

17

artículo

Maria Teresa Delgado Marroquín [Buscar autor en Medline]
Javier Sangrós González [Buscar autor en Medline]



Consideraciones éticas sobre razonamiento clínico y seguridad del paciente

[Ver resumen y puntos clave](#)[Ver texto completo](#)[Volver al sumario](#)

Texto completo

A propósito de un caso...

Señora de 78 años¹ que acude un domingo acompañada por su familia al Servicio de Urgencias del Hospital, por un cuadro de 2 horas de evolución de intenso dolor epigástrico y vómitos. Se trata de una persona sin antecedentes destacables de interés, salvo una hipoacusia bilateral importante, que hacía difícil la comunicación con ella a pesar del audífono que llevaba, y una hipertensión arterial leve controlada con dosis bajas de una tiazida. La situación del Servicio de Urgencias era de saturación total: mes de enero, con la epidemia anual de gripe en su máxima incidencia. Cuando la paciente llegó a Urgencias eran las 7 de la tarde, hora punta de afluencia de enfermos.

Tras esperar casi una hora, la enferma fue inicialmente evaluada por un médico residente de primer año, que le realizó una exploración completa, según protocolo de dolor abdominal. Ésta no reveló datos de interés salvo un dolor epigástrico localizado a la palpación y una discreta hipotensión. El residente solicitó una analítica básica (hemograma y bioquímica con iones), un electrocardiograma y una radiografía de tórax y abdomen. Todas las pruebas, informadas como normales, quedaron archivadas en la historia de urgencias. Con la hipótesis diagnóstica inicial de intoxicación alimentaria o cuadro vírico, se le inició perfusión de líquidos y se instauró tratamiento con antieméticos y analgésicos.

Ante la persistencia de los síntomas tres horas más tarde, se decidió pasar a la paciente a la Unidad de Observación de Urgencias, donde fue nuevamente valorada por una residente de Medicina Interna de cuarto año. Con la sospecha de posible pancreatitis aguda, isquemia u oclusión intestinal, se repitió la analítica con un perfil digestivo completo, y la radiografía simple de abdomen. Todo seguía siendo normal. Se le colocó una sonda nasogástrica para tratar de disminuir los vómitos mientras se esperaba la realización de una ecografía digestiva. Aunque persistían el intenso dolor abdominal y los vómitos, la enferma mantenía unas constantes vitales estables, aunque continuaba discretamente hipotensa.

Ante la mala evolución del cuadro, la residente revisó con más detenimiento la historia clínica de la paciente. Con sorpresa, descubrió que el electrocardiograma que figuraba en ella llevaba anotado a bolígrafo un nombre que no correspondía al de la paciente. Ante la sospecha de que la prueba valorada pudiera corresponder a otra persona, decidió solicitar un nuevo electrocardiograma urgente. Mientras, avisó al médico adjunto responsable de la unidad. En el nuevo electrocardiograma se objetivaba con claridad un extenso infarto agudo de miocardio inferior. El médico adjunto, que para entonces ya había asumido el cuidado de la paciente, la acompañó personalmente durante su traslado inmediato a la Unidad Coronaria.

La paciente falleció dos horas después de su ingreso en la Unidad Coronaria, ocho horas después de haber entrado por la puerta de Urgencias. Eran las 3 de la madrugada.

La R 4 le preguntó al adjunto de la Unidad de Observación de Urgencias si le iba a contar a alguien el error producido con el electrocardiograma. Éste le contestó que con ello no iba a devolver la vida a la paciente, y que con ello no traería más que problemas a todos los implicados: la enfermera que realizó los electrocardiogramas y los intercambió por error, los sucesivos médicos, incluidos ella y él mismo, que no lo detectaron a tiempo... También

bibliografía

1. Modificado del relato anónimo. An error of omission. *BMJ* 2001; 322:1236-7.
2. Amalberti R, Cadilhac X, Garrigue-Guyonnaud H, Hergon E, Mounic V, Pibarot ML et al. Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé. Paris: Agence National d'Acreditation et d'Evaluation en Santé, 2003. (Consultado el 30 de marzo de 2009).
3. Donaldson L. Alianza mundial para la seguridad del paciente: desarrollo del programa 2005. Ginebra: OMS, 2004. (Consultado el 30 de marzo de 2009).
4. Aibar C, Aranzaz J. ¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la asistencia sanitaria? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 2003;26:195-209. (consultado el 30 de marzo de 2009).
5. Smith R. The ethics of ignorance. *J Med Ethics* 1992; 18: 117-118, 134.

[Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



Le dijeron que quizás la enferma hubiera fallecido de todas maneras aunque su infarto se hubiera detectado antes. Le argumentó que la atención en Urgencias se realiza en condiciones difíciles, con una gran complejidad clínica y organizativa, muchas veces sin recursos humanos suficientes y que se quedase tranquila: ya le había dicho a la familia que se había hecho «todo lo posible», que «se le hicieron muchas pruebas», que «en ninguna se vio nada hasta el segundo electrocardiograma», que «ya se sabe lo que pasa con las personas mayores», etc. Al parecer, la familia se había quedado convencida. Caso cerrado.



Se ha elegido este caso clínico porque puede ayudarnos a centrar el tema de los errores médicos en el contexto de la necesidad de mejorar el razonamiento clínico, dentro de una cultura de seguridad del paciente y de respeto a las consideraciones éticas que deben regir la relación clínica, tanto a nivel particular, con todos los actores implicados (paciente, familia, profesionales de la salud implicados en la atención sanitaria, sociedad), como a nivel institucional.

El razonamiento clínico dentro de la cultura de seguridad del paciente

Algunos malos resultados del proceso clínico pueden motivarse por errores en la forma en que los profesionales de la salud manejan la incertidumbre en la toma de decisiones, bien por inadecuadas estrategias de razonamiento, o de comportamiento. Como se ha venido desarrollando en los capítulos previos de este monográfico, comprender la psicología de la toma de decisiones del médico puede aportar soluciones para reducir los errores, errores que pueden derivar: de un mal reconocimiento de patrones de enfermedad; de la falta de conocimientos médicos actualizados, de no desarrollar estrategias para manejar la incertidumbre, o de errores fortuitos no necesariamente relacionados con el razonamiento (siempre con la actitud y la responsabilidad en el desarrollo de nuestra actividad profesional, como se dejan traslucir en el caso clínico que abre el capítulo) Sin embargo, ¿el equívoco en la identificación del primer electrocardiograma, seguido del retraso en su descubrimiento, fueron los únicos errores implicados en el desenlace desafortunado de los acontecimientos de la historia referida? ¿Seguro que se habían agotado todas las demás estrategias de razonamiento clínico, evitando heurísticos de bajo nivel y promoviendo los de alto nivel? Desde la perspectiva del aprendizaje del razonamiento clínico (ARC), se puede afirmar que la valoración inicial por parte de la R 1 generó un número excesivamente corto de hipótesis diagnósticas, centradas únicamente en las causas abdominales del dolor epigástrico, reforzadas por el error en la recepción de una prueba fundamental: el electrocardiograma, pero por sí sola no definitiva. Así, por ejemplo, en ningún momento se planteó la solicitud de enzimas cardíacas ni se valoró suficientemente el dato exploratorio de la hipotensión, predominando los heurísticos de bajo nivel, como corresponde, por otra parte, a la valoración de un cuadro complejo por un facultativo sin la suficiente experiencia clínica, en el contexto habitual de la atención en un servicio de urgencias, y con ello reconociendo también la responsabilidad organizativa de las instituciones sanitarias. En la toma de decisiones hay que manejar adecuadamente los conceptos de salud, de factor de riesgo, de probabilidad pre-prueba y de probabilidad post-prueba (respecto al diagnóstico), y de predicción de posibles beneficios y perjuicios (respecto a la intervención, o a la ausencia de la misma)^{2,3,4}.

El objetivo es conseguir al tiempo seguridad (todos los pacientes que lo precisan diagnosticados y tratados adecuadamente) y eficiencia (a ninguna persona que no lo precise se le iniciarán procesos diagnósticos o terapéuticos no indicados). No hay intervención clínica exenta de efectos adversos, ni siquiera la actividad preventiva, por lo que es evidente lo difícil que resulta en la práctica el cumplimiento del principio básico a que obliga el Juramento Hipocrático *primum non nocere*⁵. “Ser médico, en contra de lo esperable, es cada vez más un arte, un equilibrar las expectativas acerca de la salud de los pacientes con la realidad científica”⁶.

El mayor reto para lograr un sistema sanitario más seguro⁷ y por ende, de más calidad y calado ético, es cambiar la percepción del error y del riesgo clínico como una amenaza para la buena reputación y el prestigio profesional por la consideración de los mismos como oportunidades para mejorar el sistema y reducir los riesgos que conlleva la atención sanitaria^{8,9}. Para ello es necesario un entorno laboral y profesional que favorezca una actitud más humilde en lo personal y más transparente en lo institucional, que permita la discusión abierta y participativa sobre los errores, los riesgos asumidos, el análisis de accidentes e incidentes ocurridos y/o evitables, con la finalidad de aprender de ellos y promover una retroalimentación informativa sobre los fallos con todos los involucrados, para que puedan implicarse y responsabilizarse de forma prospectiva, individual y corporativamente, en la mejora de los resultados.

