profesional, como se habló en algún momento, es necesario definir unos mínimos de acuerdo en este sentido, de manera que en la praxis diaria de la profesión se trate de hablar el mismo lenguaje; al menos es lo que se pretendió con este trabajo de investigación.

Ahora bien, vista la necesidad de categorizar los servicios de enfermería, en relación con la gestión del cuidado, es necesario clarificar lo que constituye el *situs* de enfermería. Históricamente el término *situs* fue introducido en el área de la administración, y se entiende como el saber administrativo. En 1944, cuando por primera vez se habló de *situs*, Benoit Smullyan⁴⁹ planteó la división del trabajo en dos dimensiones: una horizontal, que agrupa las ocupaciones organizadas de acuerdo con su función básica, y otra vertical, es decir, las ocupaciones se ubican en un orden jerárquico. Visto el *situs* desde estas dos dimensiones, podemos hacer uso de él y ubicarnos así en la delegación del cuidado profesional, podemos decir que el *situs* de la delegación tiene una dimensión horizontal, en la que cada uno se ubica de acuerdo con su función (enfermeras, médicos, psicólogos, terapeutas, etc.), y una dimensión vertical, referida al orden o distribución jerárquica de las ocupaciones que conforman el *situs*.

⁴⁹ AGOFF, Sergio Leandro. Algunas ideas en torno a la emergencia del saber administrativo.

Desde esta perspectiva se puede pensar el *situs* en la delegación, o *situs* como administración o gerencia del cuidado; por tanto, la conformación del *situs* de enfermería no es más que la “definición del rol social de enfermería”⁵⁰, es decir, que se deben tener claras las funciones sociales de enfermería, pero a la vez es necesario que estas sean diferenciadas con el personal auxiliar de enfermería. En este sentido, el artículo de Milos y col. nos propone la necesidad de clarificar la “categorización de servicios de enfermería y delegación/encargo de determinados servicios a las demás ocupaciones del *situs*”⁵¹. De esta manera, el *situs* de la enfermería está conformado por un componente clave en aras de la gestión del cuidado; viéndolo de esta manera, se puede decir que la delegación es una forma de gerenciar el cuidado, pues no se puede delegar sin antes haber hecho un análisis serio de lo que se quiere y puede delegar, a quien se le va a delegar y quien va a ser el afectado por dicha delegación. Por tanto, la gestión del cuidado de enfermería es una acción “intransferible en cuanto se requiere de criterios profesionales desde el momento en que se planifica hasta su ejecución; estos criterios deben responder a los estándares éticos, técnicos y científicos de la profesión”⁵².

Es importante que como profesionales nos demos a la tarea de buscar y crear instrumentos para recolectar al máximo la información sobre la injerencia de la delegación del cuidado y las consecuencias que de ello se pueden derivar. Esta información debe estar orientada al conocimiento que el profesional debe tener sobre la situación y las necesidades del sujeto de cuidado; a la elaboración del diagnóstico de enfermería, que resuma la respuesta de la persona a su experiencia de salud y la causa de esa respuesta, y a la planificación de las intervenciones, teniendo en cuenta que pueden variar en momentos determinados; por tanto, se requieren conceptos científicos

⁵⁰ MILOS, Paulina y col. Categorización de servicios de enfermería. Propuesta para asegurar una atención de calidad en tiempos de escasez de enfermeras. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art03.pdf>. Revisado, abril de 2010

⁵¹ *Ibíd.*, p. 19.

⁵² *Ibíd.*

y teóricos y estar orientados por los principios inherentes al cuidado; asegurar que el sujeto esté cómodo, seguro, bien atendido, y propiciar el buen funcionamiento de los equipos de monitoreo. A pesar de un entorno complejo, la enfermera debe ofrecer un cuidado humanizado. En fin, dar prioridad a la persona antes que a las rutinas de la organización del trabajo, y si es necesario, modificar el entorno para asegurar un cuidado de calidad y libre de riesgos por tanto, “el profesional que conoce bien al sujeto de cuidado y su contexto de vida puede facilitar las interacciones y decisiones conjuntas con los otros profesionales de la salud y de los servicios con que se cuenta”⁵³

6.7 Enfermería en el contexto de la salud

El contexto socio/político de los países en vías de desarrollo y, en particular, la crisis económica de los países de América Latina, ha llevado a que la salud se convierta en un negocio mercantilista; las reformas neoliberales en el campo de la salud han llevado a la disminución del recurso humano profesional, generando una desproporción entre las diferentes categorías de profesionales y técnicos, según lo afirma un estudio publicado por la *Revista Panamericana de la Salud Pública* en el 2005, todo con el fin de reducir los costos e incrementar la eficiencia. Pero el análisis que hace el grupo investigador frente a esta realidad muestra que la eficiencia no se incrementa, al contrario: el “desequilibrio entre el número de profesionales y de técnicos afecta directamente la eficiencia y la calidad de los servicios”⁵⁴, afecta los intereses de parte y parte.

En esta problemática se desarrolla la profesión de enfermería en el país, en el marco del sistema de salud actual, que pone en jaque su quehacer y que se convierte en el mayor obstáculo para brindar un cuidado de enfermería con calidad, como lo señala

⁵³ ZARATE, Grajales. Rosa A. la gestión del Cuidado de enfermería. ISSN 1132-1296. *Index Enferm* v.13 n.44 Granada primavera, 2004. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000100009&script=sci_arttext. Revisado, Marzo de 2010

⁵⁴ UGALDE, Antonio; HOMEDES, Nuria. Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol.17 no.3 Washington Mar. 2005.

Marlén Zapata Herrera en su tesis ⁵⁵; esta autora cita los resultados de estudios hechos por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) en Latinoamérica, que destacan la inequidad en la forma como está compuesta y distribuida la fuerza de trabajo en enfermería, la recarga laboral, las condiciones desfavorables de contratación y la desmotivación laboral de las enfermeras.

La crisis se puede ver reflejada en muchos espacios, en la insatisfacción laboral, en la escasez del recurso humano y en la disminución de un cuidado de calidad. Analizando los aportes del Consejo Internacional de Enfermería, se puede considerar dicha problemática como uno de los factores más relevantes para que se delegue el cuidado profesional al personal auxiliar. Como se ha anotado, el cuidado que imparte el profesional puede ser delegado, de acuerdo con la ley, pero después de un análisis minucioso de las condiciones de formación y de acuerdo con las capacidades de quien va a recibir la delegación, pero en muchos casos se ve que es la institución misma la que va delegando el cuidado a terceros, sin tener en cuenta, quizá, el grado de formación o las condiciones para la ejecución de acciones propias de profesional.

Analizando lo anterior, vemos cómo la profesión ha ido perdiendo su identidad en relación con la razón de ser de enfermería, que es el cuidado; en este sentido, Zapata Herrera, en su tesis, nos permite entender un poco más esta realidad situacional del profesional de enfermería frente a su desempeño y afirma que se “reconoce una pérdida de autonomía en su rol profesional por cumplir funciones asignadas, y una pérdida de la individualidad del cuidado por su delegación” ⁵⁶. Zapata agrega que esto “señala una crisis en la identidad del profesional de enfermería y la necesidad de replantear otros paradigmas en la complejidad que permita abordar dicha problemática”⁵⁷.

⁵⁵ ZAPATA, Herrera Marlén. ¿enfermería, una profesión en crisis? El caso en la ciudad de Medellín -Colombia. 2008

⁵⁶ *Ibíd.*, p. 3.

⁵⁷ *Ibíd.*

Sumada a esta realidad encontramos la migración de profesionales, principalmente a Europa y EE.UU.; problemática que en Colombia alerta de manera gradual la necesidad de profesionales presentes en las diferentes instituciones, ya que el déficit es grande en este sentido. Para entender más de cerca esta realidad, vale la pena citar algunos apartes de estudios recientes que nos permiten comprender más de cerca lo que está sucediendo en realidad, realidad alarmante en el gremio de la profesión

Múltiples estudios han abordado la crisis mundial de escasez de enfermeras. El artículo de Paulina Milos y col. aborda esta realidad y cita al respecto el Informe *Salud 2006*, de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Según este informe “hay aproximadamente cuatro enfermeras por cada médico en Canadá y EE.UU., mientras que en Chile, menos de una por cada médico. Recientemente se ha informado un promedio de 780,4 enfermeras registradas por cada 100.000 habitantes, señalando que cifras de 626,1 por 100 mil personas se encuentran muy por debajo de las necesidades de la población. La media europea, para el año 2000, se encontraba en 755 enfermeras por 100.000 habitantes. En Chile no se maneja este tipo de estadísticas, pudiéndose sobre la base del número de médicos y su relación con el número de enfermeras de que da cuenta la OMS estimar una cifra de aproximadamente 600 enfermeras por 100.000”⁵⁸. Realidad no muy lejana para Colombia, en la que se registra, según la base de datos del RUN de la ANEC, un porcentaje de “7 enfermeras por cada 10000 habitantes”⁵⁹, esto para el 2006. Los últimos estudios realizados en el país por el Centro de Protección para el Desarrollo de la Universidad Javeriana (Cendex), titulado *Recursos humanos de la salud en Colombia*, a través del cual su director, Fernando Ruiz, afirma que en el escenario más optimista para 2011, “el país tendría un déficit de 14.424 médicos y

⁵⁸ MILOS, Paulina y col. Categorización de servicios de enfermería. Propuesta para asegurar una atención de calidad en tiempos de escasez de enfermeras. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art03.pdf>. Revisado, abril de 2010

⁵⁹ RANGEL, Rincón, G. Las Enfermeras Colombianas, desde el Pregrado hasta la Investigación y Producción Científica. Revista Especialidades Enfermeras en línea 2006 julio-agosto. Disponible en: <http://www.especialidadesenfermeras.com/revista/index.htm> ISSN 1885-3285.

1.753 enfermeras. En el escenario más pesimista, harían falta 25.780 médicos y 7.153 enfermeras”⁶⁰.

Carlos-Andrés Roncancio ⁶¹, citando un estudio reciente, señala que cifras de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (Acofaen) muestran cómo de más de dos mil estudiantes que obtienen anualmente el título de enfermeros en el país migran unos 200; cifra muy alta si se tiene en cuenta que el país cuenta con un déficit de profesionales de esta rama de la salud. Estudios de esta entidad muestran que en Colombia se necesitan más de 24.000 enfermeras y enfermeros,

El artículo de Roncancio cita apartes de investigaciones recientes realizadas por Daniel Eslava, presidente de Acofaen y docente de la Pontificia Universidad Javeriana, quien considera con preocupación que si los profesionales buscan trabajo por fuera de Colombia es porque su situación laboral en el país no es la mejor. “El ingreso promedio de una enfermera en Colombia es de unos 800 dólares, cifra que no cubre las expectativas laborales de los profesionales, si se tiene en cuenta el riesgo que esta conlleva, y la función social que cumple”, explica Eslava.

La inseguridad laboral es otra de las razones fundamentales para migrar. Aunque en Colombia cada vez se siente más la falta de personal calificado en esta área, la tasa de desempleo del gremio se ubica en una cifra cercana al 37%. La explicación de este particular fenómeno es que la oferta de empleos está mal distribuida. La mayoría de los profesionales se encuentran ubicados en las grandes ciudades, cuando las vacantes se encuentran en zonas rurales.

Ahora bien, analizado un poco lo que atañe a esta realidad, es un escenario en el que la enfermería en Colombia se tiene que debatir, aunque no es una luz de esperanza en el

⁶⁰ RUIZ, Gómez Fernando y col. Recursos humanos de la salud en Colombia Balance, competencias y prospectiva. Disponible en: http://www.cendex.org.co/GPES/publicaciones/GPE_S_rrhhII.html. Revisado: mayo de 2010.

⁶¹ RONCANCIO, Carlos Andrés. En Colombia hacen falta enfermeras, en parte, porque al año salen más de 200 atraídas por buenas ofertas en el exterior. ¿Qué hacer para que se queden?, 2008

momento, sí podemos decir que en enfermería, pese a tantos contratiempos e inequidades, se mantiene en pie, a la vanguardia de seguir trabajando por el cuidado y bienestar de la salud en el país. De esta forma vemos cómo el profesional se ve enfrentado a múltiples desafíos, ya que en muchos ámbitos la carga laboral aumenta, llevándolo a delegar el cuidado propio del profesional de enfermería al auxiliar, lo que implica procesos que no solo comprometen la moral individual, sino la colectiva. Por tanto, urge identificar y diferenciar que el cuidado profesional es propio de quien tiene la preparación suficiente, a nivel científico, tecnológico y argumentativo para ejecutarlo, y si amerita delegarlo se debe hacer teniendo en cuenta que, en esencia, lo que se puede delegar únicamente son funciones operativas, ya que la responsabilidad o el fin último nunca se delega, es decir, que el cuidado profesional no se delega.

Ahora bien, ¿cuál es el fin último del cuidado? Para el grupo de cuidado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional el fin último del cuidado se puede ver desde las siguientes perspectivas⁶²:

- Fomentar la autonomía
- Dignificar al ser humano
- Responder al llamado de cuidado del otro
- Vivir y crecer en el cuidado
- Crecer como cuidado
- Interactuar con otro ser en el cuidado, buscando equilibrio y posterior desarrollo en su capacidad de cuidarse a sí mismo
- Desarrollo de un cuerpo de conocimientos para enfermería
- El cuidado siempre requiere de un momento, de un contexto, de un escenario.

Ahora bien, en este sentido, no de la delegación del cuidado profesional, sino desde la delegación solo de funciones operativas, el profesional debe estar orientado por una

⁶² GRUPO DE CUIDADO. Dimensiones del Cuidado. Conceptualización e Interpretaciones del Cuidado. Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 1997.

serie de cuestionamientos acerca de lo que se espera y requiere con la delegación; por tanto, es necesario que antes de delegar se definan claramente cuáles son las acciones que se van a delegar, y qué resultados se esperan obtener, y la persona relacionada a quien se va a confiar la delegación; en este mismo sentido es necesario contar con la aceptación voluntaria de quien recibe la delegación, ya que la acción delegada no formaría parte del conjunto de acciones que forman parte de su quehacer.

Cuando como profesionales se considere conveniente delegar, no el cuidado profesional, sino algunas acciones asistenciales, se debe tener en cuenta las habilidades de quien recibe la delegación; en ningún caso se pueden delegar acciones asistenciales cuyos resultados no los pueda controlar y evaluar; es de vital importancia tener en cuenta que tras este tipo de delegación no debe existir la despreocupación total de lo delegado por parte del profesional; al contrario, se ha de pautar la forma de cómo y en qué momento se va a realizar la supervisión de la acción delegada, se puede considerar al final de la acción o durante de la ejecución de esta. Una vez se haya realizado la delegación, se debe evaluar la forma operativa y los resultados esperados de la delegación.

6.8 De las responsabilidades del profesional de enfermería en la práctica diaria del cuidado

El cuidado demanda de la enfermería la práctica filial y segura de que sea estudiado, planeado, ejecutado y evaluado desde las necesidades individuales de cada sujeto. El cuidado debe estar garantizado por planteamientos científicos, éticos y legales, junto con la realización del correspondiente registro que evidencia la aplicación del proceso de enfermería, garantizando así la continuidad del cuidado, además de las actividades de tipo administrativos que forman parte del cuidado al sujeto.

Los registros de las/os enfermeras/os son de vital importancia en el mantenimiento e implementación de las actividades propias, al igual que para el sujeto a quien se le

satisfacen sus necesidades por medio de las intervenciones de cuidado realizadas por parte del profesional, y para la institución que presta el servicio, porque hace parte de la calidad de atención ofrecida por los profesionales. El registro de enfermería "es un documento específico que hace parte de la historia clínica, en él debe describirse cronológicamente la situación, evolución del estado de salud e intervenciones de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que los profesionales de enfermería brindan a la persona, familia y comunidad"⁶³.

Veamos esta normatividad contenida en la Ley 911 de 2004. Título III. Cap. V:

- ✓ Art. 35. Registros de enfermería
 - Los registros de enfermería son documentos específicos que hacen parte de la historia clínica.

- ✓ Art. 36. Reserva de la historia clínica
 - La historia clínica es un documento privado sometido a reserva
Solo puede ser conocida por:
 - El sujeto de cuidado
 - El equipo humano de salud
 - Terceros, previa autorización
 - Casos previstos por la ley

- ✓ Art. 37. Registros de los cuidados de enfermería
 - El profesional debe exigir o adoptar los formatos y medios de registro que respondan a las necesidades de información que se deban mantener acerca de los cuidados de enfermería.

⁶³ RESOLUCION 1995 DE 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica. Capítulo I, artículo 1.

Problemas éticos de la delegación del cuidado de enfermería

- Diligenciar registros en forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco y sin utilizar siglas distintas a las internacionalmente aprobadas.
- Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma⁶⁴.

No se puede olvidar que la disciplina, por regla general, ha concebido diferentes formas de reglar la conducta de las enfermeras en las intervenciones, pero siempre respetando y valorando los derechos de los pacientes. También, hay leyes que castigan a los profesionales por el incumplimiento de sus tareas y obligaciones, como la Ley 911/2004 que establece que en los casos en los que se falte a estos estatutos o reglas los diferentes tribunales éticos serán encargados de sancionar las diferentes formas de irresponsabilidad.

Artículo 39:

“El Tribunal Nacional Ético de Enfermería, y los Tribunales Departamentales Éticos de Enfermería, están instituidos como autoridad para conocer los procesos disciplinarios ético-profesionales que se presenten en la práctica de quienes ejercen la profesión de enfermería en Colombia, sancionar las faltas deontológicas establecidas en la presente ley y dictarse su propio reglamento”⁶⁵.

⁶⁴ *Ibíd.*, Capítulo II, artículo 5.

⁶⁵ LEY 911 DE 2004. Título V De los Tribunales Éticos de Enfermería. Capítulo I: Objeto y competencia de los tribunales Éticos de Enfermería. Disponible en:

7. METODOLOGÍA

7.1 Tipo de estudio

El trabajo de investigación se desarrolló como estudio documental, que se apoya en la metodología de estudio de caso. En este se analizan los problemas éticos derivados de la delegación del cuidado a partir de la revisión de expedientes cuyos casos y situaciones han sido analizados y fallados por el TDEE y reposan en sus archivos. Este estudio se apoya en herramientas del estudio de caso para revisar y analizar cada situación encontrada.

7.2 Unidad de observación

La unidad de observación estuvo conformada por nueve expedientes analizados y fallados por el TDEE. Estos expedientes tienen como origen las denuncias de profesionales de la salud, familiares, sujetos de cuidado o instituciones frente a situaciones de cuidado que han generado eventos adversos, menoscabo de la dignidad del sujeto de cuidado o faltas a los principios éticos del cuidado de enfermería; además, tienen relación con la interacción del profesional de enfermería o el personal auxiliar con el “sujeto de cuidado” y su familia.

7.3 Unidad de análisis

La unidad de análisis se centra en los problemas éticos derivados de la delegación del cuidado de enfermería en personal auxiliar.

7.4 Criterios de selección de los expedientes

Los criterios para la selección de los expedientes fueron:

- ✓ Casos reportados al Tribunal Departamental Ético de Enfermería.
- ✓ Casos relacionados con la delegación del cuidado de enfermería en personal auxiliar

- ✓ Expedientes fallados después del 5 de octubre de 2004, fecha en la que entró en vigencia la Ley 911, en la cual “ se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones”⁶⁶.

7.5 Instrumento

Para la investigación se elaboró un formato para inspección de archivos (ver cuadro 1), el cual se utilizó como instrumento inicial para la recolección y clasificación de la información arrojada por cada uno de los expedientes. Este instrumento permitió hacer énfasis en lo relevante de cada caso, de manera que la información no se extendió, sino que se recolectó de forma detallada, resumida y organizada, tomando como referencia lo necesario de cada uno de los casos. A continuación podemos apreciar el formato completo, en el que se pueden encontrar los diferentes aspectos por contemplar.

Cuadro 1. Formato de inspección de archivos

N.º de expediente	Exposición del caso	Decisión	Argumento central	Argumentos auxiliares
	Analizar la demanda misma “lo afectado”, “lo alegado por las partes, no lo que pretenden jurídicamente, visualizar el trasfondo ético y analizar también la	Analizar lo que se desprende de la parte considerativa del Tribunal Departamental Ético de Enfermería de Bogotá y Cundinamarca	Identificar si los problemas éticos han tenido una solución en la parte resolutive o no. Identificar una línea clara de tendencia que a lo mejor es necesario corregir	Identificar las situaciones en que hay “estado de cosas

⁶⁶ CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 911 de 2004. Diario oficial año cxl. N.º 45693. 6 de octubre, 2004. Pág. 22. Disposiciones Generales de la ley.

	respuesta de la entidad o persona denunciada		inconstitucional en materia de...”, que corresponde a vacíos en la legislación que son inconstitucionales
--	--	--	---

Fuente: RUEDA, Eduardo y col. Formato inspección de archivo. Problemas éticos del sistema General de Seguridad Social en Salud, año 2008.

7.6 Categorías de análisis

Cuadro 2. Problemas éticos en la delegación del cuidado de enfermería en personal auxiliar.

Categorías de análisis	Definición de parámetros	Fuentes de información	Instrumento
Cuidado propio de Enfermería	Administración de medicamentos Procedimientos de Enfermería Información al sujeto de cuidado y la familia Información al equipo de salud	Historia clínica Expediente	Formato de revisión de expedientes
Tipo de delegación	Delegación profesional Delegación institucional Auto delegación	Expedientes	Formato de revisión de expedientes
Consecuencias	Profesional Personal auxiliar Sujeto de cuidado Familia Institución	Expedientes	Formato de revisión de expedientes
Principios éticos	Autonomía Beneficencia No-maleficencia Justicia Veracidad Solidaridad Lealtad Fidelidad	Ley 911 de 2004	Formato de revisión de expedientes
Resolución de casos	Inhibitoria Preclusión Resolución de cargos	Expedientes Ley 911/2004	Formato de revisión de expedientes

Fuente: Pineda, Claudina. Construcción propia. Problemas éticos de la delegación del cuidado de enfermería

7.7 Proceso de recolección de la información

La recolección de la información se realizó en cuatro etapas, como se describe a continuación:

- ✓ Solicitud escrita al TEDEE de autorización para obtener la información. La solicitud fue discutida el 20 de marzo de 2009 en Sala Plena del Tribunal y aprobada por todas las Magistradas. El tiempo de respuesta fue de 15 días (ver anexo 1).
- ✓ Revisión de expedientes para verificar la existencia de casos relacionados con la delegación del cuidado de enfermería en personal auxiliar.
- ✓ Elaboración del cronograma de revisión de archivos de acuerdo con la disponibilidad de tiempo del investigador.
- ✓ La información obtenida de los 9 expedientes seleccionados y revisados fue organizada en el formato de revisión de archivos, ver anexo B
- ✓ Revisión de expedientes según los criterios descritos para este estudio, con el diligenciamiento del formato de revisión de archivo antes mencionado.
- ✓ Es importante dejar en claro que la información obtenida de la revisión de los archivos es fiel copia y que para mantener la confidencialidad de los sujetos de cuidado, profesionales de enfermería, personal auxiliar e instituciones de salud implicados fueron cambiados sus nombres. El contenido de los expedientes incluye:
 - Queja expuesta, enviada y radicada en el Tribunal Ético Departamental de Enfermería.
 - Seguimiento de la sala plena y la asignación del magistrado instructor encargado del fallo.

- Las cartas de citación para rendición de cuentas, realizadas por el Tribunal Ético de Enfermería y enviadas a cada persona designada para tal fin.
- La solicitud de la copia de historia clínica del sujeto implicado, copia de las notas y registros de enfermería, copia de paraclínicos realizados al sujeto implicado, fotocopia de los documentos de los profesionales en averiguación y sus contratos, copia de los protocolos institucionales de acuerdo con el caso en averiguación.
- Versión libre y espontánea de las personas citadas por el Tribunal Ético Departamental de Enfermería.
- Copia del documento de seguimiento y análisis de los hechos sucedidos.
- Documento final, en el que está contenido el fallo.

7.8 Aspectos éticos

En cumplimiento de la Resolución 008430 de 1993, en esta investigación social (sin riesgo⁶⁷) prevaleció el criterio del respeto a la dignidad y protección del ser humano, y la protección de sus derechos y bienestar; por lo tanto, tuvo en cuenta los aspectos éticos enmarcados en la legislación nacional e internacional, tal como se establece a continuación:

- Contó con el Consentimiento Informado del Tribunal Departamental Ético de Enfermería.
- Los resultados de la investigación no serán utilizados en perjuicio de los individuos participantes.
- Se mantendrá la confidencialidad de las instituciones y trabajadores referidos en los expedientes del Tribunal Departamental Ético de Enfermería. La presentación de los resultados se hará de forma tal que se respeten los intereses de los sujetos involucrados en la investigación.

⁶⁷ Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Resolución 008430 de 1993.

Problemas éticos de la delegación del cuidado de enfermería

- El fin de este trabajo es únicamente investigativo; no se hacen juicios éticos ni morales, sino un análisis desde los principios éticos, donde se pueda analizar las implicaciones del hecho mismo, más no sobre las personas o instituciones implicadas en los casos.

8. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

8.1 Situaciones, cuidado de enfermería delegado, tipo de delegación y consecuencias de la delegación del cuidado de enfermería

Los resultados presentados a continuación son producto de la revisión de nueve expedientes que reposan en el Tribunal Departamental Ético de Enfermería de Bogotá, Cundinamarca, Boyacá, Casanare y Amazonas(TDEE) en el periodo del 2004 al 2009 y que corresponde a la información consignada en un formato para revisión de archivo, en el que se encuentra digitada la mayor cantidad de datos posibles arrojados por cada expediente en cuanto a lo relacionado con la delegación del cuidado profesional en personal auxiliar, (ver Anexo B).

Los conceptos correspondientes a situaciones, cuidado de enfermería delegado, tipo de delegación y consecuencias de la delegación del cuidado de enfermería son los siguientes:

- *Situaciones*, son todos aquellos problemas que afectaron al sujeto de cuidado a partir de las acciones de cuidado de enfermería ejecutadas por profesionales y/o auxiliares, motivo por el cual se interpuso la queja ante TDEE
- *Cuidado de enfermería delegado*, son las acciones propias del cuidado de enfermería delegadas en personal auxiliar
- *Tipo de delegación*, el origen de la delegación, (profesional, institucional, autodelegación del auxiliar de enfermería)
- *Consecuencias de la delegación*, todas aquellas afecciones en el sujeto de cuidado que comprometieron la vida, la integridad, dejaron secuelas en alguna parte de su cuerpo y/o vulneraron su dignidad de personas.

Las nueve situaciones analizadas en este trabajo se encuentran brevemente descritas en el cuadro que se encuentra a continuación y que posteriormente serán analizadas. Ver Cuadro 3.

Cuadro 3. Situaciones, cuidado propio de enfermería delegado, tipo de delegación y consecuencias de la delegación del cuidado de enfermería

SITUACION	CUIDADO PROPIO DELEGADO	TIPO DE DELEGACION	CONSECUENCIA
Gestante de alto riesgo, 35 semanas de embarazo 6 días, amenaza de parto pre-termino.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de los signos de alarma y de peligro en el sujeto de cuidado • Valoración y acompañamiento al sujeto de cuidado • Control y registro de signos vitales Frecuencia cardiaca fetal • Administración de medicamentos • Asistencia en cuidados y procedimientos de enfermería 	DELEGACION PROFESIONAL	Muerte perinatal
<p>Adulta mayor, víctima del “maltrato que rodeó la atención durante su última hospitalización antes de fallecer en el Pabellón Santa María del H Tolo, además la actitud deshumanizada de las siguientes personas: “Jefe” Jol; “Auxiliar” Mena; “Jefe” Chris; “Auxiliar” Leo, quien manifiesta “ya está pensionada” y que con sus comentarios le hizo mal ambiente a mi señora madre. El 1 de enero del 2006 en el momento de inmovilizar a mi madre” le fracturaron el dedo del corazón de la mano derecha” de igual forma le ocasionaron una flebitis en la mano derecha por mala canalización debido a los varios pinchazos que le dio la</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de procedimientos al sujeto de cuidado (canalización de vena, Inmovilización de paciente) • Administración de medicamento • Acciones de enfermería dirigidas al sujeto de cuidado • Valoración y acompañamiento al sujeto de cuidado 	DELEGACION PROFESIONAL	<p>Percepción familiar de maltrato que rodeó la atención durante el tiempo de hospitalización y antes de su fallecimiento.</p> <p>Percepción de inmovilización cruel y despiadada aun que se haya considerado como una decisión clínica correcta, se cree que era un procedimiento previsible y que al parecer el personal de enfermería no actuó con la debida prudencia y por lo tanto omitió aspectos importantes como la comunicación con la paciente y su familia y la solicitud del consentimiento.</p>

enfermera Leo y la administración de medicamento sin que yo o mi madre estuviera de acuerdo.

Flebitis en mano derecha por falta de asepsia, que según investigaciones para el caso concreto no existió, ver Anexo H

Administración de medicamentos a pesar que la paciente y su familiar no estaban de acuerdo. (no se dejó por escrito), ver Anexo H

La Señora Julia manifestó que el 2 de Noviembre asiste al servicio de Urgencias del Hospital Calima remitida Policlínico Juan Valdez con diagnóstico de Tendosinovitis en la mano izquierda para que le fuera practicado un drenaje. Fui atendida por las enfermeras Lola y Claudia quienes me canalizaron en mano derecha con yelco 22 y me administraron un medicamento por la enfermera Milsehy, el cual me ocasionó mucho dolor ya que me fue canalizada una arteria en vez de una vena, ocasionándome lesión de arteria radial y posterior necrosis del 4to y 5to dedo de la mano derecha teniendo que ser luego amputado

- Realización de procedimientos al sujeto de cuidado (venopunción)
- Administración de medicamentos
- Planeación y ejecución de acciones de cuidado dirigidos al sujeto de cuidado

DELEGACION INSTITUCIONAL

Amputación del 4 y 5 dedo como consecuencia de evento adverso

Adulto mayor, 78 años de edad, quien es traído al hospital Julio Cesar por su hijo para ser atendido por dolor de cabeza y tensión arterial alta. Sufre caída, es remitido al hospital donde debe ser intervenido por fractura de cadera derecha.

- Realización de procedimientos
- Toma y registro de signos vitales
- Administración de los servicios y asistencia en los cuidados de enfermería dirigidos al sujeto
- Identificación de signos de alarma y necesidades humanas del sujeto
- Valoración del paciente

DELEGACION INSTITUCIONAL

Remitido al Hospital Timón donde de luego de varios exámenes de rigor se nos informó que se debía operar por una fractura sufrida en la cadera derecha.

<p>El Sr. Dolacude al servicio de urgencias del Cami Marañones, para administración de Benzetacil. Trae fórmula médica en la que dice administrar 2.400.000 UI IM previa prueba de sensibilidad. Atendido por las enfermeras Juanita y Lucrecia quienes administran el medicamento sin la respectiva prueba de sensibilidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registros de enfermería en la H.C • Administración de los recursos disponibles para la atención del sujeto de cuidado • Realización prueba de sensibilidad?? • Administración de medicamentos • Atención y valoración directa del sujeto de cuidado 	<p>DELEGACION INSTITUCIONAL</p>	<p>Shock anafiláctico, paro respiratorio y a pesar de las maniobras de resucitación fallece el sujeto de cuidado</p>
<p>Recién nacida de 14 días a siste al programa madre canguro del servicio de consulta externa del Hospital Barilini para cumplir cita control con diagnóstico de recién nacida pre termino de 33 Semanas de Gestación, a quien la pediatra formula 2mg de Vitamina K. La fórmula es entregada al papá de la bebe, quien va a farmacia por el medicamento y lo lleva a la auxiliar Estrella. La auxiliar comenta a la doctora que vienen dos ampollas cada una de un miligramo, la doctora le dice que las administre. Se administran las ampollas y se da salida a la recién nacida. A los 15 minutos los padres regresan con la niña en mal estado general. Llevada a la unidad de recién nacidos, descompensada, se realizan maniobras de resucitación, la bebe trata de reaccionar a las maniobras de resucitación, se coloca soporte ventilatorio. A los pocos minutos la recién nacida se descompensa, presenta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de medicamentos a recién nacida pretermo. • Ejecución de ordenes médicas • Valoración de posibles efectos adversos por administración de medicamentos • Cuidados propios de enfermería con recién nacida en condiciones de alto riesgo, (Prematurez) 	<p>DELEGACION INSTITUCIONAL</p>	<p>Muerte de recién nacida, por administración de adrenalina e n vez de vitamina K.</p>

bradicardia e inestabilidad hemodinámica.

Niña de 7 años de edad, llevada por sus padres al centro de salud para que fuera atendida por morbilidad de puerro, valorada por el Dr. Junix quien pidió a la auxiliar de enfermería lavara el sitio de la mordida con bastante agua y jabón, para que la trajera al otro día.

“La mujer estaba de mal genio, cogió a la niña y la lavó con jabón fab y una gasa, la restregó tan fuerte de manera que le ocasionó un peladura, como un quemazón, le pedimos que no le hiciera tan fuerte y que no la bañara más, ella nos dijo que si no la dejábamos bañar bien entonces que le firmáramos un papel y nos la lleváramos. Al otro día la trajimos de nuevo al centro como había dicho el Dr. y quedó impresionado de ver la mejilla de la niña”.

- Realización de procedimientos
- Administración de los servicios y asistencia en los cuidados de enfermería dirigidos al sujeto de cuidado
- Valoración del paciente
- Administración de los recursos disponibles para la atención del sujeto de cuidado

DELEGACION INSTITUCIONAL

Evento adverso

Laceración en mejilla derecha de 0.5cm de longitud.
Falta de respeto frente a la dignidad humana

Adulto mayor, quien asiste al hospital para ser atendido, a quien se le diagnostica Otitis Media Aguda y Faringoamigdalitis por la cual se le prescribe administración de (Penicilina Benzatinica) previa prueba de sensibilidad. Prueba realizada por la auxiliar de enfermería, quien a pesar de observar eritema la confirma negativa con la ayuda de otros auxiliares presentes, mas no con el profesional. La auxiliar administra el medicamento

- Administración de medicamento
- Realización y valoración de procedimientos al sujeto de cuidado
- Toma de decisiones frente a posibles sospechas de efectos adversos de medicamentos
- Ejecución de ordenes medicas

AUTODELEGACION

Shock anafiláctico, paro respiratorio y a pesar de las maniobras de resucitación fallece el sujeto de cuidado

Paciente psiquiátrico, 46 años de edad, internado en la casa de reposo Buena vida, con diagnóstico de retardo mental, quien recibe tratamiento psiquiátrico, el cual fue inmovilizado para que no se autoagrediera, de tal suerte que el paciente en el turno de la noche es encontrado con medio cerpo por fuera de la cama y sujetado por el cuello con una sabana de inmovilizar a la cabecera de la cama produciéndole la muerte. La queja pone en evidencia la irregularidad del servicio prestado por el personal de enfermería.

- Cuidado de enfermería al sujeto de cuidado en condiciones de vulnerabilidad y discapacidad mental
- Realización de procedimientos propios de enfermería (inmovilización de paciente por protocolo)
- Gerencia y administración de servicios de enfermería a los sujetos de cuidado
- Planeación y ejecución de acciones de enfermería dirigidas al sujeto de cuidado
- Identificación de necesidades humanas y fisiológicas del sujeto de cuidado
- Toma de decisiones frente a los sujetos de cuidado
- Administración de medicamentos
- Registros de enfermería en la historia clínica del sujeto de cuidado

AUTODELEGACION

Fallecimiento del sujeto de cuidado por presuntas irregularidades en la inmovilización.

Fuente: Pineda, Claudina. Construcción propia a partir de la información obtenida de los expedientes que reposan en el TDEE, ver anexo B

8.1.1 Situaciones

Las situaciones encontradas están relacionadas con el cuidado dirigido a los siguientes grupos de población:

Tabla 1. Grupos poblacionales afectados por la delegación de cuidado de enfermería según las situaciones estudiadas.

Situaciones	No. Casos
• Gestantes de alto riesgo	1 caso
• Recién nacido parto pre-termino	1 caso
• Adultos mayores	
✓ Mujeres	2 casos
✓ Hombres	3 casos
• Paciente psiquiátrico	1 caso
• Niña	1 caso

Fuente: Pineda, Claudina. Construcción propia a partir de la información obtenida en el cuadro 3

Ahora bien, estos datos permiten observar como las situaciones presentes estuvieron desarrolladas durante el tiempo de hospitalización, es decir que los hechos se dieron en un tiempo, un lugar y un espacio determinado, lo cual permite desde ya tener una posición clara frente a las delimitaciones de la delegación del cuidado. En la lectura de los expedientes se encontró que la delegación del cuidado de enfermería en personal auxiliar obedeció en algunos casos a delegación del profesional de enfermería y en otros casos a la

ausencia de un profesional de enfermería durante la ocurrencia de los hechos en la institución de salud

8.1.2 Cuidado de enfermería delegado

Como se mencionó en la definición operativa de términos, la *delegación* es “la transferencia de la responsabilidad de el cumplimiento de una actividad, conservando el deber de rendir cuentas sobre el resultado”⁶⁸; de esta manera, la delegación del cuidado se entiende como la transferencia de todas aquellas acciones propias del profesional de enfermería al personal auxiliar bajo la supervisión.

Ahora bien, según el artículo 8 del capítulo II de la Ley 911 de 2004:

El profesional de enfermería, con base en el análisis de las circunstancias de tiempo, modo y lugar, podrá delegar actividades de cuidado de enfermería al auxiliar de enfermería cuando, de acuerdo con su juicio, no ponga en riesgo la integridad física o mental de la persona o grupo de personas que cuida y siempre y cuando pueda ejercer supervisión sobre las actividades delegadas.

Como se puede observar en el cuadro número 4, este estudio encontró que las acciones de cuidado realizadas por los auxiliares de enfermería y que corresponden al cuidado de enfermería, son acciones que van desde la canalización de una vena, administración de medicamentos, realización de una curación hasta acciones más complejas como la valoración y seguimiento al sujeto de cuidado en condiciones de alto riesgo, como se puede evidenciar en el caso de la gestante con amenaza de parto pretérmino.

⁶⁸ GARCÍA, Martín. Catalina; MARTÍNEZ, Marín. María Luisa. Historia de la Enfermería. Evolución Histórica del Cuidado enfermero. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/publications/publications/>. Revisado, mayo de 2009

Cuadro 4. Cuidado de enfermería realizado por auxiliares de enfermería

- CUIDADO DELEGADO
- Valoración y seguimiento a sujetos de cuidado de alto riesgo **(1 caso)**
 - Realización de procedimientos como:
 - control y registro de signos vitales, **(9 casos)**
 - canalización de vena **(1 caso)**
 - Inmovilizaciones **(2 casos)**
 - Curaciones **(1 caso)**
 - Valoración de sangrado, entre otros. **(1 caso)**
 - Realización prueba de sensibilidad a la penicilina **(2 casos)**
 - Administración de medicamentos **(3 casos)**
-

*Fuente: Pineda, Claudina. Construcción propia a partir de la información
Obtenida en el cuadro 3.*

Sobre la delegación del cuidado de enfermería existen muchos interrogantes, uno de ellos relacionado con el qué se puede delegar, en este sentido Milos Paulina considera que es necesario hacer una categorización del cuidado de enfermería, en este sentido menciona “la categorización se basa en la evaluación objetiva de las funciones y actividades de la enfermera conforme a las leyes vigentes, a los conceptos de delegación/encargo y a la capacidad resolutoria centradas en el bienestar y seguridad del paciente”⁶⁹. Partiendo entonces de esta premisa, se puede entender que hay una necesidad sentida en el gremio de la enfermería de caracterizar los servicios y las funciones en la praxis de la profesión y en relación con la delegación del cuidado de enfermería es necesario insistir en la supervisión sobre las actividades delegadas a nivel del ejercicio profesional y en las instituciones de salud.

⁶⁹ MILOS, Paulina y col. Categorización de servicios de enfermería. Propuesta para asegurar una atención de calidad en tiempos de escasez de enfermeras. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art03.pdf>. Revisado, abril de 2010

En el caso de la valoración y seguimiento al sujeto de cuidado en condiciones de alto riesgo, la situación de la gestante con amenaza de parto prematuro quien permaneció cuatro días hospitalizada. Después de revisar las notas de enfermería se evidencia que el personal que realizó las valoraciones y registros fue el personal auxiliar de enfermería pese a encontrarse la profesional de enfermería en el servicio. Llama la atención que los registros de enfermería en la historia clínica están firmados por personal auxiliar, se encuentran contradicciones en la valoración de la paciente. El personal auxiliar de enfermería fue quien controló los signos vitales, tomó la frecuencia cardiaca fetal, valoró la presencia o no de sangrado, monitorizó los movimientos fetales, la actividad uterina y la salida de líquido amniótico. Caso en el que la paciente refirió dolor abdominal por cerca de siete horas sin ser valorada por personal médico y que finalizó con un aborto de placenta, (ver Anexo D)

8.1.3 Tipos de delegación

En los expedientes estudiados se encontraron tres tipos de delegación del cuidado de enfermería en personal auxiliar, expuestos en la Tabla 2 y que serán analizados con detenimiento más adelante.

Tabla 2. Tipos de delegación del cuidado de enfermería

Delegación del cuidado de enfermería	Número de casos
Delegación por parte del profesional	2 casos
Delegación por parte de la institución	5 casos
Autodelegación	2 casos

Fuente: Pineda, Claudina. Construcción propia a partir de la información obtenida en el cuadro 3

8.1.4 Consecuencias del cuidado delegado

Las consecuencias que trae la delegación del cuidado de enfermería en el paciente y su familia se observan en el cuadro 5 que se encuentra a continuación.

Cuadro 5. Consecuencias del cuidado delegado

Consecuencias	
	<ul style="list-style-type: none">• Muerte del sujeto de cuidado: tres casos por administración de medicamentos, un caso de muerte perinatal, un caso por inmovilización del sujeto de cuidado.• Percepción de maltrato por parte de la familia del sujeto de cuidado: por inmovilización y causa de flebitis tras la canalización de vena sin la debida técnica aséptica, ver Anexo H.• Amputación del cuarto y quinto dedos del miembro superior derecho tras la canalización de una arteria en vez de una vena.• Fractura de cadera: caída del sujeto de cuidado• Maltrato y lesión en piel en el sujeto de cuidado: La causa lavado brusco por parte del auxiliar de enfermería y actitud amenazante.

Fuente: Pineda Claudina. Construcción propia a partir de la información obtenida en el cuadro 3.

Consecuencias que permiten confrontar la realidad de los hechos con lo contemplado en lo artículo 7 de la ley 911 de 2004 lo cual genera serios interrogantes.

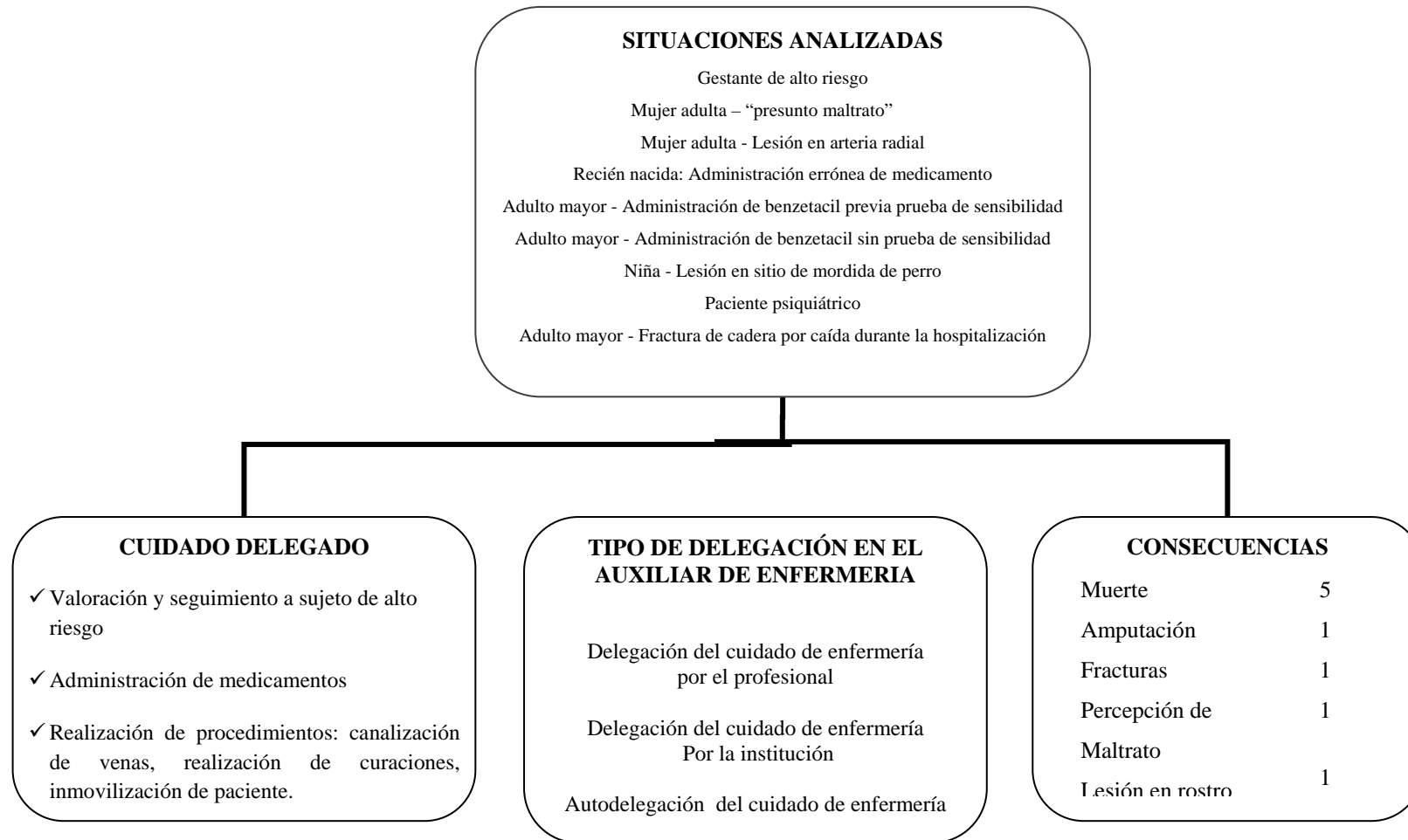
Artículo 7°. El profesional de enfermería solamente podrá responder por el cuidado directo de enfermería o por la administración del cuidado de enfermería, cuando la relación del

Problemas éticos de la delegación del cuidado de enfermería

número de personas asignadas para que sean cuidadas por el profesional de enfermería, con la participación de personal auxiliar, tenga en cuenta la complejidad de la situación de salud de las personas, y sea tal, que disminuya posibles riesgos, permita cumplir con los estándares de calidad y la oportunidad del cuidado.

A continuación en el gráfico No. 1 se aprecia una síntesis de cuidado delegado, tipo de delegación y consecuencias.

Gráfico 1. Situaciones, cuidado delegado, tipo de delegación y consecuencias



Fuente: PINEDA, Claudina. Construcción propia a partir de la información obtenida de los expedientes, ver Cuadro 3, mayo de 2010

8.2 Problemas éticos de la delegación del cuidado de enfermería en personal auxiliar a partir de la vulneración de los principios de la ética profesional

Se analiza en cada uno de los casos, las faltas relacionadas con los ocho principios de la ética profesional en enfermería: autonomía, beneficencia, no-maleficencia, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad. Principios éticos que rigen la práctica de enfermería y que se encuentran enunciados en la ley 911 de 2004, capítulo I, artículo 2^o⁷⁰.

El estudio encontró que no en todos los casos se vulneran los ocho principios éticos como se puede observar en los cuadros

⁷⁰ LEY 911 DE 2004. De los Principios y Valores Éticos, del Acto de Cuidado de Enfermería. artículo 2. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Observatorio/NewsDetail./NewsDetail.aspx?id=14590&IDCompany=5>.

Cuadro 6. Caso: Muerte perinatal

Autonomía	Beneficencia	No maleficencia	Justicia	Veracidad	Solidaridad	Fidelidad
<p>Se desconocieron las necesidades expresadas por la gestante*</p> <p>La Información suministrada a la gestante no fue coherente*</p>	<p>Tanto en el expediente como en la historia clínica de la gestante no se evidencia comunicación y coordinación con el profesional de enfermería del servicio*</p> <p>No se encuentran registros del profesional de enfermería del servicio donde estaba hospitalizada la gestante*</p>	<p>Se evidencian contradicciones en los registros de las valoraciones realizadas a la gestante en relación con la Frecuencia cardiaca fetal, movimientos fetales, presencia de sangrado y salida de líquido amniótico que finalmente desencadenaron la muerte fetal*</p> <p>Se observa falta de eficacia en las acciones de cuidado de enfermería*</p>	<p>No se planearon las acciones de cuidado frente a las necesidades expresadas por la gestante se actuó con indiferencia*</p>	<p>Incongruencia en los registros de enfermería de la historia clínica*</p>	<p>No se evidenció el trabajo en equipo que asegurara la calidad de cuidado dado a la gestante*</p> <p>Se evidencia ausencia del profesional de enfermería en la valoración y seguimiento de la gestante de alto riesgo*</p>	<p>Al parecer se hicieron críticas y comentarios negativos frente a las solicitudes y necesidades de la gestante haciéndole sentir que estaba molestando</p>

Fuente: Pineda, Claudina. Construcción propia a partir de la información obtenida del Expediente No. 002 – 2008 que reposa en el archivo del TDEE.

*Información extraída de los expedientes que reposan en el TDEE

Cuadro 7. Caso: Evento adverso: flebitis, inmovilización, administración de medicamentos

Autonomía	Beneficencia	No maleficencia	Veracidad	Solidaridad	Fidelidad
No se tuvo en cuenta el consentimiento o informado por parte de la familia del sujeto de cuidado*	No hay claridad en relación con el criterio del profesional de enfermería debido a que refirió: "medicamentos que tanto la paciente como la hija no permitían que se aplicaran; nosotros se los administrábamos y se realizaban las respectivas notas de enfermería, teniendo en cuenta que nosotros como enfermeras, llevábamos muy presente el tratamiento ordenado por el médico"*	Según las investigaciones realizadas existió descuido en algunas acciones de cuidado las cuales generaron flebitis por falta de asepsia*	No hay registro de muchas acciones de enfermería* No se observaron los protocolos para inmovilización de sujeto de cuidado*	Ausencia del profesional, lo que pudo generar cierto descuido en el cuidado* No se evidenció el trabajo en equipo que asegurara la calidad de cuidado dado al sujeto*	Se puede pensar que hubo falta de comunicación y diálogo continuo y afable con la paciente y su familiar*

Fuente: Pineda, Claudina. Construcción propia a partir de la información obtenida del Expediente No. 004 - 2009 que reposa en el archivo del TDEE.

*Información extraída de los expedientes que reposan en el TDEE

Cuadro 8. Caso: Evento adverso: amputación de dedo por canalización incorrecta de vena

Beneficencia	No maleficencia	Justicia	Veracidad	Solidaridad	Lealtad
<p>Canalización de vena sin conocimiento y habilidad que lleva a la canalización de una arteria*</p> <p>No hay coordinación ni comunicación con el profesional de enfermería*</p>	<p>Se desconocieron las solicitudes expresadas por el sujeto de cuidado*</p> <p>Se trató de persuadir a la paciente y su familia que el procedimiento estaba correcto y que nada había sucedido*</p>	<p>Tras la realización de procedimiento no se asume la posibilidad de haber cometido un mínimo de error frente a la venopunción realizada al sujeto*</p>	<p>Hubo fallas en los registros, en la historia clínica no cuenta lo sucedido “no queda registro incidente en la historia clínica del sujeto*</p>	<p>Hubo realización de acciones de cuidado, pero que a la vez estas no fueron planeadas ni ejecutadas en equipo lo cual pudo ser la causa de contratiempos que restaron la calidad al cuidado brindado a la paciente*</p>	<p>No se realizaron acciones de cuidado seguras para evitar al máximo los errores que pongan en peligro la vida del sujeto, según el caso se podría pensar que faltó cuidado en el momento de realizar dicho procedimiento*</p>

Fuente: Pineda, Claudina. Construcción propia a partir de la información obtenida del Expediente No. 0085 – 2008 que reposa en el archivo del TDEE.

*Información extraída de los expedientes que reposan en el TDEE

Cuadro 9. Caso: Evento adverso: Fractura de cadera por caída

Beneficencia	No maleficencia	Justicia	Solidaridad
Se dejó solo al sujeto de cuidado, sin tomar las medidas para evitar la caída del sujeto de cuidado*	Se ocasionó en una parte de su cuerpo "fractura de cadera se causó daño y sufrimiento al paciente y a su familia faltaron medidas preventivas en cuanto el sujeto era de la tercera edad, se supone que debía estar acompañado por su limitación física*	Al parecer hubo trato hostil, fuerte al sujeto "la enfermera encargada de atender a mi papá se presentó bastante hostil, de poco tacho y fuerte carácter" Se puede pensar que no se ejecutaron acciones de cuidado teniendo en cuenta las necesidades del sujeto de cuidado* (tercera edad)	Hubo indiferencia frente a las necesidades del paciente no se le brindo ayuda oportuna* Faltó mayor planeación de las acciones de cuidado conjuntas*

Fuente: Pineda, Claudina. Construcción propia a partir de la información obtenida del Expediente No. 0092 – 2008 que reposa en el archivo del TDEE.

*Información extraída de los expedientes que reposan en el TDEE

Cuadro 10. Caso: Evento adverso: Fallecimiento del sujeto de cuidado

Beneficencia	No maleficencia	Justicia	Veracidad	Solidaridad	Fidelidad
Administración de medicamento se realizó sin tener en cuenta la indicación médica*	Se ocasiona la muerte al sujeto Se privó al paciente del derecho a la vida*	Hubo fallas frente a la planeación y ejecución de acciones de cuidado de acuerdo a las necesidades del sujeto*	Violación de protocolo* Hubo incoherencia en los registros de enfermería * No se tuvo en cuenta el manual de funciones del profesional en cuanto a la administración de medicamento*	Faltó planeación y ejecución conjunta para la administración del medicamento ya que la auxiliar lo administras sin contar con la jefe*	Se engañó no de forma intencionada al sujeto por arte de la institución ya que no se cumple con personal autorizado y contratado para realización de procedimientos*

Fuente: Pineda, Claudina. Construcción propia a partir de la información obtenida del Expediente No. 0091 - 2008 que reposa en el archivo del TDEE.

*Información extraída de los expedientes que reposan en el TDEE

Cuadro 11. Caso: Muerte de recién nacida prematura por administración de medicamento equivocado

Beneficencia	No maleficencia
Realización de una actividad propia del profesional de enfermería	Muerte ocasionada a la bebe como consecuencia de la administración de medicamento equivocado
Aadministración equivocada de medicamento a bebe de 14 días de nacida*	(adrenalina) en lugar de Vitamina K*
	Se desconocieron los 5 correctos para la administración de medicamentos actuando de forma mecánica*

Fuente: Pineda, Claudina. Construcción propia a partir de la información obtenida del Expediente No. 0074 – 2008 que reposa en el archivo del TDEE.

*Información extraída de los expedientes que reposan en el TDEE

Cuadro 12. Caso: Evento adverso por lavado en sitio de mordedura de perro

Autonomía	Beneficencia	No maleficencia	Justicia	Veracidad	Solidaridad	Lealtad
Se ignora la petición del padre frente al sufrimiento de su hija la respuesta por parte de la auxiliar fue un poco autoritaria*	Irregularidades en la calidad del cuidado dado a la menor, caso en el que se obra mal y se ocasionó maltrato a la menor*	Se ocasionó daño y sufrimiento a la menor (herida a mayor tamaño tras el procedimiento realizado)* Se ofendió la dignidad de la menor debido al trato degradante por parte de quien presta el servicio*	No hubo valoración sobre de las necesidades de la menor, pudiendo así evitar ocasionar el daño y haber propiciado la satisfacción de las mismas con un trato diferente*	Incoherencia en el registro de enfermería en la historia clínica*	faltaron acciones de defensa y protección de los derechos de la menor por parte de quien presta el servicio*	Hubo una falta de conciencia en la auxiliar en el momento de prestar cuidados a la menor

Fuente: Pineda, Claudina. Construcción propia a partir de la información obtenida del Expediente No. 0068 - 2008 que reposa en el archivo del TDEE.

*Información extraída de los expedientes que reposan en el TDEE

Cuadro 13. Caso: Evento adverso: Muerte de sujeto de cuidado por administración de medicamento

Beneficencia	No maleficencia	Veracidad	Solidaridad
Lectura incorrecta de la prueba de sensibilidad*	Se causó daño, sufrimiento y muerte al sujeto de cuidado*	Faltó planeación conjunta con el profesional para administración de medicamento y verificación de la prueba de sensibilidad*	Se desconoció al profesional de enfermería para la realización de la prueba de sensibilidad y la administración del medicamento*
Realización de una actividad propia del profesional de enfermería: Prueba de sensibilidad y administración de un medicamento*	Se actuó sin tener el conocimiento y la habilidad en la realización de la prueba de sensibilidad y ante los posibles riesgos de la administración del Benzetacil*		
	Tecnidad de las acciones ejecutadas por el auxiliar*		

Fuente: Pineda, Claudina. Construcción propia a partir de la información obtenida del Expediente No. 0031- 2006 que reposa en el archivo del TDEE.

*Información extraída de los expedientes que reposan en el TDEE

Cuadro 14. Caso: Evento adverso: muerte del sujeto de cuidado por inmovilización

Beneficencia	No maleficencia	Veracidad	Solidaridad	Lealtad
Se inmovilizó al sujeto de cuidado desconociendo la Solicitud de observar al sujeto de cuidado*	Realización de inmovilización insegura para el sujeto de cuidado* Se actuó sin comunicar y coordinar con el profesional de enfermería la situación del sujeto de cuidado* No se tuvo en cuenta los protocolos de la institución para inmovilización del sujeto*	Hubo falta a la verdad en cuanto a lo sucedido, la forma y la hora* Falsificación de documento legal, se evidenció ambigüedad en los registros de enfermería* Se trató de ocultar el hecho y las circunstancias*	Se desconoció en el sujeto de cuidado, que la causa de su ansiedad, inquietud, llanto y agresividad se originaba por sentir frío, como ocurrió la noche en que el sujeto de cuidado se encontraba inmovilizado y como consecuencia murió*	Faltó abogar por los derechos del paciente ya que se encontraba limitado en el ejercicio de su autonomía*

Fuente: Pineda, Claudina. Construcción propia a partir de la información obtenida del Expediente No. 0065 – 2007 que reposa en el archivo del TDEE.

*Información extraída de los expedientes que reposan en el TDEE

A partir de lo observado en cada uno de los casos expuestos, se pueden mencionar los problemas éticos en relación con la vulneración de los principios así:

Cuadro 15. Problemas éticos, principios vulnerados

Principios vulnerados	Problemas éticos
Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento de las necesidades del sujeto • Incoherencia en el suministro de la información • No se tiene en cuenta el consentimiento informado por parte de la familia y del sujeto
Beneficencia	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de comunicación y coordinación entre los auxiliares y el profesional • No hubo claridad en relación con el criterio de enfermería en la realización de procedimientos • Se trató de persuadir al sujeto de cuidado o a su familia • No se tomaron medidas necesarias para evitar la consecución de eventos adversos • Hubo administración de medicamentos sin tener en cuenta las indicaciones médicas y los protocolos para este fin • Se observa irregularidad en la calidad del cuidado brindado • Realización de procedimientos inseguros para el sujeto de cuidado (inmovilización, canalización de vena, curaciones)
No maleficencia	<ul style="list-style-type: none"> • Se causa daño, sufrimiento y muerte al sujeto de cuidado • Hay ofensas frente a la dignidad del sujeto de cuidado debido al trato amenazante por parte de quien presta el servicio • Se actuó sin el debido conocimiento y la habilidad en la realización de procedimientos • No se tuvo en cuenta la observación de los protocolos de la institución • Se evidencian contradicciones en los registros de las valoraciones realizadas al sujeto
Justicia	<ul style="list-style-type: none"> • No se tuvo en cuenta la planeación de acciones de cuidado acordes con las necesidades expresadas por el sujeto • Hubo fallas a la hora de reconocer que se pudo haber cometido un mínimo de error • Se observa un trato hostil y duro con el sujeto de cuidado • No hubo valoración suficiente de las necesidades del sujeto
Veracidad	<ul style="list-style-type: none"> • Hubo faltas a la verdad en cuanto a lo sucedido, la forma y la hora de los hechos • Falsificación de documento legal, ambigüedad en los registros de enfermería • Se trató de ocultar el hecho y las circunstancias • No se tuvo en cuenta los protocolos de la institución, ni el manual de funciones del profesional

<p>Solidaridad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incongruencia en los registros de la historia clínica • No se evidenció trabajo en equipo que asegurara la calidad del sujeto • Se presume que hubo ausencia del profesional de enfermería en la valoración y seguimiento del sujeto • Se puede pensar que hubo indiferencia frente a las necesidades del sujeto, no se le presta ayuda • Cuando no hay acciones de defensa y protección de los derechos del paciente
<p>Lealtad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando no se aboga por los derechos del sujeto cuando se encuentra limitado • Faltas de conciencia en el momento de prestar cuidado al sujeto
<p>Fidelidad</p>	<p>De la institución hacia el sujeto de cuidado y su familia</p>

Fuente: Pineda, Claudina. Construcción propia a partir del análisis de los problemas éticos en relación con los principios vulnerados

Estos datos permiten observar cómo los problemas éticos identificados en la delegación del cuidado de enfermería vulneran los ocho principios éticos, indicador que llama la atención sobre qué puede estar sucediendo en el interior del *situs* de enfermería y/o en la forma como se está gerenciando el cuidado de enfermería, en este caso a través del análisis de los nueve casos se puede observar que los principios más vulnerados son los de beneficencia y no maleficencia, seguido del principio de solidaridad, le sigue el de veracidad; a continuación el de justicia y los principios de autonomía, lealtad y fidelidad. De esta forma se pueden identificar claramente que los principios de beneficencia y no maleficencia son los más vulnerados en la delegación del cuidado de enfermería, situación que permite pensar que al no haber una debida planeación y organización del cuidado, seguido de una comunicación asertiva entre el profesional y el auxiliar de enfermería aumenta la frecuencia y causalidad de violación a los principios que comprometen la vida y la integridad del sujeto. A continuación se presenta la tabla 2 que muestra la frecuencia de vulnerabilidad de los principios con relación a los problemas éticos.

Tabla 3. Casos y principios éticos vulnerados

Principio ético	Número de casos que vulneran el principio ético
Autonomía	3 casos
Beneficencia	9 casos
No-Maleficencia	9 casos
Justicia	5 casos
Veracidad	7 casos
Solidaridad	8 casos
Lealtad	3 casos
Fidelidad	3 casos

Fuente: Pineda, Claudina. Construcción propia a partir del análisis de los

Principios éticos en los nueve casos

8.3 Problemas éticos de la delegación del cuidado de enfermería en personal auxiliar en relación con el tipo de delegación

Según Milos y col. Es fundamental clarificar la “categorización de servicios de enfermería y delegación/encargo de determinados servicios a las demás ocupaciones del *situs*”⁷¹ y dado que el *situs* de la enfermería está conformado por un componente clave en la gestión del cuidado, se puede decir que la delegación es una forma de gerenciar el cuidado, pues no se puede delegar sin antes haber hecho un análisis serio de lo que se quiere y puede delegar, a quien se le va a delegar y

⁷¹ *Ibíd.*, p. 19.

quien va a ser el afectado por dicha delegación. Por tanto, la gestión del cuidado de enfermería es una acción “int transferible en cuanto se requiere de criterios profesionales desde el momento en que se planifica hasta su ejecución; estos criterios deben responder a los estándares éticos, técnicos y científicos de la profesión”⁷². En las situaciones analizadas la delegación del cuidado de enfermería en personal auxiliar de enfermería se realizó por designación de diferentes sujetos. En este caso y de acuerdo a los expedientes analizados la delegación del cuidado se dio en algunos casos por delegación del profesional (2 casos), por delegación de la institución (5 casos), y por autodelegación del personal auxiliar (2 casos), como se observa en el cuadro 2

8.3.1. Delegación del cuidado de enfermería por parte del profesional en personal auxiliar

Como se mencionó con anterioridad, de los nueve casos o situaciones analizadas se encontró solamente dos casos de delegación del cuidado por parte del profesional de enfermería, uno de forma directa es decir cuando se da la orden de ejecutar acciones de cuidado determinado y otro de forma indirecta como se puede analizar en el caso de la gestante de alto riesgo donde el profesional quizá apoyado en el principio de confianza deja que auxiliar de enfermería ejecute acciones propias como: valoración del sujeto, toma y seguimiento de signos vitales, identificación de signos de alarma (sangrado, movimientos fetales, salida de líquido amniótico, actividad uterina), realización de prueba de sensibilidad a la penicilina y administración de medicamentos etc., ver Anexo D.

De igual manera se identifican casos de maltrato por el o los auxiliares de enfermería hacia el sujeto de cuidado como por ejemplo durante la canalización de vena, con la inmovilización del sujeto de cuidado, en el cuestionamiento de los sujetos de cuidado cuando refieren presentar algún tipo de dolor, minimizando e ignorando sus quejas. Ver Anexo E.

Las razones por las cuales se realizó la delegación del cuidado de enfermería no están establecidas en los expedientes, pero de acuerdo con la teoría se puede

⁷² *Ibíd.*

pensar que entre las causas más comunes se encuentran la sobrecarga laboral que tiene el profesional, las responsabilidades de tipo administrativo, las formas de contratación y remuneración, tal vez el exceso de confianza, la permisividad que a veces se puede tener y hasta la falta de previsión por la rutinización del cuidado.

Estas situaciones plantean nuevos interrogantes sobre el procedimiento y la claridad en el momento de realizar la delegación en términos de estándares éticos, jurídicos y científico-técnicos, que sólo se alcanzan con una formación superior impregnada de la tradición y evolución histórica de la enfermería”⁷³ y nos interrogan también sobre el paradigma existente en la práctica de enfermería en las instituciones de salud de todos los niveles de complejidad, finalmente otro aspecto sobre el que es importante llamar la atención es la existencia de responsabilidad que tiene para el delegable dar cuenta de cómo está ejecutando dicha acción.

8.3.2 Delegación del cuidado por parte de la institución

El estudio encontró cinco casos de delegación por parte de la institución de salud que se caracterizan por:

- Permitir que los auxiliares de enfermería realicen acciones de cuidado de enfermería a pesar de la presencia de profesionales de enfermería
- Contar únicamente con uno o dos profesionales de enfermería prestando el servicio social obligatorio por un tiempo limitado.
- No contratar profesionales de enfermería de planta o en contrato de prestación de servicios, si tuación que indica como las instituciones de salud que no contratan profesionales de enfermería delegan la totalidad del cuidado de enfermería en los auxiliares de enfermería.

En la revisión de los expedientes se encontró una de las versiones libres y espontáneas de un profesional en servicio social obligatorio frente a la situación ocurrida en la institución de salud donde se encuentra laborando, en esta versión

⁷³ MILOS, Paulina y col. Categorización de servicios de enfermería. Propuesta para asegurar una atención de calidad en tiempos de escasez de enfermeras. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art03.pdf>. Revisado, abril de 2010

libre el T DEE le preguntó al profesional *¿Quién asigna o delega las funciones a las auxiliares con respecto al cuidado de enfermería?*, *Respuesta:* “A pesar de que el jefe inmediato es el profesional en servicio social obligatorio, este no cuenta con la autonomía suficiente para delegar las funciones, sino que es el gerente quien también delega funciones al personal auxiliar de enfermería, de hecho yo veía que las auxiliares realizaban funciones propias del profesional de enfermería incluyendo las de vacunación, meses anteriores se había presentado el caso de dos niños a quienes se les había enquistado la vacuna, motivo por el cual la secretaria de salud me llamó la atención al reportarse eventos adversos a vacunación”.

En el actual sistema de aseguramiento privado en manos del tercer sector (cooperativas) se ha legitimado la práctica frecuente de contención de costos, que ha motivado a muchas instituciones prestadoras de servicios de salud a contratar mayor personal auxiliar de enfermería para que asuma el cuidado de enfermería todo con el fin de reducir los costos e incrementar la eficiencia, como lo menciona la Organización Panamericana de la Salud en el 2005 y Milos enfermera chilena, “La escasez de enfermeras pone en riesgo una atención de enfermería integral, segura y de calidad. En efecto, se observa con mayor frecuencia que profesionales de otras disciplinas, y también auxiliares y técnicos, asumen funciones de la enfermera que importan un criterio profesional”⁷⁴

8.3.3 Auto delegación por parte del auxiliar de enfermería.

El análisis de los expedientes permitió identificar dos casos por Autodelegación del cuidado los cuales se caracterizan porque:

- a) El profesional permitió o promovió la realización del cuidado por el auxiliar de enfermería, cuando el cuidado es su responsabilidad

⁷⁴ MILOS, Paulina y col. Categorización de servicios de enfermería. Propuesta para asegurar una atención de calidad en tiempos de escasez de enfermeras. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art03.pdf>. Revisado, abril de 2010

- b) El personal auxiliar posiblemente identifica falta de liderazgo del profesional decide realizar las acciones de cuidado
- c) Cuando el auxiliar pese a que sabe que es una acción de cuidado única del profesional decide ejecutarla

En los dos casos analizados se constató la presencia del profesional.

A continuación se presenta la forma de cómo se da la autodelegación en cada uno de los casos. En el primer caso, ver cuadro 3, el personal auxiliar administra medicamento (penicilina cristalina) previa prueba de sensibilidad. Caso en el que se identifica que en ningún momento las auxiliares cuentan con el profesional para la verificación de la prueba de sensibilidad, y para la administración del medicamento. Para mayor claridad de lo sucedido se presenta parte de la versión espontánea del profesional, por entonces en servicio social obligatorio, ver anexo E:

“Al escuchar el grito de la auxiliar corrí de inmediato al lugar y encontré a un señor en paro cardiorrespiratorio, iniciamos las maniobras de resucitación con la Dr. yo no conocía al paciente ya que las Auxiliares fueron las que realizaron la pre consulta y conocían el motivo de consulta del paciente.

Después en la versión de las auxiliares: la Dr. ordena 2.400.000UI IM de penicilina cristalina al paciente, la fórmula es entregada al paciente para que se dirija a farmacia y reclame el medicamento, él lo trae y se lo da la auxiliar quien realiza la prueba de sensibilidad y pide que espere un tiempo de 15 minutos. Pasado este tiempo la auxiliar valora la prueba y evidencia eritema, la cual pide verificación de si es o no positiva a otras dos auxiliares que se encuentran en el servicio quienes confirman que la prueba es negativa a pesar del eritema y administra el medicamento al paciente”.

Pregunta del Magistrado/a del T DEE al profesional: *¿Usted había informado a la auxiliar de enfermería que ante cualquier aprueba quien la verifica la es la jefe?*

Respuesta. “Si”

En el segundo caso, ver cuadro 3, el personal auxiliar recibe turno en la noche, en el que se observan al paciente inmovilizado, según la versión libre de los auxiliares: Pregunta: *¿Cómo recibieron al paciente en la entrega de turno?* Respuesta: “Inmovilizado de la cintura y brazos, los nudos del cuello estaban un poco sueltos, amarrado a la cabecera de la cama”, ver anexo G.

En el caso se evidencia que el personal auxiliar no da aviso al profesional de turno sobre las condiciones del sujeto de cuidado, y no se toman medidas al respecto y en un acto de descuido por parte del personal auxiliar el sujeto de cuidado se ahorca y muere.

A continuación el cuadro, recoge los problemas éticos en relación a la delegación del cuidado de enfermería presentados en los casos analizados.

Cuadro 16. Problemas éticos en relacionados con los tipos de delegación del cuidado de enfermería en personal auxiliar

Tipos de delegación	Problemas éticos
Delegación por parte del profesional	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Muerte del sujeto de cuidado por administración de medicamentos, amputaciones y valoración de sujeto de alto riesgo ➤ Amputación de algún miembro de su cuerpo o parte de sus miembros (cuarto y quinto dedo de la mano derecha) ➤ Fracturas por caídas de cama, como en el caso analizado
Delegación por parte de la institución	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Percepción de Maltrato al sujeto de cuidado y a la familia parte del personal de enfermería ➤ Lesiones de piel tras la realización de curaciones como en el caso analizado sobre lesión en rostro por lavado en sitio de mordedura de perro
Autodelegación	

Fuente: Pineda Claudina. Construcción a partir de la información obtenida de los expedientes, ver Cuadro 3. Mayo de 2010

8.4 Tipos de resolución de cada caso dado por el Tribunal Ético Departamental de Enfermería

A continuación se presenta el tipo de resolución, considerada por el TDEE para cada uno de los casos estudiados y analizados, en este sentido cada resolución conferida por la sala probatoria de primera instancia esta fundamentada en la Ley 911 de 2004, Título V, Capítulo I, en sus artículos 42 numeral 1 y 48 que rezan:

Artículo 42

“Solo será sancionado el profesional de enfermería cuando por acción u omisión, en la práctica de enfermería, incurra en faltas a la ética o a la deontología contempladas en la presente Ley “

Artículo 48.

“El Tribunal Departamental Ético de Enfermería se abstendrá de abrir investigación formal o dictar resolución de preclusión durante el curso de la investigación, cuando aparezca demostrado que la conducta no ha existido o que no es constitutiva de falta deontológica o que el profesional de enfermería investigado no la ha cometido o que el proceso no puede iniciarse por haber muerto el profesional investigado, por prescripción de la acción o existir cosa juzgada de acuerdo con la presente ley. Tal decisión se tomará mediante resolución motivada contra la cual proceden los recursos ordinarios que podrán ser interpuestos por el Ministerio Público, el quejoso o su apoderado

Cuadro 17. Resolución conferida

Caso	Resolución conferida
Muerte perinatal	Resolución inhibitoria*
Flebitis, inmovilización, administración de medicamentos	Primera instancia: Resolución Inhibitoria Segunda instancia: por apelación regresa el caso a la primera instancia en lo relacionado con las profesionales de enfermería involucradas
Amputación de dedo por canalización incorrecta de vena	Resolución inhibitoria*
Evento adverso: Fractura de cadera por caída	Resolución inhibitoria*
Fallecimiento del sujeto de cuidado	Resolución inhibitoria*
Muerte de recién nacida prematura por administración de medicamento equivocado	Resolución inhibitoria*
Lesión en rostro por curación en sitio de mordedura de perro	Resolución inhibitoria*
Muerte de sujeto de cuidado por administración de medicamento	Resolución inhibitoria*
Muerte del sujeto de cuidado por inmovilización	Resolución inhibitoria*

***Resolución inhibitoria** es un fallo que se profiere por: competencia, no cobija por la ley al sujeto (Auxiliares de enfermería) **Legalidad**, los hechos sucedieron antes de entrar en vigencia la Ley 9 11 de 2 004; **correspondencia**, no corresponde al ente jurídico, (fiscalía u otro tribunal)

Fuente: Pineda, Claudina. Construcción a partir de los expedientes que reposan en los archivos del TDEE, ver anexo B

Decisiones que permiten ver como en las nueve situaciones presentadas, solo en el caso de muerte perinatal se presenta apelación a segunda instancia, dado que la sala plena considera que pueden obrar pruebas suficientes en el expediente que permitan establecer responsabilidades por omisión en el proceso de cuidado; el

resto de casos reciben resolución inhibitoria dado que quienes incurren en faltas a la ética no poseen el título de profesionales, título que otorga la competencia de este Tribunal. El sendero por seguir es hacer por parte de la institución la indagación, control y sanciones que se deben ajustar a los parámetros internos de dicha institución, a la cual prestan los servicios las disciplinables. (Tomado textualmente del expediente)

En los nueve casos analizados ochos de ellos reciben resolución inhibitoria, de acuerdo con la Ley 911 de 2004, ya que quienes incurrieron en la mayoría de los hechos no son profesionales sino auxiliares de enfermería, realidad alarmante que afecta a los sujetos de cuidado y a sus familias con acciones de cuidado delegadas y ejecutadas por personal auxiliar. Dado el análisis de las resoluciones obtenidas, urge en Colombia una Ley que sancione al personal auxiliar en enfermería como lo evidencian las situaciones presentadas, así mismo asegurar que el TD EE retroalimente a las instituciones sobre las situaciones presentadas a fin de que esto sirva de corrección y prevención, como la ley 911 menciona que hacen parte de las sanciones los ejercicios pedagógicos que deberá realizar y presentar el personal de enfermería que haya incurrido en faltas contra la ética, es necesario buscar medios para socializarlos.

CONCLUSIONES

En términos generales se puede concluir que tras la delegación del cuidado de enfermería se identificaron múltiples problemas éticos, a partir de la vulneración de los ocho principios éticos de la profesión, que si a bien se tiene comprometen la vida y dignidad del sujeto de cuidado o así como la tranquilidad de sus familias. Posiblemente, la vulneración de estos principios deontológicos se deba a una carencia en la formación profesional, a falta de educación continua o a la ausencia de espacios reflexivos que contribuyan con la formación de criterio profesional más allá del cuerpo de conocimientos únicamente.

Situaciones, cuidado de enfermería delegado, tipo de delegación y consecuencias de la delegación del cuidado de enfermería: En primer lugar, en su mayoría las situaciones identificadas se desarrollaron en Bogotá, Cundinamarca, Boyacá y Casanare, cinco de ellas hacen referencia a pacientes hospitalizados y cuatro a pacientes que ingresan por consulta externa, de las nueve situaciones cinco de ellas terminaron con la muerte de los sujetos de cuidado, tres con lesiones en la integridad física y una con percepción de maltrato por parte de la familia.

Las acciones de cuidado delegadas fueron: valoración y seguimiento a sujetos en alto riesgo, administración de medicamentos y realización de prueba de sensibilidad de la penicilina y realización de procedimientos (canalización de venas, curaciones e inmovilizaciones). En relación con el tipo de delegación se identificaron tres: Delegación por el profesional de enfermería, delegación por parte de la institución y auto delegación del cuidado, encontrándose cinco casos por delegación institucional cuyas consecuencias fueron dos muertes, una fractura de cadera, una amputación y lesión en piel.

Siguiendo a la enfermera Chilena Paulina Milos es necesario analizar la conformación del “situs” que hace referencia al quehacer profesional, jerarquizándolo.

Principios éticos vulnerados con la delegación del cuidado de enfermería en personal auxiliar: Al analizar las nueve situaciones se vulneraron la totalidad de los principios, en el análisis individual de cada una de las situaciones se encuentra la vulneración de algunos principios. Los principios más afectados son los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Llamaron la atención las situaciones relacionadas con faltas a los principios de veracidad (7), solidaridad (8), lealtad (3) y fidelidad (3).

Problemas éticos de la delegación del cuidado de enfermería en relación con el tipo de delegación: Como ya se mencionó la delegación del cuidado de enfermería en auxiliares de enfermería vulnera los principios éticos del cuidado de enfermería con consecuencias nefastas para el sujeto de cuidado y su familia, en este estudio se identificaron algunas posibles explicaciones sobre el porqué se delega el cuidado de enfermería en personal auxiliar.

En el caso de la delegación por parte del profesional, las razones por las cuales se realizó la delegación del cuidado de enfermería no están establecidas en los expedientes, pero de acuerdo con la teoría se puede pensar que entre las causas más comunes se encuentran la sobrecarga laboral que tiene el profesional, las responsabilidades de tipo administrativo, las formas de contratación y remuneración, tal vez el exceso de confianza, la permisividad que a veces se puede tener y hasta la falta de previsión por la rutinización del cuidado. De igual forma se puede pensar en la delegación como un acto frente al principio de confianza.

El estudio encontró dentro de las situaciones de delegación por parte de la institución de salud, las siguientes características:

- Permitir que los auxiliares de enfermería realicen acciones de cuidado de enfermería a pesar de la presencia de profesionales de enfermería en la institución
- Contar únicamente con uno o dos profesionales de enfermería prestando el servicio social obligatorio por un tiempo limitado.
- No contratar profesionales de enfermería de planta o en contrato de prestación de servicios, si tuación que indica como las instituciones de salud que no contratan profesionales de enfermería delegan la totalidad del cuidado de enfermería en los auxiliares de enfermería.

En la auto delegación se encontró que el profesional: a). permitió o promovió la realización del cuidado por el auxiliar de enfermería, cuando el cuidado es su responsabilidad, b) el personal auxiliar posiblemente identifica falta de liderazgo del profesional y decide realizar las acciones de cuidado, c), cuando el auxiliar pese a que sabe que es una acción de cuidado única del profesional decide ejecutarla.

Finalmente este estudio llama la atención sobre el tipo de fallo del Tribunal Ético Departamental en todas las situaciones analizadas, si bien es cierto, los fallos fueron en su totalidad de resolución inhibitoria debido a que son fallos que se profieren por: **competencia**, cuando la ley no cubre al sujeto (Auxiliares de enfermería) **Legalidad**, los hechos sucedieron antes de entrar en vigencia la ley 911 de 2004; **correspondencia**, no corresponde al ente jurídico, (fiscalía u otro tribunal)

... Al final la situación denunciada por el sujeto de cuidado o la familia queda sin sanción, sin seguimiento y sin respuesta. Peor aún se siguen presentando múltiples situaciones que siguen comprometiendo la vida y la integridad del sujeto de cuidado. Urge en Colombia la existencia de una Ley que sancione al personal auxiliar como lo evidencian las situaciones analizadas y así mismo asegurar que el Tribunal retroalimente a las Instituciones sobre las situaciones presentadas a fin de que esto sirva de corrección y prevención como lo menciona la Ley...

10. RECOMENDACIONES

A las facultades de enfermería de país responsables de la formación de los profesionales en enfermería, asegurar la formación ética a los estudiantes desde el inicio de la carrera y hacer jurisprudencia con los estudiantes de los casos más frecuentes de faltas contra la ética.

A los profesionales de enfermería, hacer realidad lo expresado en la ley 911 de 2004 art. 26: crear “espacios para la reflexión ética sobre las situaciones cotidianas de la práctica y los problemas que inciden en las relaciones en el ejercicio profesional en las instituciones de salud, de educación y en organizaciones empresariales y gremiales”.

A mis compañeros de carrera que siempre tengamos presente: el trabajo humanizado y humanizante, el respeto mutuo y el colegaje, el compromiso, la identidad y lealtad con la profesión, la autoformación y la investigación permanentes para fundamentar a la luz de la ciencia el ejercicio profesional.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARO CANO, María del Carmen MSc. Historia. *Florence Nightingale*, la primera gran teórica de enfermería. Rev. Cubana Enfermería 2004

BONILLA CASTRO, Elssy; RODRÍGUEZ SEHK, Penélope. La Investigación en las Ciencias Sociales. Más allá del Dilema de los Métodos. Facultad de Economía Universidad de los Andes. Abril de 1995. ISBN: 958-95744-0-8.

BONILLA CASTRO, Elssy; RODRÍGUEZ SEHK, Penélope. La Investigación en las Ciencias Sociales. Más allá del Dilema de los Métodos. Segunda Edición 1997. Primera Reimpresión, abril de 2000. ISBN 958-9057-72-1.

CERD GUTIERREZ, Hugo. Los elementos de la Investigación. Cómo Reconocerlos, Diseñarlos y Construirlos. Segunda Edición, 1995. ISBN 9589023657

CORTINA, Adela. El Mundo de los Valores “Ética Mínima” y “Educación”. Tomando el Pulso a Nuestros Valores. ISBN: 958-9482-06-6. Págs. 73-90, 2003.

CONGRESO DE COLOMBIA. LEY 911 DE 2004. De los Principios y Valores Éticos del Acto de Cuidado de Enfermería.

GRUPO DE CUIDADO. Dimensiones del Cuidado. Conceptualización e Interpretaciones del Cuidado. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. 1997. ISBN: 958-8051-22-3. Págs. 8-10.

GAFO Fernández, Francisco Javier. Ética y Legislación en Enfermería. Estudio de casos. ISBN: 84-7991-017-8. Editorial Universitas. 1994. Pág. 24.

GONZÁLEZ ÁLVAREZ, Luis José. Ética Latinoamericana. Santa fé de Bogotá, D.C., 1997.

HEIDEGGER, Martín. El Ser y el Tiempo. El cuidado como Modo-de-Ser esencial. Traducción de José Gaos, FCE, Madrid, 2000. Pág. 214

KORNBLIT, Ana Lía. Metodologías Cualitativas en Ciencias Sociales. Modelos y Procedimientos de Análisis. Segunda Edición, Buenos Aires, 2007. ISBN 950-786-415-6.

LEÓN ROMAN, Carlos Agustín MSc. Reflexión y debate Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Almejeiras. Enfermería ciencia y arte del cuidado. Rev. Cubana Enfermería 2006.

LEXIS NEXIS. Jurisprudencia Argentina. Bioética. Director: Alejandro P.F. Tuzio. ISBN 987-1016-38-7/Buenos Aires/23 de Julio 2003/JA 2003-III, fascículo N.º 4.

MARSICO Gaia. Bioética Voces de Mujeres. Madrid España, 2003. ISBN 84-277-1435-1

OGUISSO, Taka. Reflexiones sobre Ética y enfermería en América Latina. VOL: 15 N.º 52-53, 2006. Índice de enfermería ISSN 1132- 1296. Disponible en: F:\Backup\Index de Enfermería - Reflexiones sobre Ética y Enfermería en América Latina.mht. Revisado: 12-04-2010. Hora: 8:35 a.m.

QUINTANILLA, Miguel Ángel. Breve Diccionario Filosófico. Pág. 91,92. Editorial Verbo Divino, 1991. ISBN 8471517099.

RESOLUCIÓN 1995 DE 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

TORRALBA, Roselló Francesc. Antropología del Cuidar. La Persona una Estructura Pluridimensional, 1998. ISBN: 84-7100-842-4. Págs. 109-118.

UGALDE, Antonio; HOMEDES, Nuria. Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol.17 n.º 3 Washington Mar. 2005.

VASILACHIS de GALINDO, Irene (Coord). Estrategias de Investigación Cualitativa. Primera Edición, Barcelona, noviembre de 2006. ISBN 84-9784-173-5.

EN LA WEB

AMARO, Cano. María del Carmen y col. Principios Básicos de la Bioética. Revista cubana de enfermería. Vol., 12 No. 1. La Habana ene-dic., 1996. ISSN: 0864-0319. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03191996000100006&script=sci_arttext. Revisado: Marzo de 2010. Hora: 08:44 am

AYALA, Raúl Gustavo, Ph.D. El Planteamiento del Problema de Investigación. Universidad autónoma Gabriel René Moreno. Disponible en: <http://www.slideshare.net/napa/el-problema-de-investigación>. Revisado: Noviembre 14 de 2008. Hora: 08:07 a.m.

BERNATE Ochoa, Fernando. Responsabilidad Penal Médica, Trabajo en Equipo y Principio de Confianza. 2008. Disponible en: <http://www.umng.edu.co/docs/revderecho/rev1de2008/RespMedica.pdf>. Revisado Abril 10 de 2010. Hora: 13:55 p.m.

BOFF, Leonardo. El cuidado esencial. Ética de lo humano. El "Cuidado": Ethos de lo Humano. Editorial Trotta, Madrid, 2002. Págs. 29-36.

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS. Foro del CIE sobre la fuerza de trabajo. Preparado por la Asociación de Enfermeras del Canadá y la Federación Canadiense de Sindicatos de Enfermeras. Ottawa, Canadá, 17-18 de septiembre de 2001. Disponible en: <http://www.icn.ch/forum2001overviewsp.pdf>.

Filosofía Medieval y Moderna. Ética Formal. Disponible en: <http://www.e-torredebabel.com/Historia-de-la-filosofia/Filosofiamedievalymoderna/Kant/Kant-EticaFormal.htm>. Revisado: Octubre 1 de 2008. Hora: 19:15 pm.

FORO DE FILOSOFÍA. Involución Humana. Disponible en: <http://www.elforro.com/filosofia/34216-involucion-humana.html>. Revisado: Marzo 2 de 2010, 19:12 p.m.

GONZALEZ, Gil, Teresa. Localización: Florence Nightingale. Profesionalización de los cuidados desde una Perspectiva de la Antropología Feminista. Cultura de los Cuidados. Disponible en: <http://biblioteca.universia.net/ficha.do?id=35523110>. Revisado: 28 de noviembre de 2008; Hora: 8:15 a.m.

LOLAS ST EPKE, Fernando. Bioética y Cuidado de la Salud. Equidad, Calidad, Derechos. Segunda Reunión del Comité Internacional en Bioética OPS y OMS. Panamá, mayo de 2000. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/BIO/informe_2000.pdf.

MILOS, Paulina y col. Del por qué de la Formación Exclusiva Universitaria de la Enfermeras. Disponible en: <http://www.achieen.cl/achieen/documentos/Del%20Proque%20de%20la%20Formacion%20exclusiva%20Universitaria%20de%20las%20Enfermeras.pdf>. Revisado, marzo de 2010

POTTER, Patricia A. PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de Enfermería. Volumen 1. Quinta Edición, 2007. ISBN. 978-84-8174-560-3 Disponible en: <http://www.diazdesantos.es/libros/potter-patricia-a-fundamentos-de-enfermeria-L0000706900381.html>. Investigado. Marzo de 2009

TOBOADA R, Paulina. Ética Clínica, principios básicos y modelo de análisis. Versión on-line <http://www.asociacioneuc.org/Documentos/CLINICA.PDF>. Consultada el 11/03/09

ZAPATA, Herrera Marlén. ¿Enfermería una profesión en crisis? El caso en la ciudad de Medellín -Colombia. Trabajo para optar el título de Magister en Salud Colectiva. 2008. Disponible en: <http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10497/169/1/EnfermeriaProfesionCrisisMedellin.pdf>. Revisado: Abril 16 de 2010, 14:45 p.m.

ZARATE, Grajales. Rosa A. la gestión del Cuidado de enfermería. ISSN 1132-1296. Index Enferm v.13 n.44 Granada primavera, 2004. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000100009&script=_artext. Revisado, Marzo de 2010.

ANEXOS

**Anexo A. Carta enviada al Tribunal Ético Departamental de Enfermería para
solicitud de permiso para recolección de la muestra**



**Tribunal Departamental Ético de Enfermería de
Cundinamarca, Bogotá, D.C., Boyacá, Meta, Casanare y Amazonas**
Ley 266 de 1996

Ley 911 de 2004 "Ley Deontológica para el Ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

Bogotá, D.C., 30 de marzo de 2009

OF. TDEE. No. 168-2009

Profesora
EDILMA M. SUÁREZ CASTRO
Facultad de Enfermería
Pontificia Universidad Javeriana
Ciudad

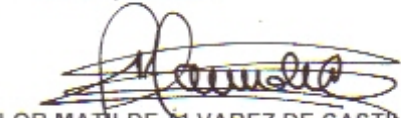
**REF: AUTORIZACIÓN ACCEDER A LOS EXPEDIENTES FALLADOS
FINES ACADÉMICOS.**

Respetada profesora Suárez:

Los Magistrados de este Cuerpo Colegiado en Sesión de Sala Plena efectuada el día 20 de marzo de 2009, aprobaron por unanimidad, que para los fines académicos pertinentes, se acceda a los expedientes fallados que no tengan el carácter de reserva del sumario.

Se recuerda la importancia que la información que se obtenga de esta revisión, tenga la debida reserva por parte de las estudiantes de la referencia.

sin otro en particular,


FLOR MATILDE ALVAREZ DE CASTILLO
Abogada Secretaria

Anexo B. Problemas éticos de delegación del cuidado profesional de enfermería en personal auxiliar de enfermería

No Expediente	Exposición del caso	Decisión	Argumento Central	Argumentos Auxiliares
002 - 2008	<p>La señora Mary refiere que ingresó a la Clínica Mariana el 4 de junio de 2006 a las 23:10, con amenaza de parto prematuro y movimientos fetales positivos, confirmado por ecografía practicada el 5 de Junio la cual reporta "embarazo de 35 semanas 6 días, feto único vivo". Supuestamente faltó a la verdad porque la ecografía mostraba un bebé en perfectas condiciones y éste había nacido muerto. "La quejosa pide" que se investigue la conducta de las Enfermeras y auxiliares.</p> <p>También hace referencia a las notas que escribieron las auxiliares de enfermería el día 7 de junio: "con movimientos fetales positivos sin actividad uterina, sin salida de líquido ni sangrado vaginal y luego ese mismo día 7 de junio y la misma auxiliar al subirme a sala de partos escribe que tenía sangrado vaginal abundante, es decir tenía o no sangrado".</p>	<p>Fallo de Primera Instancia</p> <p>La Primera Instancia de cide inhibirse de iniciar acción disciplinaria.</p>	<p>La primera Instancia considera que la patología presentada no es previsible por el personal de Enfermería, por tal razón, su tratamiento se inicia una vez presentada la sintomatología y se ratifican en que la conducta realizada por el personal de Enfermería se desarrolló en forma oportuna y sin omisiones.</p> <p>La Primera Instancia, de acuerdo con la ley 911 de 2004, en los artículos 42 numeral 1 y 48, considera que existe "un eximente de responsabilidad y cargos y no se puede atribuir la causa de mortalidad del bebé al hecho de que las enfermeras presuntamente no atendían a los llamados que la paciente solicitaba y ella asumía que pareciera que las molestaba a las enfermeras con cada llamada, y a la presunta falta</p>	<p>Versión libre y espontánea de las personas implicadas de competencia para este tribunal: Enfermeras en averiguación</p> <p>Versión libre y espontánea de la quejosa</p> <p>Notas de la evolución médica de la paciente</p> <p>Notas de enfermería: profesionales y auxiliares de enfermería</p> <p>Exámenes paraclínicos</p> <p>Ley 911 de 2004 art: 42 numerales 1 y 48</p>

Folio 5 y 6

El 6 de octubre de 2008, presenta re curso de apelación dentro de la oportunidad procesal, refiriendo su oposición a la decisión de Primera Instancia en el siguiente sentido:

“Mi inquietud está en las notas que escribió la auxiliar de enfermería Mile y que dice: “Con movimientos fetales positivos, sin actividad uterina, sin salida de líquido ni sangrado vaginal, continúa refiriendo dolor pélvico”, esto fue para el día 7 de junio de 2006.

El mismo 7 de junio de 2006 a las 10:45 la enfermera Karla escribe: “paciente con FCF positivo 142 con actividad uterina irregular, con sangrado genital, no salida de líquido amniótico”

Mi duda y mi inquietud se presenta cuando la misma enfermera sin ubicar una nueva hora ubica en la historia clínica: “paciente en el momento de subir a la sala de partos presenta sangrado vaginal abundante”, es decir tenía o no tenía sangrado, falta a la verdad la enfermera Karla o el médico Dr. Manuel

Fallo de segunda Instancia

Resolución Inhibitoria

La primera instancia no encontró mérito para abrir investigación formal, toda vez, que no encontró responsabilidad por parte de las profesionales de Enfermería investigadas, concluyendo como decisión de fondo inhibirse en iniciar acción de responsabilidad disciplinaria de acuerdo con lo establecido en la ley 911 de 2004.

de veracidad en las notas de Enfermería

La Sala Probatoria de Primera Instancia fue fundamentada en la versión libre y espontánea de las enfermeras de los servicios en los que estuvo el paciente durante los días 4, 5, 6 y 7 de junio de 2006, las pruebas documentales y los testimonios tomaron una decisión de fondo fundamentada en la ley 911 de 2004, Título V, Capítulo I, en sus artículos 42 numeral 1 y 48 que rezan:

Artículo 42.

1. “Solo será sancionado el profesional de enfermería cuando por acción u omisión, en la práctica de enfermería, incurra en faltas a la ética o a la deontología contempladas en la presente Ley “

Artículo 48. “El Tribunal Departamental Ético de Enfermería se abstendrá de abrir investigación formal o dictar resolución de preclusión durante el curso de la investigación, cuando aparezca de mostrado que la conducta no ha existido o que

Versión espontánea y libre de la quejosa:

La segunda Instancia intenta centrar un poco más la queja haciendo la siguiente pregunta:

“Indíqueme a despacho si tiene usted queja concreta contra el personal de enfermería o enfermera.

CONTESTADO: Si entre el 6 y el 7 de junio, ellas no estuvieron pendientes porque a pesar de yo decirles que me dolía que me dolía me dio la impresión y yo no puedo asegurar que eso fue así que yo estaba molestando y que el dolor no era tan fuerte y el día 7 de junio, en la mañana después de decir yo que estaba tan mala y me dolía tanto, ellas se fueron y se demoraban mucho, cuando uno está así, cree que el tiempo es largo y pienso que ellas se demoraron muchísimo tiempo en atenderme, si el médico y ellas me hubieran atendido

Gineco-obstetra o qué papel jugó el Dr. John (Anexo 1: Análisis de las notas de enfermería)

Frente a esto apelamos a que se continúe investigando la conducta de las enfermeras

no es constitutiva de falta deontológica o que el profesional de enfermería investigado no la ha cometido o que el proceso no puede iniciarse por haber muerto el profesional investigado, por prescripción de la acción o existir cosa juzgada de acuerdo con la presente ley.

cuando yo les decía, probablemente mi bebé estaría vivo”.

Copia del resumen de historia clínica

Análisis Detallado de las notas de enfermería

Análisis minucioso y detallado del Recurso de Apelación presentado por la quejosa (Anexo 2)

No Expediente	Exposición del caso	Decisión	Ratio Deciden di Argumento Central	Argumentos Auxiliares
0092 – 2008	<p>El pasado 7 de mayo fui con mi padre de 78 años al Hospital Julio Cesar para ser atendido de urgencias debido a fuerte dolor de cabeza y tensión arterial alta, a las 1:30 ingresé al servicio y mi padre con servaba plena lucidez estaba de turno en el centro asistencial el médico que lo atendió, una Doctora y tres enfermeras, la enfermera encargada de atender a mi papá se mostró bastante hostil, de poco tacho y fuerte carácter, al momento de examinarlo se me pidió que me saliera quedando mi papá en las manos del galeno y las enfermeras.</p> <p>A las 7 de la noche escuché un golpe fuerte, me acerqué al sitio donde había que dado mi padre y para mi sorpresa estaba en el suelo completamente solo y se quejaba mucho.</p> <p>Frente a esto por petición del galeno mi papá fue remitido al Hospital Timón donde luego de varios exámenes de rig or se nos informó que se debía operar por una fractura sufrida</p>	<p>Se profiere una decisión inhibitoria</p> <p>Quienes presuntamente incurrieron en las faltas a la ética como Auxiliares de Enfermería y que no ostentan la calidad de Enfermeras Profesionales título que otorga competencia en este Tribunal</p>	<p>Para el esclarecimiento de los hechos y de acuerdo a la revisión minuciosa de los registros de las enfermeras en averiguación no había presencia de Profesional en el sitio donde incurrieron los hechos.</p>	<p>Folios recibidos del Tribunal Ético Médico quienes piden averiguar a las enfermeras según queja interpuesta a este Tribunal quien no es competente para este caso</p> <p>Historia clínica del paciente</p> <p>Exámenes Paraclínicos</p> <p>Oficio de citación a Enfermeras con requisito de presentar todos los papeles y registros al día</p> <p>Versión libre y espontánea de las enfermeras</p> <p>Versión libre y espontánea del quejoso</p>

en la cadera derecha.
 Pido se investigue a las enfermeras del Hospital Julio Cesar que atendieron a mi padre y se haga justicia

0091 - 2008

La oficina de control interno disciplinario del Hospital XX E.S.E denuncia irregularidad en el servicio.

“El día 11 de Enero de 2007 el Señor Dol acude al servicio de urgencias del Cami Mañafiones del Hospital Manuel Santos E.S.E, quien fue atendido por las enfermeras Juanita y Luna para administración de Benzetacil con fórmula médica previa prueba de sensibilidad”

“Se administra Benzetacil sin la respectiva prueba de sensibilidad ocasionando Shock anafiláctico, paro respiratorio y a pesar de las maniobras de resucitación fallece el paciente”

Hallazgos

Paciente fue atendido en urgencias cumpliendo con el requisito de traer fórmula médica

No se cumplió con el requisito de la prueba de sensibilidad frente a la administración del medicamento, incumpliendo la guía institucional para tal fin. En la nota de enfermería no hay coherencia de la persona que administra el medicamento puesto que en el registro aparece la administración de 2.400.000 UI-IM de Penicilina Benzatina y la que firma es la Enfermera Camila, con CC : 20105223, quien refiere en el momento de realizar la cadena de custodia, embalajes y reportes a fiscalía refiere que el medicamento fue administrado por la Auxiliar de Enfermería Juanita

No hay registros claros de los responsables durante la reanimación del Paciente

Folios recibidos de la oficina de Control Interno Disciplinario

Historia clínica del Paciente completa (Evolución médica, Notas de enfermería)

Oficio de citación a las enfermeras en averiguación con sus respectivos papeles y registros al día (Contratos, diplomas que otorgan el título, fotocopia de cédula de ciudadanía, fotocopia de la tarjeta profesional o de Auxiliar de enfermería expedida por la secretaria de salud)

Manual de funciones de la Enfermera Jefe : “La actividad de administración de medicamentos de acuerdo con la prescripción médica y cuidados específicos de enfermería es una

No queda registro en el libro de mortalidad el parentesco de quien recibe los elementos personales, ni la entidad y cargo de quien entrega el cadáver	actividad exclusiva de la Enfermera Profesional en urgencias y hospitalización”
No hubo manejo de custodia según lo establecido por la ley	Anexo de Fotocopias sobre el manejo de la Cadena de custodia
En notas de enfermería del procedimiento de reanimación se evidencia el sello de la Enfermera Camila, pero no existe la firma de quien realiza la nota.	Declaración libre y espontánea de las personas en averiguación Medico: cuando se interroga al Director del Centro, quien firma el anterior contrato con la Empresa Juarez, dice que ella recibió toda la inducción de vida al llegar al servicio de urgencias de igual modo recibió la inducción sobre todas las guías de manejo. El no sabía que la Auxiliar había terminado el contrato con la empresa Juarez el mes anterior
La auxiliar de Enfermería que administró el medicamento, no tenía contrato con la institución, había trabajado hasta Diciembre del año anterior, estaba replazando a la Auxiliar Luisa (Contrato) y a la Auxiliar Daniela (Contrato).	Versión libre y espontánea de la Enfermera al interrogatorio responde que ella solo estaba prestando servicio social obligatoria, y que en el momento de los hechos
No hay soportes de cambio de turno de la Auxiliar Juanita (Particular), de las Auxiliares Luisa (Contrato) y Daniela (Contrato)	
Para el 11 de Enero de 2007 fecha en que sucedieron los hechos no se evidencia contratación activa de la	

			Cooperativa Juarez a la que estaba inscrita la Auxiliar Juanita	se encontraba almorzando con el Médico en cargado de Urgencias, cuando fue parlaneada, que al llegar al lugar de los hechos el paciente estaba sin signos vitales, ella llama a otro hospital para remitir al paciente, cuando la ambulancia llega el paciente ya había fallecido.
				Frente al interrogatorio sobre el manual de funciones, ella responde que si lo conoce, pero que allí no se respeta, que siempre ha sucedido así, las Auxiliares de enfermería son quienes administran los medicamentos en estos casos.
0074 - 2008	El día 29 de enero de 2008 a las 10:45 a.m. en la sede del programa Madre Canguro, perteneciente al servicio de consulta externa la bebé de 14 días cumple con cita control con diagnóstico de recién nacida parto puertermino de 33 Semanas de Gestación, a quien la pediatra formula 2 mg de Vitamina K IM administrada por	La sala plena del Tribunal Ético de Enfermería ordena abrir investigación para eliminar Art 46 y 47 conducta relativa al CI Título III y Art. 9 al 17	<u>Argumentos</u>	Radicación de queja folio 0074/08
		<u>Fallo de primera instancia</u>	Se constata ausencia de Profesional de Enfermería en el momento en que ocurrieron los hechos	Historia clínica de la bebé
		La sala probatoria con sidera que a pesar de haber Profesional de Enfermería en	Quien incurrió en la falta a la ética de desempeñar el cargo de Auxiliar de enfermería	Protocolos institucionales para el área en la que sucedieron los hechos
				Protocolos de administración de

	<p>la Auxiliar de Enfermería a Estrella y da n salida. A los 15 minutos regresan los padres de la bebe en mal estado general llevada de inmediato a la UCI de neonatología donde se realiza reanimación y recibe toda ayuda. La bebe trata de reaccionar a las maniobras de resucitación, se coloca soporte ventilatorio. A las 3:00pm la menor se descompensa y presenta bradicardia e inestabilidad hemodinámica y fallece</p>	<p>el área de neonatos, dicho profesional no se encontraba en el momento ya que estaba ejecutando el programa educativo a las madres y padres de los bebés a l programan canguro, razón por la cual esta institución considera que el sendero jurídico es una decisión Inhibitoria por cuanto es evidente que la disciplinable no ostenta el cargo de profesional</p>	<p>En la versión libre la auxiliar esclarece que en el momento en que la Doctora reanima a la bebe le pregunta qué fue lo que le administro, y le contestó que Vitamina k, ella le pidió que trajera la ampolla y para la sorpresa lo que administro no fue vitamina K sino Adrenalin a 1mg IM</p> <p>En la revisión de protocolo de administración de medicamentos y funciones del Profesional de enfermería reza que la administración de medicamentos es exclusivo del profesional de Enfermería, pero al mismo tiempo es permitido que medicamentos como este sea administrado por el auxiliar de enfermería debidamente entrenado para tal fin</p>	<p>medicamentos y funciones del Profesional de Enfermería unidad ad neonatal y consulta Externa</p> <p>Notas de enfermería</p> <p>Certificado de cargo desempeñado de la auxiliar de Enfermería</p> <p>Declaración verbal y espontánea de la auxiliar</p> <p>Versión libre y espontánea de los padres de la bebe</p>
<p>0031-06 Remitido por el Tribunal de ética médica, de ahora en adelante (TEM)</p>	<p>El Dr. Julio Magistrado Instructor del TEM presenta queja al TDEE promovida por Defensoría del Puelo Regional Boyacá, por el fallecimiento del Sr. Camilo posterior a la administración de un medicamento (Penicilina Benzatinica) con la prueba de sensibilidad a la penicilina .</p>	<p><u>Fallo de Primera Instancia</u></p> <p>Decisión inhibitoria</p> <p>Como el caso que nos ocupa la auxiliar de enfermería presuntamente incurrió en fallas a la ética, motivo de la queja en desarrollo relacionada a su cargo como Auxiliar de</p>	<p><u>Hallazgos</u></p> <p>A pesar de existir Profesional de Enfermería en Servicio Social obligatorio la auxiliar de enfermería en ningún momento solicita concepto alguno a la Profesional, que se encontraba realizando otras labores</p>	<p>Radicación de la queja al tribunal Ético Medica el 25 de Septiembre de 2006</p> <p>Versión libre y espontánea de la Señora Juana esposa del Fallecido</p> <p>Versión libre y espontánea de la Profesional de</p>

	<p>Aplicada por una Auxiliar de enfermería sin cerciorarse, ni tener la debida precaución presumible de la prueba de sensibilidad, demostrando que el Sr. Camilo Era alérgico a la penicilina. Echo ocurrido el 13 de Enero de 2006 en el centro de salud Cayetano María h. La Señora Juana en su queja hace saber que a su esposo le habían diagnosticado Otitis Media Aguda y Faringoamigdalitis por la cual se le había prescrito dicho medicamento, lo que produjo presuntamente un shock anafiláctico por hipersensibilidad y posteriormente fallecimiento.</p>	<p>enfermería en la E.S.E del centro de Salud Cayetano María h su indagación y evidente sanción debió ajustarse a los parámetros internos de la Institución donde presta sus servicios.</p> <p>Razón por la cual se considera que el sende ro jurídico aconsejable es el proferimiento de una Decisión Inhibitoria, por cuanto es evidente que la disciplinada no ostenta el cargo de Profesional de enfermería.</p>	<p>Quien hace la prueba, la verifica si es positiva o negativa, evidencia eritema y administra el medicamento es una auxiliar de enfermería. Las personas a quienes ella pide el concepto sobre la prueba de sensibilidad son auxiliares de enfermería quienes resumen que es una prueba negativa.</p> <p>En el ámbito de aplicación de la ley 911 de 2004 presupuesto no solo la cualificación del sujeto activo de la conducta disciplinable sino también de hacer concomitante su ejercicio al señalar que no se trata de un Profesional de Enfermería</p>	<p>Enfermería</p> <p>Documentos de la Auxiliar</p> <p>Protocolo de las funciones del profesional de enfermería</p> <p>Protocolo sobre la prueba de sensibilidad a la penicilina</p> <p>Historia clínica del paciente</p> <p>Fotocopia de las notas de enfermería del día en el que sucedieron los hechos</p>
<p>0065 – 2007</p>	<p>La señora Marina presenta queja a la oficina de control y vigilancia, la cual es reemitida a esta instancia por medio de la cual pone en evidencia la irregularidad del servicio prestado por el personal de enfermería a la Sr. José en la casa de reposo Buena vida La señora expresa: el paciente José de 46 años de edad fue internado en este centro para tratamiento por psiquiatría con diagnóstico de Retardo Mental,</p>	<p>En el caso que nos ocupa los Auxiliares de enfermería Claudia, Cecilia y Juan incurrieron el faltas a la ética de enfermería, motivo de la queja en el desarrollo de las tareas relacionadas con su cargo en el cuidado de paciente psiquiátrico, su indagación, control y sanciones se deben ajustar a los parámetros internos de la institución a donde prestan el servicios.</p>	<p>Se tiene en cuenta los siguientes hallazgos generados a partir de la revisión de los documentos y de la respectiva versión libre y espontánea de los implicados</p> <p>Se evidencia la falta de coherencia entre lo anotado en la historia clínica y la versión dada por los auxiliares de enfermería y el informe dado por el coordinador de enfermería</p>	<p>Radicación de la queja al Tribunal Ético de enfermería</p> <p>Versión libre y espontánea de la Señora Marina</p> <p>Versión libre y espontánea del personal de enfermería Profesionales y Auxiliares de enfermería</p> <p>Protocolo de las funciones del profesional de</p>

el cual fue inmovilizado para que nos se autoagrediera, de tal suerte que el paciente en el turno de la noche es encontrado con medio cuerpo por fuera de la cama y sujetado por el cuello con una sabana de inmovilizar produciéndole la muerte.

Razón por la cual se considera esta instancia que el sendero jurídico a seguir es el proferimiento de una decisión inhibitoria por cuanto los disciplinables no ostentan el título de Profesionales de enfermería

Hay alteración del documento público violando los principios de ética de enfermería establecidos en la ley 266 de de 1996

Ambigüedad en las notas de enfermería, no foliadas y concordantes con la versión de cada uno de los auxiliares y sin observación de los protocolos establecidos por la institución

Negligencias en el cumplimiento de las funciones asignadas

Incumplimiento de buenas prácticas clínicas

enfermería

Protocolo sobre inmovilización de paciente
Historia clínica del paciente

Fotocopia de las notas de enfermería del día en el que sucedieron los hechos

No Expediente	Exposición del caso	Decisión	Argumento Central	Argumentos Auxiliares
004-2009	<p>Mi señora madre fue víctima del "maltrato que rodeó la atención durante su última hospitalización antes de fallecer en el Pabellón Santa María del Hospital Teresa de Calcuta, además presento queja por la actitud deshumanizada de las siguientes personas: "Jefe" Jol; "Auxiliar" Mena "Jefe" Chris y "Auxiliar" Leo, quien manifiesta "ya está pensionada" y que con sus comentarios le hizo mal ambiente a mi señora madre. De igual forma denuncia el primero de enero del 2006 en el momento de inmovilizar a mi madre "le fracturaron el dedo del corazon de la mano derecha" y en relación a los medicamentos Haloperidol y lorazepam que le administraron a la paciente, ya que yo no estuve de acuerdo, de igual forma le ocasionaron una flebitis en la mano derecha por mala canalización debido a los varios pinchazos que le dio la enfermera Leo</p>	<p>De acuerdo con los argumentos expresados el Despacho considera que es necesario vincular a la investigación a la enfermera Jol para el esclarecimiento de los hechos, también considera que obran pruebas suficientes en el expediente que permitan establecer responsabilidades por omisión en el proceso de cuidado por parte de la enfermera y si bien a las auxiliares de enfermería por las razones mencionadas no se les puede vincular, si creemos que se les puede citar a diligenciar de declaración por su participación en los hechos. (Tomado del expediente 004-2009)</p>	<p><u>Análisis de los hechos</u></p> <p><i>El equivocado suministro del medicamento Haloperidol:</i></p> <p>Fueron prescritos y administrados para controlar la agitación psicomotora de la paciente</p> <p><i>Amarrar cruel y despiadadamente a un ser humano en la cama:</i></p> <p>Aunque este Despacho considere que para el momento la decisión de inmovilizar a la paciente fue la correcta, cree que este procedimiento para el caso que no ocupa era un procedimiento previsible, y que al parecer el personal de enfermería no actuó con la debida prudencia y por lo tanto omitió aspectos importantes como la comunicación de la situación con la familia y solitud del consentimiento, acciones que a la postre habrían solucionado la situación traumática para la hija.</p> <p>Deshumanización y faltas a la ética por parte del personal de enfermería durante el proceso de cuidado a la señora María</p>	<p>Declaración del Dr. Eduardo Méndico especialista en medicina interna y está vinculado al hospital desde el 16 de noviembre de 1987.</p> <p>Versión libre y espontánea de la persona que interpone la queja y ratificación de la misma.</p> <p>Versión libre y espontánea de la Enfermera Judy Coordinadora del Departamento de Enfermería</p> <p>Versión libre y espontánea de la Enfermera Marcela coordinadora del Comité de Infecciones</p> <p>Informe sobre el cargo desempeñado por las enfermeras y auxiliares en averiguación Jol; Mena; Chris y Leo; Copia de la historia clínica.</p>

Flebitis en mano derecha ocasionada por mala canalización:

La causa de la flebitis es multifactorial, dentro de estas se encuentra la falta de asepsia, que para el caso concreto no existió.

0085 – 2008	La Señora XX manifiesta que le 2 de Noviembre así se al servicio de Urgencias del Hospital Calima, remitida del Policlínico Juan Valdez con diagnóstico de Teno sinovitis en mano izquierda para que le fuera practicado un drenaje. Atendida por las enfermeras Lola y Claudia donde me canalizan en mano derecha con Jelco 20 y se me administra un medicamento por la Auxiliar Milssehy, la cual me ocasiona mucho dolor ya que me fue canalizada una arteria en vez de una vena, ocasionándome lesión de arteria radial y posterior necrosis del 4to y 5to dedo de la mano derecha teniendo que ser luego amputado	<u>Fallo de Primera instancia</u> Se profiere Resolución inhibitoria dado que quienes incurrieron en los hechos presuntamente en faltas a la ética no sustentan el título de profesionales, título que otorga la competencia de este Tribunal El sendero a seguir se debe hacer por parte del hospital Calima. La indagación, control y sanciones se deben ajustar a los parámetros internos de dicha institución a la cual prestan los servicios las disciplinables.	Indagación y esclarecimiento de los hechos Ausencia del Profesional de Enfermería en el momento de la ocurrencia de los hechos Para la fecha solo se encontraba un profesional de Enfermería dentro del hospital encargado de los servicios Las responsables del servicio durante el turno en el que sucedieron los hechos son Auxiliares de enfermería quienes asumen la responsabilidad y como se consta en los folios	Radicación de la queja folio 0085/08 Historia clínica de la paciente (se pide a las dos instituciones que atendieron al paciente) Reporte de los paraclínicos realizados a la paciente en las dos instituciones Documentos actualizados sobre los cargos de empeñados de las enfermeras que atendieron a la paciente Protocolos de atención de Enfermería en cuanto a canalización de vena y administración de medicamentos Foto de la niña, acentuando la mejilla
0068 - 2008	El 21 de Octubre de 2008 llevamos al centro de salud a mi	Se profiere Resolución inhibitoria dado que quien	Indagación y esclarecimiento de los hechos	

<p>hija que había sido mordida por un perro en la mejilla derecha, el Dr. Junix la atendió y pidió a la enfermera que le lavara el sitio de la mordida con bastante agua y jabón, para que la trajera al otro día.</p> <p>La mujer estaba de mal genio, copio a la niña y la lavó con jabón fáb y una gasa, la restregó tan fuerte de manera que le ocasionó un peladura, como un quemazón, le pedimos que no le hiciera tan fuerte y que no la bañara más a lo cual nos contestó que si no la dejaba bañar bien entonces que le firmara un papel y me llevaría la niña.</p> <p>Al otro día la trajimos de nuevo al centro como había dicho el Dr. Junix, él quedó impresionado de cómo había dejado la cara de la niña.</p> <p>Pido que se haga justicia porque cuando uno asiste a un centro de salud es para que le hagan un bien y no un mal.</p>	<p>incurrió en los hechos presuntamente en falta a la ética no sustenta el título de profesional, título que otorga la competencia de este Tribunal</p> <p>El sendero a seguir se debe hacer por parte de la institución, la indagación, control y sanciones se deben ajustar a los parámetros internos de dicha institución a la cual presta los servicios la disciplinable.</p>	<p>No hay coherencia en las notas médicas de ingreso, por tanto no se pueden esclarecer los hechos confidencialmente.</p> <p>Hallazgos</p> <p>Al revisar la historia clínica se encuentra en la nota médica: ingreso por mordedura de perro, herida lineal de aproximadamente 0.5 cm profunda en sitio.</p> <p>Luego no se encuentra precisión de los hechos, en la nota médica se encuentra</p> <p>Nota médica de ingreso: Se observa escoriación lineal de más de 2 cm de longitud mejilla derecha.</p> <p>Después en otra nota médica dice: Herida lineal aproximadamente de 0.5cm con escoriación en mejilla derecha</p> <p>Luego escribi: escoriación de 2x3cm de longitud en mejilla derecha alrededor, centro de herida</p> <p>Más adelante: escoriación lineal de 3cm de longitud mejilla derecha</p>	<p>donde fue la mordedura</p> <p>Radicación de la queja al Tribunal Ético de enfermería</p> <p>Protocolo de las funciones del profesional de enfermería y documentos del profesional</p> <p>Fotocopia de las notas de enfermería del día en el que sucedieron los hechos</p> <p>Registros de la consulta de la niña desde que ingresó al centro de salud</p>
---	---	---	--

Fuente: expedientes reportados al TDEE en el periodo 2004 - 2009

Anexo C. Problemas éticos de la delegación del cuidado profesional de enfermería al personal auxiliar de enfermería

No Expediente	Principios éticos	Problemas éticos
002 - 2008	AUTONOMÍA	Caso omiso frente a las necesidades expresadas por la paciente La información que se le dio frente a lo que estaba sucediendo con el curso de su embarazo no fue clara y coherente
	BENEFICENCIA	Diagnóstico incorrecto de enfermería No identificación de señales frente a las necesidades humanas del sujeto de cuidado Ineficacia en el desarrollo de las acciones de cuidado para con el sujeto Negligencia en acciones de cuidado para con la paciente Se puede pensar que falta calidad en la prestación de los cuidados a la paciente
	NO-MALEFICENCIA	Se causó daños y sufrimiento a la paciente por fallecimiento de bebé Se privó al sujeto de cuidado del derecho de tener su bebé nacido vivo
	JUSTICIA	Indiferencia frente a las necesidades expresadas por la paciente Negligencia en las acciones de cuidado frente a las necesidades de la paciente No se planeó el cuidado impartido teniendo en cuenta las necesidades individuales de la paciente
	VERACIDAD	Incoherencia en el registro de las notas de enfermería
	SOLIDARIDAD	No se evidenció el trabajo en equipo que asegurara la calidad de las acciones de cuidado impartido a la paciente
	LEALTAD	
	FIDELIDAD	

		Hubo censura frente a las múltiples quejas de la paciente ya que expresa que en algún momento le hicieron sentir que estaba molestando mucho
004-2009	AUTONOMÍA	Se puede pensar que frente a la limitación que la paciente tenía para toma de decisiones, no se agotaron otros recursos como era su familia o que si empre estuvo presente “al parecer el personal de enfermería no actuó con la debida prudencia y por lo tanto omitió aspectos importantes como la comunicación de la situación con la familia y solicitud del consentimiento, acciones que a la postre habrían solucionado la situación traumática para la hija”
	BENEFICENCIA	Al parecer hubo fallas en algunas decisiones tomadas por la hija de la paciente, ante la cual se puede pensar fue el desencadenante de malos entendidos entre el personal de enfermería la paciente y su familiar “la paciente refería que no se le administrara la insulina, igual con la insulina, era con el resto de medicamentos, ya que la familiar permanecía el resto de tiempo con la paciente, ella también intervenía en la administración de medicamentos, a pesar de todo esto, estábamos solícitas a todas sus solicitudes, incluso medicamentos que tanto la paciente como la hija no permitían que se aplicaran; nosotros se los administrábamos y se realizaban las respectivas notas de enfermería, teniendo en cuenta que nosotros como enfermeras, llevamos muy presente el tratamiento ordenado por el médico” (Tomado de la versión libre y espontánea de la Enfermera XX)
	NO-MALEFICENCIA	Se pudo haber evitado la causa de daño y angustia a la hija de la paciente, si se hubiese tenido un dialogo continuo y afable con ella, esto sumado a la omisión en el proceso de cuidado con la paciente Al parecer el personal de enfermería tuvo fallas en la calidad del cuidado brindado a la paciente ya que en algunas acciones de cuidado se evidencia la ausencia de profesional lo que pudo haber generado dicho descuido en el proceso de cuidado “también considera que obran pruebas suficientes en el expediente que permitan establecer responsabilidades por omisión en el proceso de cuidado a la Señora XX” Se puede pensar que se fallo en la revisión de acciones de protección y defensa de la paciente Frente al caso se puede evidenciar que era una paciente con cierta discapacidad, frente a la cual quizá hubo falta de ayuda oportuna
	JUSTICIA	Tras la realización de algunos procedimientos se puede pensar que hubo descuido en

algunas acciones las cuales generaron daños a la paciente como en el caso de la flebitis “ La causa de la flebitis es multifactorial, dentro de estas se encuentra la falta de asepsia, que para el caso concreto no existió” (Tomado del análisis del TEDE)

VERACIDAD

Frente a las quejas interpuestas por la hija de la paciente se puede pensar que hubo un trato deshumanizado ya que la hija manifiesta que su señora madre recibió maltrato, por parte de enfermería eran bruscas que la labor de los profesionales de enfermería es poco ético y humano al igual se puede pensar que faltó optimización de las acciones de cuidado y una seri a valoración de las necesidades de cuidado de la paciente propiciando así la satisfacción de las mismas

SOLIDARIDAD

Se puede entrever que muchas de las acciones realizadas no quedaron dentro de los registros de enfermería “Al revisar las notas de enfermería, no se encontró soporte escrito a procedimientos, que se presume que se le han realizado a la paciente como por ejemplo canalización de venas, administración de medicamentos y las condiciones, fecha y hora del egreso de la paciente. No se encontró evidencia escrita” Se podría pensar que la inmovilización de la señora se realizó en una situación de urgencia, de tal suerte que fue imposible la observación de las normas de inmovilización, aunque el tribunal consideró que “en el momento la decisión de inmovilizar a la paciente fue la correcta, cree que este procedimiento para el caso que nos ocupa era un procedimiento previsible, y que al parecer el personal de enfermería no actuó con la debida prudencia”

LEALTAD

El caso que nos ocupa no se deja entrever que falto un adecuado desarrollo en la implementación y ejecución de las acciones de cuidado en equipo que aseguraran la calidad del cuidado que se brindada a la paciente ““En los registros no se dejó consignado si se llamo a la enfermera o al médico para la toma de decisión, si se dialogo con el sujeto de cuidado para disminuir la ansiedad o si se llamo a psiquiatría, parece que fue una decisión del personal auxiliar de enfermería”

FIDELIDAD

Se puede pensar que hubo falta de comunicación y diálogo continuo y afable con la paciente y su familiar

0085 – 2008

AUTONOMÍA

BENEFICENCIA

NO-MALEFICENCIA

Se puede pensar que tras procedimiento realizado a la paciente se pudo haber ocasionado lesión en una parte de su cuerpo “donde me canalizan en mano derecha por la Auxiliar la cual me ocasiona mucho dolor ya que me fue canalizada una arteria en vez de una vena, ocasionándome lesión de arteria radial y posterior necrosis del cuarto y quinto dedo de la mano derecha teniendo que ser luego amputado

JUSTICIA

Dentro de la indagación de los hechos se puede evidenciar que el personal auxiliar tras la realización de dicho procedimiento no asume la posibilidad de haber cometido un mínimo de error frente a la venopunción realizada a la paciente “ Ellas asumen que era una vena y no una arteria lo que habían canalizado”

VERACIDAD

Se puede pensar que hubo fallas en los registros de los hechos, ya que en la historia clínica no reencuentra nada de lo sucedido “no queda registro alguno del incidente en la historia clínica de la paciente, además porque las auxiliares asumen que lo que ellas canalizaron fue una vena y no una arteria, lo cierto es que no se encuentran registros”
Se pudiera pensar que frente a un no reconocimiento de posible falla se trató de persuadir a la paciente de que todo estaba bien y que nada había sucedido “cuando llegué a la habitación, para mi sorpresa encontré a las dos auxiliares hablando con la paciente, ellas le explicaban que ellas habían realizado bien el procedimiento debidamente. Ellas asumen que era una vena y no una arteria lo que habían canalizado” (Versión libre y espontánea de la jefe del departamento)

SOLIDARIDAD

Se podría pensar que hubo realización de acciones de cuidado, pero que a la vez estas no fueron planeadas ni ejecutadas e incluso, por el contrario se hubiese evitado contratiempos que restaran la calidad al cuidado brindado a la paciente “ Se hace una primera reunión con el jefe del turno en el que sucedieron los hechos y las auxiliares de enfermería por petición de la familia de la paciente quien va a mi oficina y me comenta lo que estaba sucediendo, ya que en ningún momento se me informó por parte del personal auxiliar de enfermería”

LEALTAD

Si a bien se tiene presente que frente a las acciones de cuidado se debe tener la

0092 – 2008

	disposición y habilidad total y seguridad a la hora de ejecutar las acciones para evitar al máximo los errores que pongan en peligro la vida del paciente, según el caso analizado se podría pensar que faltó conciencia en el momento de realizar dicho procedimiento
FIDELIDAD	
AUTONOMÍA	
BENEFICENCIA	Se puede pensar que faltó cuidado y preocupación por el paciente, el hijo dice que lo dejaron solo “escuché un golpe, me acerqué y encontré a mi padre en el suelo solo” Se evidencia la necesidad de realizar procedimiento quirúrgico inesperado “mi padre fue remitido y después de varios exámenes se nos informó que debía ser operado por una fractura sufrida en la cadera” (Tomado directo del expediente)
NO-MALEFICENCIA	A raíz de los hechos se puede observar que hubo presencia de evento adverso durante la ejecución de cuidado al paciente “me acerqué y vi a mi padre en el suelo, completamente solo y se quejaba mucho” En la indagación del caso se hace seguimiento al daño ocasionado en una parte de su cuerpo “fractura de cadera” que se puede pensar que fue consecuencia de la caída del paciente Se puede pensar que tras el evento se causó daño y sufrimiento al paciente y a su familia Tras la fractura ocasionada de cadera, tras caída de paciente durante el tiempo de estadía en el consultorio se puede pensar que hubo capacidad aparente de discapacidad temporal Realización de procedimiento quirúrgico consecuencia del evento adverso “cirugía en cadera derecha, por fractura”
JUSTICIA	El quejoso refiere que hubo trato hostil y fuerte al paciente “la enfermera encargada de atender a mi papá se presentó bastante hostil, de poco tacho y fuerte carácter” Se puede pensar que no se ejecutaron acciones de cuidado teniendo en cuenta las necesidades del paciente En este caso se puede pensar que no se tuvo en cuenta que el paciente era una persona de la tercera edad, por tanto se le dejó solo y no se permitió que el familiar lo acompañara

0091 - 2008

VERACIDAD	
SOLIDARIDAD	<p>En el caso expuesto se puede decir que frente a las necesidades del paciente no se le brindó ayuda oportuna</p> <p>En el caso del cuidado impartido al paciente podemos pensar que faltó mayor planeación de las acciones de cuidado conjuntas</p>
LEALTAD	
FIDELIDAD	
AUTONOMÍA	
BENEFICENCIA	<p>Se puede pensar que la administración de medicamento se realizó sin tener en cuenta la indicación médica inscrita en la fórmula para tal fin</p> <p>Hubo administración de medicamento sin la respectiva prueba de sensibilidad “Se administra Benzetacil sin la respectiva prueba de sensibilidad” (extraído del análisis del expediente, según la versión libre y espontánea de la persona que administra el medicamento)</p>
NO-MALEFICENCIA	<p>Se puede pensar que tras la administración del medicamento sin la respectiva prueba de sensibilidad se ocasiona la muerte al paciente “paciente sufre Shock anafiláctico, paro respiratorio y a pesar de las maniobras de resucitación fallece”</p>
JUSTICIA	<p>Hubo fallas frente a la planeación y ejecución de acciones de cuidado de acuerdo a las necesidades del sujeto</p> <ul style="list-style-type: none">• Realización de procedimientos sin el debido cumplimiento de protocolo institucional para tal fin“ No se cumplió con el requisito de la prueba de sensibilidad frente a la administración del medicamento, incumpliendo la guía institucional para tal fin” (extraído del análisis del expediente)• A través de los análisis del expediente se nota la incoherencia en las notas “ En la nota

de enfermería no hay coherencia de la persona que administra el medicamento puesto que en el registro aparece la administración de 2.400.000 UI-IM de Penicilina Benzatinica y la que firma es la Enfermera XX, con CC: XX quien refiere en el momento de realizar la cadena de custodia, embalajes y reportes a fiscalía refiere que el medicamento fue administrado por la Auxiliar de Enfermería XX”

- Los registros en cuanto a reanimación del paciente, cadena de custodia, el hecho de la muerte no se evidencian en la historia clínica. “No hay registros claros de los responsables durante la reanimación del Paciente. “No hubo manejo de custodia según lo establecido por la ley. En notas del procedimiento de reanimación se evidencia el sello de la Enfermera XX, con CC: XX J, pero no existe el registro claro de lo realizado durante la reanimación, ni la firma de quien realiza la nota” (extraído de las conclusiones del tribunal tras el análisis de las notas de enfermería y médica)
- Se evidencia que no se tuvo en cuenta el manual de funciones del profesional en la institución donde dice que la administración de medicamentos es única y exclusiva del profesional “¿Hay en la institución manual de funciones, y la auxiliar lo conoce?: ella responde que si lo conoce, pero que allí no se respeta, que siempre ha sucedido así, las Auxiliares de enfermería son quienes administran los medicamentos en estos casos. (Tomado del interrogatorio a la enfermera)

VERACIDAD

Se puede pensar que faltó planeación y ejecución conjunta para la administración del medicamento ya que la auxiliar lo administra sin contar con la jefe. “Me encontraba almorzando con el Médico encargado de Urgencias, cuando fui parlaneada, al llegar al lugar de los hechos encontré al paciente sin signos vitales, llamé a otro hospital para remitir al paciente, cuando la ambulancia llegó el paciente ya había fallecido” (Tomado del interrogatorio a la enfermera)

Se puede pensar que hubo engaño no intencionado al paciente por parte de la institución ya que no se cumple con personal autorizado y contratado para realización de procedimientos “Para el 11 de Enero de 2007 fecha en que sucedieron los hechos no se evidencia contratación activa de la Cooperativa XX a la que estaba inscrita la Auxiliar XX”

0074 – 2008

SOLIDARIDAD

LEALTAD

FIDELIDAD

AUTONOMÍA

Se puede pensar que faltó pensar en el sujeto de cuidado indefenso, frágil, que necesita de los cuidados de los demás para poderse desarrollar y tomar sus propias decisiones

BENEFICENCIA

En el caso expuesto se evidencia la administración equivocada de medicamento a bebe de 14 días de nacida. “ En el momento en que la Doctora reanima a la bebe me pregunta que qué fue lo que le administro?, y le contesté que Vitamina k, ella me pidió que trajera la ampolla y para la sorpresa lo que administré no fue vitamina K sino Adrenali na 1mg IM ” (Tomado de la versión libre y espontánea de la Auxiliar)

Se puede pensar que hubo falta de eficacia y planeación conjunta de las acciones ejecutadas ya que no hubo verificación del medicamento. “cuando el papá de la bebe trajo el medicamento, vi que venían dos ampollas, cada una de un miligramo, le comenté a la doctora eso y ella me dijo tranquila adminístrelos IM, pero en ningún momento miramos las ampollas ya que se parecen mucho”

Se puede pensar que hubo causa de daño y sufrimiento a los padres de la bebe, tras su muerte inesperada

Se priva a los padres frente al derecho de tener a su hija sana y viva “A Las 3:00pm la menores descompensa y presenta bradicardia e inestabilidad hemodinámica y fallece”

NO-MALEFICENCIA

Se puede pensar que la muerte ocasionada a la bebe se dio como consecuencia de la administración de medicamento equivocado: “A los 15 minutos regresan los padres de la bebe en mal estado general llevada de inmediato a la UCI de neonatología donde se realiza reanimación y recibe toda ayuda. La bebe trata de reaccionar a las maniobras de resucitación, se coloca soporte ventilatorio. A Las 3:00pm la menores descompensa y presenta bradicardia e inestabilidad hemodinámica y fallece”

JUSTICIA

VERACIDAD

Puede pensarse que la administración del medicamento se realizó sin tenerse en cuenta

0068 - 2008

	los 5 correctos estándares para tal fin. “vi que venían dos ampollas, cada una de un miligramo, le comenté a la doctora eso y ella me dijo tranquila adminístrelos IM, pero en ningún momento miramos las ampollas ya que se parecen mucho”
SOLIDARIDAD	Se puede pensar que faltó planeación conjunta frente a la acción ejecutada. “ni la doctora, ni la auxiliar se percataron en tomar la ampolla y leer, y tampoco se contó con el apoyo del profesional de enfermería
LEALTAD	Se puede entrever que hubo falta de conciencia por parte de la auxiliar en el momento de la administración del medicamento a la bebe Se puede pensar en la tecnicidad de las acciones ejecutadas por la auxiliar, ya que se puede llegar a carecer de fundamentos científicos en el momento de actuar
FIDELIDAD	Tratándose de un caso relevante de estricto cuidado: Bebe de 14 días de nacida, producto de parto prematuro 33 semanas de gestación, plan canguro, hubo fallas en el compromiso para con la paciente y sus familiares ya que la persona que administra el medicamento no es una profesional.
AUTONOMÍA	En la indagación de los hechos se pudiera pensar que en el momento que el padre exige cuidado con su hija se le ignora, ya que la respuesta por parte de la auxiliar fue un poco autoritaria “ la restregó tan fuerte de manera que le ocasionó un peladura, como un quemazón, le pedimos que no le hiciera tan fuerte y que no la bañara más a lo cual nos contestó que si no la dejaba bañar bien entonces que le firmara un papel y me llevará la niña”
BENEFICENCIA	Parece que hubo fallas e irregularidades en la calidad del cuidado dado a la menor, caso en el que se obra mal y se ocasiono maltrato a la menor
NO-MALEFICENCIA	Se pudiera pensar que se ocasiono daño y sufrimiento a la menor en el momento de ser atendida por parte de la auxiliar la cual le ocasionó una herida mayor tras el procedimiento realizado “ la lavó con jabón fab y una gasa, la restregó tan fuerte de manera que le ocasionó un peladura, como un quemazón en la cara de la niña” Pareciera que durante el acto de cuidado se pudo ofender la dignidad de la menor debido al trato degradante por parte de quien presta el servicio “La mujer estaba de mal genio, cogió a la niña y la lavó con jabón fab y una gasa, la restregó tan fuerte de manera que le

0031 - 2006

	ocasionó un peladura, como un que mazón, frente al llanto continuo y desesperado de la niña le pedimos que no le hiciera tan fuerte y que no la bañara más”
JUSTICIA	Se pudiera pensar que no se realizó la suficiente valoración de las necesidades de la menor, pudiendo así evitar o casionar el daño y haber propiciado la satisfacción de las mismas con un trato diferente
VERACIDAD	se ve la incoherencia en el registro de enfermería en la historia clínica, el registro medico no concuerda con el de enfermería
SOLIDARIDAD	Se puede pensar que hubo una falta grande frente al principio de solidaridad, pues en la indagación del hecho se ve que faltó acciones de defensa y protección de los derechos de la menor por parte de quien préstale servicio
LEALTAD	Al parecer hubo una falta de conciencia en la auxiliar en el momento de prestar cuidados a la menor
FIDELIDAD	
AUTONOMÍA	
BENEFICENCIA	Se pudiera pensar que se falló en la realización de un diagnóstico correcto en el momento de precisar que el eritema no era causa de alergia al medicamento y se tomó como algo pasajero y ajeno a la prueba de sensibilidad “Pasado 15 minutos la auxiliar valoró la prueba y evidencia eritema, la cual pide verificación de si es o no positiva a otras dosis auxiliares que se encuentran en el servicio quienes confirman que la prueba es negativa a pesar del eritema, pese a lo anterior la auxiliar administra el medicamento al paciente” Se causa de una manera se puede decir inconsciente daño emocional y sufrimiento a la familia del paciente tras su pérdida por muerte Se puede pensar que faltó una identificación clara frente a la respuesta fisiológica tras la prueba de sensibilidad realizada al paciente
NO-MALEFICENCIA	Se puede pensar que la causa de la muerte al paciente se dio como consecuencia a una falta de cuidado al no haber verificado el eritema con profesional de enfermería, esto pudo haber evitado la administración del medicamento y presuntamente la muerte del paciente

<p>JUSTICIA</p>	<p>En el hecho ocurrido se puede decir que se causó daño y sufrimiento al paciente “se le produjo presuntamente un shock anafiláctico por hipersensibilidad y posteriormente fallecimiento” Se puede</p>
<p>VERACIDAD</p>	<p>En este caso se puede pensar que hubo engaño hacia el paciente en el momento en que se le dio a entender que no había reacción alérgica, a pesar de haber observado eritema Se puede pensar que la persona que administra el medicamento no conoce que pudo haber un margen de error y a pesar de haber observado eritema, administra el medicamento sin confirmar con el profesional Se evidencia pleno cumplimiento de protocolo institucional para prueba de penicilina, ya que esta se realiza, pero se puede pensar que hubo faltas en el momento en que no se confirma el resultado con el profesional Se evidencia la falta de un protocolo institucional escrito y pautado frente a lo relacionado con la prueba de sensibilidad para penicilina, ya que durante el esclarecimiento de los hechos se encuentra que en la institución no había protocolo “No existe protocolo y en vista de que las auxiliares en muchas ocasiones administran medicamentos, las recomendaciones se dan a nivel verbalmente. (Tomado de la versión libre a enfermera en servicio social obligatorio)</p>
<p>SOLIDARIDAD</p>	<p>Durante lo ocurrido en los hechos se puede pensar que faltó planeación conjunta con el profesional para administración de medicamento y verificación de la prueba de sensibilidad “ Al escuchar el grito de la auxiliar corrí de inmediato al lugar y encontré a un señor en paro cardiorrespiratorio, iniciamos las maniobras de resucitación con la Dr. XX, yo no conocía al paciente ya que las Auxiliares fueron las que realizaron la preconsulta y conocían el motivo de consulta del paciente” (Tomado de la versión libre y espontánea de la enfermera)</p>
<p>LEALTAD</p>	<p>Se puede pensar que durante lo ocurrido faltó precaución por parte de la auxiliar en el momento en que decidió administrar el medicamento al paciente</p>
<p>FIDELIDAD</p>	

0065 – 2007	AUTONOMÍA	Se puede decir que no se tuvo en cuenta la discapacidad del sujeto y por tanto la incapacidad para toma de decisiones
	BENEFICENCIA	<p>De acuerdo al análisis del caso se puede decir que hubo falta en la identificación de las necesidades humanas del paciente, ya que no se tuvo en cuenta que él se agitaba y lloraba mucho cuando hacía frío. “los tres nos subimos al botiquín y estábamos durmiendo, pues en las horas de la mañana hizo mucho frío” (Tomado de la versión libre y espontánea a los auxiliares)</p> <p>Se puede establecer que faltaron acciones individuales por parte de enfermería que viendo al paciente inmovilizado nadie desmovilizó aquellas partes que quizá ponían en riesgo la vida del paciente “Paciente estaba inmovilizado de la cintura y brazos, los nudos del cuello estaban un poco sueltos, amarrados a la cabecera de la cama”</p> <p>Se puede pensar que faltaron acciones de protección y defensa a favor de los derechos del paciente. “Me aterró la forma como estaba inmovilizado el paciente, le aflojé un poco los nudos de las manos, pero los demás no.</p> <p>Tratándose de un paciente psiquiátrico e inmovilizado se puede pensar que faltó ayuda inmediata y oportuna, más sabiendo que él se intranquilizaba en momentos de frío y se le debía proteger en estos momentos</p> <p>Se crea una cierta duda en la forma de inmovilización realizada, ya que según la versión libre de los auxiliares se pudiere entender que el paciente estaba inmovilizado del cuello, sobre la que se puede pensar fue la causa de muerte.</p>
	NO-MALEFICENCIA	Muerte del sujeto de cuidado “me dijeron que el paciente había muerto, en el camino al servicio me contaron que el paciente se había ahogado, tomé el pulso pero no tenía, lo del cuello era muy notorio. (versión libre y espontánea del coordinador de enfermería)
	JUSTICIA	Se puede pensar en la falta de valoración y observación de las necesidades del paciente, que hubiese permitido la realización de acciones de cuidado a favor del mismo “Recibimos turno, no lo solté a él no me tome la molestia de hacerlo, solté a otro paciente que estaba lo mismo, a él no”
	VERACIDAD	<p>De acuerdo a las versiones libres se puede evidenciar faltas a la verdad</p> <p>Se puede ver que no se reconoce haber cometido un error en durante el turno en cuanto al cuidado de enfermería, ya que posiblemente se descuidó al paciente durante el turno</p> <p>Se puede decir que hubo cierta ambigüedad en las notas de enfermería, no foliadas y concordantes con la versión de cada uno de los auxiliares y sin la debida observación de</p>

	los protocolos establecidos por la institución (Tomado directamente de las conclusiones en el expediente)
SOLIDARIDAD	Se puede pensar que faltó interés por parte del personal de apoyo frente a las necesidades del paciente, “Al revisar las notas de enfermería en el turno de la tarde, dejaron escrito que el paciente debía ser observado durante la noche, pero en las notas del turno en el que sucedieron los hechos no hay nada escrito al respecto, como si no lo hubiesen observado”
LEALTAD	Se supone que faltó abogar por los derechos del paciente ya que se encontraba limitado en el ejercicio de su autonomía
FIDELIDAD	

Fuente: Pineda Claudina, problemas éticos de la delegación del cuidado de enfermería en personal auxiliar

Anexo D. Seguimiento al expediente 002 – 2008

Síntesis de la apelación

Fallo de segunda instancia

Hace una descripción detallada de la historia clínica en la cual refiere que ingresó a la Clínica XX el 4 de junio de 2006 a las 23:10, con amenaza de parto prematuro y movimientos fetales positivos.

Refiere que el 5 de junio, continuó estable, con movimientos fetales positivos. De acuerdo con la ecografía practicada el mismo día, reporta “embarazo de 35 semanas 6 días, feto único vivo”. Continuando con el análisis de la historia clínica refiere que para el día 7 de junio en la madrugada la paciente y el feto no presentaban complicaciones, a las 3:00 am., la paciente refiere que informa a la enfermera de turno que siente un “dolor pélvico punzante” y refiere que no fue valorada.

3:30 am, La paciente reporta dolor pélvico nuevamente, es valorada por el DR. John, quien ordena suministrar buscapina, sin embargo la paciente afirma: “pero no se hace una valoración o examen”.

De las 7: am a las 10:00 am, del mismo día, la paciente refiere que en forma reiterada informó a las enfermeras de turno que continuaba con dolor pélvico, pero sólo hasta las 10:30 am., cuando la paciente manifiesta contracciones se le comenta al “Dr. Manuel quien ordena subirla al 5º piso...” En este servicio se valora a la paciente y se decide realizar cesárea.

Frente a la situación referida en líneas precedentes la quejosa manifiesta los siguientes interrogantes: “Por qué las enfermeras no informaron al médico de turno acerca del dolor pélvico que la paciente estuvo padeciendo por espacio de 7 HORAS, (desde las 3:00 hasta las 10:00 am.)”, también se pregunta: ¿por qué las enfermeras no presionaron al médico para que hiciera la valoración en forma oportuna como es su deber?

“Por qué si durante los días 4, 5 y 6 de junio de 2006, la paciente presentaba movimientos fetales positivos y su estado era estable y el feto estaba vivo, como es que precisamente después de los dolores pélvicos sufridos por espacio de 7 horas el bebé nace muerto sin que se diera una explicación sobre lo sucedido.”

Inquietudes por parte del a quejosa

Mi inquietud está en las anotas que escribió la auxiliar de enfermería Mile y que dice: “con movimientos fetales positivos, sin actividad uterina, sin salida de líquidos ni sangrado vaginal, continua refiriendo dolor pélvico”, a la fecha del 7 de Junio de 2006.

El mismo día la enfermera Karla a las 10:45 escribe: “paciente con FCF positiva 142 por minuto, con actividad uterina irregular con sangrado genital, ni salida de líquido amniótico”

Mi duda y mi inquietud se presenta cuando la misma enfermera Karla se ubica a las 11:00 una nueva hora escribe. “paciente en el momento de subir a la sala de partos presenta sangrado vaginal abundante”, es decir, ¿tenía o no tenía sangrado vaginal?, pienso que falta a la verdad la enfermera Karla y qué papel juega entonces el Dr. John?

Las enfermeras no estuvieron pendientes porque a pesar de deducirles que me dolía y me dolía me dio la impresión de que yo estaba molestando mucho y que el dolor no era tan fuerte y el día 7 de Junio en la mañana después de decir que estaba tan mala y me dolía tanto, ellas se fueron y se demoraron en atenderme y cuando uno está así, pienso que el tiempo es oro, y más cuando se trata de su propio hijo y pienso que si ellas se demoraron en atenderme. Si el médico y ellas me hubiesen atendido a tiempo, probablemente mi bebé estaría vivo.

Análisis de los registros de enfermería

Mirada detallada a los registros de enfermería, dadas las inquietudes de la quejosa

07/06/06 - FI 112

7:00 “paciente despierta alerta orientada con líquidos endovenosos permeables pasando lactato de ringer a 80 cc/hora, con movimientos fetales positivos, sin actividad uterina, ni sangrado vaginal. Continúa refiriendo dolor pélvico. Pendiente valoración.

Noche. Sello XX, CC, Aux. Enfermería.

Continúa en el FI 115.

10:30 “paciente refiere contracciones uterinas, se comenta al Dr. XX, quien ordena subir a 5 piso para valoración”

Continúa en el FI 116

Junio 7-06.

10:45 “se sube paciente en camilla, en compañía del camillero, paciente consciente, orientada, con líquidos endovenosos permeables pasando L/ringer

500cc más 5 ampollas de sulfato de Magnesio a 110 cc/hora. paciente con FCF positiva de 142 por minuto, con actividad uterina irregular, no sangrado vaginal ni salida de líquido amniótico, sube con historia clínica con 3 ecografías anteriores **paciente en el momento de subir a la sala de partos presenta sangrado vaginal abundante**, la negrilla es propia del análisis

Firma XX. Auxiliar de Enfermería.

10:46 "llega paciente en camilla procedente del 4to piso norte. Paciente con sangrado vaginal abundante y salida de coágulos. El Dr. Manuel valora la paciente y ordena pasar a cesárea de urgencias por abrupcio de placenta, se intenta tomar FCF con doppler, no se escucha, se intenta con monitor fetal, no se escucha, se pasa paciente a Cirugía urgente.

Firma XX. Enfermera

ANEXO E. Seguimiento al expediente 0031 - 2006

Análisis y seguimiento

Versión libre y espontánea de la Jefe en servicio social obligatorio

Al escuchar el grito de la auxiliar corrí de inmediato al lugar y encontré a un señor en paro cardiorrespiratorio, iniciamos las maniobras de resucitación con la Dr. yo no conocía al paciente ya que las Auxiliares fueron las que realizaron la pre consulta y conocían el motivo de consulta del paciente.

Después en la versión de las auxiliares la Dr. ordena 2.400.000UI IM de penicilina benzatinica al paciente, la formula es entregada al paciente para que se dirija a farmacia y reclame el medicamento, él lo trae y se lo da la auxiliar quien realiza la prueba de sensibilidad y pide que espere un tiempo de 15 minutos. Pasado este tiempo la auxiliar valora la prueba y evidencia eritema, la cual pide verificación de si es o no positiva a otras dos auxiliares que se encuentran en el servicio quienes confirman que la prueba es negativa a pesar del eritema. De acuerdo a lo anterior la auxiliar administra el medicamento al paciente.

¿La auxiliar la llamó para que verificara la prueba de sensibilidad? No

¿Usted había informado a la auxiliar de enfermería que ante cualquier prueba quien la verifica la es la jefe? Si

Todo el mundo se dio cuenta de lo que sucedió en el consultorio, la gente estaba en la sala y la hija del paciente salió gritando que nosotras habíamos matado a su papá.

El caso fue discutido con el gerente, el alcalde, las auxiliares y yo el mismo día en el que ocurrieron los hechos.

¿Quién asigna o delega las funciones a las auxiliares con respecto al cuidado de enfermería?

A pesar de que el jefe inmediato es el profesional en servicio social obligatorio, este no cuenta con la autonomía suficiente para delegar las funciones, sino que es el gerente quien también delega funciones al personal auxiliar de enfermería, de hecho yo veía que las auxiliares realizaban funciones propias del profesional de enfermería incluyendo las de vacunación, meses anteriores se había presentado el caso de dos niños a quienes se les había enquistado la vacuna, motivo por el cual la secretaria de salud me llamó la atención al reportarse eventos adversos a vacunación.

¿Por qué el gerente toma la decisión de asignar o delegar cargos al personal auxiliar de enfermería?

Creo que debido a la sobrecarga de trabajo que tiene el profesional, pues las funciones son múltiples y de diferente índole.

¿Hay protocolo para prueba de sensibilidad? No, en vista de que ellas en muchas ocasiones administran medicamentos, las recomendaciones se dan a nivel verbal.

¿Hay protocolos para paro cardiorrespiratorio o shock anafiláctico? No

¿Dónde cree que estuvo la falla?

Sinceramente en la historia clínica, no se registraron las notas de enfermería ni las notas de administración de medicamento.

Yo di prioridad a que la médico hiciera la nota de la evolución del paciente primero, para luego continuar con las notas de enfermería, ella pensó mucho en lo que iba a escribir y se demoró, y minutos después llegó el CTI y tomó la historia, ni ella ni nos otras pudimos ingresar las notas completas. Las notas de la evolución desde que llegó el paciente solo se realizan después de que fallece.

Usted como profesional sabe que las notas de enfermería son indispensables y vitales en estos casos, y más aún si hubo la administración de un medicamento que produjo la muerte al paciente. ¿Por qué dejó pasar este evento sin las notas?

Yo era consciente de la obligación que tenía sobre eso, pero di prioridad para que la Dr. hiciera la evolución primero, en ese momento llegó el CTI y cogió la historia clínica, tomó una copia por lo que yo no escribí nada luego pensando que eso era adulterar el documento público, las auxiliares tampoco escribieron nada al respecto.

¿Sabe cuál es el manejo en estos casos como estos y como enfermera jefe?

En el momento no, pero ahora después de los hechos se que los registros de enfermería con vitales y que se deben hacer pensando en nuestra responsabilidad sin cometer el error de dar prioridad a otros profesionales sobre sus notas.

ANEXO F. Seguimiento al expediente 0085 – 2008

Indagación y esclarecimiento de los hechos

Versión libre y espontánea de la enfermera jefe y del Jefe del departamento de enfermería

Se hace una primera reunión con al jefe del turno en el que sucedieron los hechos y las auxiliares de enfermería a por petición de la familia de la paciente quien va a mi oficina y me comenta lo que estaba sucediendo, ya que en ningún momento se me informó por parte del personal auxiliar de enfermería.

Al analizar la historia clínica se observa que la paciente había sido canalizada por la Auxiliar de enfermería Milssehy en miembro superior derecho, el 2 de Noviembre y se realizó cambio el 5 de noviembre el turno de la noche en la madrugada del 6. No se encuentra registro del motivo de cambio de venopunción.

Yo cité a la familiar de la paciente a las 7 am del día siguiente y cuando llegué a la habitación, para mi sorpresa encontré a las dos auxiliares hablando con la paciente, ellas le explicaban que ellas habían realizado bien el procedimiento debidamente. Ellas asumen que era una vena y no una arteria lo que habían canalizado.

El Tribunal se pregunta que ¿por qué a estas reuniones de enfermería no asistió el profesional de enfermería encargado de la administración del cuidado a la paciente?, la jefe comenta que nunca se enteró de la problemática.

Frente a esto se observa que nunca se avisó al profesional de enfermería y no queda registro alguno del incidente en la historia clínica de la paciente, además porque las auxiliares asumen que lo que ellas canalizaron fue una vena y no una arteria, lo cierto es que no se encuentra registros.

Anexo G. Seguimiento al expediente 0065 – 2007

Entrevista al coordinador de enfermería

Me buscaron a las 4: 40 am en mi servicio y me dijeron que el paciente había muerto, en el camino al servicio me contaron que el paciente se había ahogado, la hora dada por ellos a las 3:30 am, cuando entré al servicio el paciente estaba acostado en la cama, con los brazos cruzados en el tórax y arropado con una cobija de color café. Tomé le pulso pero no tenía, lo del cuello muy notorio.

Entrevista a los Auxiliares de enfermería, preguntas claves

¿Cómo recibieron al paciente en la entrega de turno? Inmovilizado de la cintura y brazos, los nudos del cuello estaban un poco sueltos, amarrado a la cabecera de la cama.

¿Es común este tipo de inmovilización? No, nunca se amarra del cuello.

Una auxiliar contesta que ella se aterro de la forma como estaba inmovilizado el paciente, que le aflojó un poco los nudos de las manos, pero que los demás no.

NOTA: Al revisar las notas de enfermería en el turno de la tarde, dejaron escrito que el paciente debía ser observado durante la noche, pero en las notas del turno en el que sucedieron los hechos no hay nada escrito al respecto, como si no lo hubiesen observado.

¿En qué momentos identifican que el paciente se ponía más ansioso e intranquilo? Todos los auxiliares indagados coinciden que el paciente se intranquiliza y llora mucho cuando hace bastante frío.

Respuesta que nos permite aclarar lo sucedido, ya que todos coinciden que a las dos de la mañana estaba haciendo mucho frío y frente a la versión en la que más o menos muere el paciente es a las tres de la mañana.

Una Auxiliar dice: nosotros nos pusimos nerviosos, pues el asunto nos tomó por sorpresa.

¿A qué horas sucedieron las cosas? Más o menos a las tres de la mañana, el paciente estaba medio tibio todavía

¿Qué fue lo que hicieron? Todos coinciden en que lo reanimaron por un tiempo de quince minutos.

¿Cómo sucedieron las cosas? La sabana de la cintura se corrió hacia el cuello, no lo sabemos contestaron todos, no sabemos cómo sucedieron las cosas, no nos explicamos como sucedió todo, es terrible y tenemos miedo dijo una auxiliar,

¿Cómo encontraron al paciente? Lo encontramos medio cuerpo por fuera de la cama

Indagación a una auxiliar

¿Cómo cree que la sabana de la cintura se corriera, atravesara el cuerpo hasta el cuello y si el paciente estaba suelto de las manos no se la hubiese quitado? No lo se, no entiendo cómo sucedió, con mis compañeros tenemos mucho miedo.

¿Por qué dice eso, qué fue lo que realmente sucedió? Recibimos turno, no lo solté a él, no me tomé la molestia de hacerlo, solté a otro paciente que estaba lo mismo, a él no. Dimos medicamentos, cambiamos pañales, alistamos medicamentos de la mañana, tomamos el alago, subimos al botiquín y esperamos, como a las dos de la mañana estaba haciendo mucho frío. A las 4 de la mañana entramos a bañar pacientes y lo vi muerto, me puse nerviosa, grité y a la vez le dije a Claudia que el paciente estaba muerto, me puse nerviosa, vi que el paciente estaba amarrado a la cabecera de la cama, el cuerpo caído de la cama en la esquina de la cabecera yo le pregunté a Juan ¿qué vamos a hacer? Ellos prácticamente fueron los que arreglaron todo.

¿Explíquenos eso? No quiero problemas con mis compañeros, tengo miedo

¿Miedo de qué, qué fue lo que sucedió realmente?, ellos nunca se van a enterar de lo que Usted diga acá. Lo que estamos tapando es que los tres nos subimos al botiquín y estábamos durmiendo, pues en las horas de la mañana hizo mucho frío eso fue el error que cometimos, no nos dimos cuenta de lo que sucedió. Gracias a Dios descansé, para mí no ha sido fácil, no he podido dormir ni comer. Esta es toda la verdad

Entrevista al auxiliar

¿A qué hora exacta falleció el paciente? A las 4:20 de la mañana más o menos 4:30 si bien es bueno observar, no hay coincidencia con la hora dada por los demás auxiliares

¿A qué horas le avisaron al Jefe de Turno? Inmediatamente se le avisó, como faltando 15 para las 5 de la mañana.

¿Qué hicieron? Lo reanimamos, hicimos masaje cardiaco durante 15 minutos

¿Cómo estaba el cuerpo? Medio cuerpo por fuera de la cama, yo lo coloque sobre la cama para poderlo reanimar

¿Qué hicieron en la noche? Yo aliste medicamentos de las 8 de la noche, los dieron mis compañeras, yo cambie pañales, fuimos al botiquín, Claudia hizo el kárdex, arreglamos colchonetas en el arreglo de las colchonetas nos gastamos una hora.

Es curioso, cuando se les pregunta a las demás auxiliares sobre el arreglo de colchonetas ellas responden que en la noche no se arreglan colchonetas, este es un oficio del turno de la mañana y solo tienen 15 minutos para esto.

¿A que horas fue la última vez que vio al paciente? Como a las tres y treinta de la mañana, estaba tranquilo

Pero le dijeron al jefe y al coordinador que el paciente estaba inquieto. Bueno tranquilo dentro de su diagnóstico

¿Quién hizo la nota de enfermería? Yo la realicé, ellas la firmaron

¿Leyeron la nota que Usted había hecho? Yo creo que si la leyeron, pues si la firmaron

Se le muestran algunas notas de enfermería firmadas por él, pero no realizadas con su letra. ¿Por qué la letra es diferente pero la firma está a nombre suyo? No es mi firma y mis compañeras no me consultaron sobre eso, yo no respondo por lo que no he hecho.

Conclusiones (Tomadas directamente del expediente)

Se consideran las siguientes irregularidades

Después de haber revisado los documentos, haber escuchado a los enfermeros de los turnos de la tarde y de la noche y al coordinador de enfermería en el día del fallecimiento del paciente las inconsistencias son mayores, junto con la declaración del Auxiliar Cecilia por tanto vemos que hay:

- Negligencia en el cumplimiento de las funciones asignadas
- Incumplimiento de buenas practicas clínicas
- Alteración de documento público
- La nota de enfermería registrada en la historia es de forma prospectiva, es decir que la nota fue hecha en la noche del 8 de septiembre a las 7 de la noche y firmada el 9 de septiembre, en la misma nota no se evidencia que el paciente haya sido desmovilizado en ningún momento por parte del personal de enfermería.

- Al tratar de indagar si era o no costumbre de realizar anotaciones por parte del auxiliar Juan colocando la fecha del día anterior, encontramos en otras historias clínicas de pacientes a su cargo que si había notas de enfermería firmadas a su nombre, pero realizadas por otros auxiliares.
- En la nota del coordinador informa que cuando lo buscaron ya había pasado más de una hora, (lo cual coincide con la versión libre que dio) y la explicación de los demás auxiliares, pero no con la del auxiliar Camila

Anexo H. Seguimiento al expediente 004-2009

Análisis de la Resolución de preclusión

Primera instancia se sintetizó la queja en tres elementos que a continuación nos permitimos analizar:

Compartimos el concepto del A quo cuando refiere que los medicamentos haloperidol y lorazepam fueron prescritos y administrados para controlar la agitación psicomotora de la paciente, creemos que el concepto de la médica psiquiatra está ajustado cuando considera frente al diagnóstico de “delirio multifactorial” prescribir como medicamento de elección el haloperidol.

Respecto al segundo elemento objeto de la queja, que hace referencia “a matar cruel y despiadadamente a un ser humano en la cama”, este Cuerpo Colegiado se permite hacer las siguientes precisiones:

Algunos autores consideran que la inmovilización es un procedimiento físico mecánico o farmacológico dirigido a limitar los movimientos de una parte o de todo el cuerpo de un sujeto de cuidado, con el objetivo de controlar su actividad física y de protegerlo de las lesiones que sobre sí mismo se pueda infligir o para realizar el tratamiento terapéutico.

La decisión de dicho procedimiento debe ser posterior a una serie de valoraciones realizadas por la enfermera, las cuales deben estar consignadas en un protocolo de la institución, dentro de las que se encuentra realizar una escala de riesgos del sujeto de cuidado y en el evento de ameritar la inmovilización, la enfermera conjuntamente con el médico debe decidir si la inmovilización es mecánica y/o farmacológica.

El proceso de cuidado de enfermería se debe realizar inspirado en el respeto a la dignidad humana, respetando la libertad y la autonomía, es importante señalar que inmovilizar a una persona implica limitarle su libertad de movimiento, de locomoción, además de su libertad de expresión cuando la inmovilización es farmacológica, en otras palabras, la inmovilización limita derechos fundamentales, de tal suerte que este procedimiento es la última opción.

Ahora bien, inmovilizar a un sujeto de cuidado requiere contar no solo con el consentimiento informado de la familia o del representante legal, sino también con un protocolo de inmovilización preestablecido, además del registro en la evolución clínica del paciente, prescribir la inmovilización y de un registro por parte de enfermería.

Desprevenidamente se podría pensar que la inmovilización de la señora María se realizó en una situación de urgencia, de tal suerte que fue imposible la

observación de las normas de inmovilización, sin embargo al analizar su estado clínico, se identifica que la señora María, tenía varios factores de riesgo como: discapacidad en miembro superior derecho y en miembro inferior izquierdo que no le permitían la movilización y deambulación autónoma, la edad (66 años) y el uso de medicamentos como el lorazepam que es una sustancia psicoactiva; al estar presentes estos factores de riesgo las enfermeras debieron prever que en cualquier momento la María necesitaba de la inmovilización.

Aunque este Despacho considere que para ese momento la decisión de inmovilizar a la paciente fue la correcta, cree que este procedimiento para el caso que nos ocupa era un procedimiento previsible, y que al parecer el personal de enfermería no actuó con la debida prudencia y por lo tanto omitió aspectos importantes como la comunicación de la situación con la familia y solicitud del consentimiento, acciones que a la postre habrían solucionado la situación traumática para la hija.

Continuando con el análisis se revisa el registro de enfermería del día 31 de diciembre de 2005, del turno de la noche el cual se lee: "1:30 pte ansiosa grita, habla incoherencias manifiesta botarse de la cama hay la necesidad de inmovilizarla de los 4 puntos ..." firma auxiliar de enfermería. fl. 148, Anexo Cuaderno 4

En este registro no se dejó consignado si se llamó a la enfermera o al médico para la toma de decisión, si se dialogó con el sujeto de cuidado para disminuir la ansiedad o si se llamó a psiquiatría, parece que fue una decisión del personal auxiliar de enfermería.

Este Despacho también se pregunta ¿Por qué no se llamó a la hija de la señora María, la noche del 31 de diciembre de 2005?, nos queda la duda de si con una simple llamada a la hija se habría disminuido la ansiedad de la paciente.

Por las razones expuestas este Despacho no comparte el concepto de primera instancia, frente al argumento del segundo hecho. Se sustenta además con los artículos 11, 12 y 14 de la ley 911 de 2004.

Frente al tercer elemento relacionado con la canalización de la vena ocasionando por descuido flebitis en la mano derecha, argumentó el A quo que los protocolos de manejo de procedimientos fueron observados por profesionales y auxiliares de enfermería, y la causa de la flebitis es multifactorial, dentro de estas se encuentra la falta de asepsia, que para el caso concreto no existió.

Al respecto este Despacho trae a colación la memoria de Comité de la Unidad de Infectología del Hospital Santa Clara, calendado 22 de noviembre de 2005, en el cual se analiza el caso clínico de la paciente, con bacteriemia por *Serratia marcescens*, secundaria a venopunción periférica para canalización e inicio de terapia hídrica.

En el análisis de factores de riesgo intervinientes, la memoria del comité, refiere que se evidenció una adherencia del 43.2% al protocolo de manejo de catéteres periféricos centrales en el servicio de hospitalización, “(equipos de venopunción sin marcar, y con fechas de más de 72 horas, se realiza el procedimiento de canalización de vena periférica sin contar con el equipo completo no cumpliendo con la técnica aséptica)”

“Se analizó con la jefatura la no-disponibilidad del 80% de los insumos de alcohol glicerinado y el jabón quirúrgico en los dispensadores de cada habitación, y la ausencia de toallas desechables en el servicio.” Fl. 60, anexo cuaderno 1 c.u.

El concepto anterior está en armonía con la diligencia de declaración rendida por el médico García cuando le preguntan: ¿La flebitis puede ocasionarse a consecuencia de una indebida punción de la vena es decir por falta de pericia? contestó: “la flebitis química puede ocurrir con el suministro de un medicamento que irrite la vena y la flebitis infecciosa ocurre como resultado de un pobre cuidado y en general después de los dos o tres días de colocado el catéter. La indebida punción podrá ocasionar un hematoma.” fl. 111, Anexo Cuaderno 1

Por tal razón frente al tercer hecho referido en el auto interlocutorio de preclusión, este despacho no comparte los argumentos de primera instancia, en virtud a que claramente se evidencia que hubo inobservancia de protocolos en este procedimiento.

En efecto, este despacho considera que sí obran en el expediente pruebas que permitan elevar un pliego de cargos a los profesionales que intervinieron en el cuidado de la señora María, como se expone en líneas precedentes.