Cuestiones éticas relacionadas con el razonamiento clínico y la seguridad del paciente. Fundamentación ética, principios deontológicos y reglas de actuación derivadas.

En los últimos 5 años, la preocupación por la adquisición de métodos y habilidades dirigidas

a minimizar los errores médicos (las herramientas de mejora del razonamiento clínico y la formación continuada en esta competencia tienen aquí un lugar específico) y el establecimiento de una cultura de seguridad del paciente han pasado de ser una cuestión totalmente ignorada a convertirse en un elemento clave de las políticas sanitarias nacionales e internacionales¹⁰, con el consiguiente reflejo en las partidas presupuestarias y en la bibliografía científica sobre el tema desde sus diferentes facetas, con excepción, quizás, de la dimensión ética del problema, con escasas aunque interesantes aportaciones de calado^{11,12}. El informe «Promoting Patient Safety: An ethical basis for Policy Deliberation», del prestigioso Hastings Center constituye una lectura ética del famoso «To err is human»¹³ y establece una referencia incuestionable en la reflexión ética sobre esta materia. Siguiendo el citado informe del Hastings Center y el análisis del mismo desarrollado por Pablo Simón, la primera consideración es aclarar las motivaciones éticas que fundamentan la preocupación por la seguridad de los pacientes.

Existen argumentaciones de tipo consecuencialista (utilitarista) para fundamentar éticamente la debida promoción de la seguridad del paciente. Para este tipo de razonamiento, el juicio moral sobre lo que debe hacerse deriva del análisis de las consecuencias de los diversos cursos de acción, siendo el proceso o procedimiento de toma de decisiones secundario. El principio de utilidad, desde un enfoque distributivo, insta a maximizar el beneficio obtenido para el mayor número posible de personas. El problema de la maximización del bienestar es que no siempre los individuos concretos salen beneficiados, como se verá a continuación.

Un primer razonamiento basado en las consecuencias para argumentar éticamente las medidas de seguridad del paciente conlleva la adopción de un punto de vista epidemiológico y poblacional de la salud, no individual. Así, el problema del error médico y la seguridad de los pacientes constituye una fuente importante de perjuicio y malestar para la sociedad en su conjunto al tener que soportar individuos con problemas de salud que deberían haberse prevenido o paliado con el consiguiente deterioro de su "productividad" social, por lo que es un deber de los poderes públicos tomar medidas mediante planes generales que plantean metas poblacionales, como la que señala el informe «To err is human»: reducir al menos un 50% la ocurrencia de los errores en los próximos 5 años. El problema de las metas poblacionales es precisamente ese, que van dirigidas a la población: trabajan con criterios de priorización de los problemas y sus soluciones para perseguir la máxima eficiencia posible. Por lo tanto, la maximización del beneficio no atiende a criterios de equidad en el reparto, sino de suma total del provecho de la población atendida. ¿Dónde queda la justicia y el principio de solidaridad en esta argumentación?

Un segundo argumento consecuencialista se centra en la necesidad de disminuir las demandas judiciales y articular medidas preventivas para disminuir el potencial desprestigio tanto de los profesionales como de las organizaciones sanitarias, al tiempo de mejorar la confianza de la sociedad en los sistemas sanitarios, uno de los objetivos prioritarios de las estrategias de seguridad. El problema de esta justificación, es, primero que difumina la repercusión que pueda haber tenido el error sobre la persona concreta en aras de evitar una alarma social innecesaria. Segundo, y no menos importante, que ampara la postura opuesta a evitar el error, al promover silenciarlo en lo posible con la excusa, más que argumentación, del daño que sobre la confianza social en el bien hacer de los profesionales e instituciones sanitarias tienen las denuncias de errores médicos y la alarma social que generan. ¿Dónde queda en esta argumentación el principio de lealtad debida al paciente?

El tercer argumento utilitarista posible para justificar éticamente la preocupación por la seguridad de los pacientes, que no se opone a los dos anteriores, sino que los complementa y engloba, tiene que ver con la eficiencia presupuestaria que supone evitar las consecuencias negativas de los errores y que compensa con creces la necesaria inversión en medidas preventivas, educativas y concienciadoras. El informe «To err is human» utilizaba este razonamiento al señalar que los costes totales anuales aproximados de los errores médicos suponían entre 17000 y 29000 millones de dólares. Es evidente que la rentabilidad económica es una cuestión ética importante, sobre todo en aquellos sistemas sanitarios financiados con fondos públicos, y que incluiría tanto los gastos directos derivados de los problemas sanitarios generados o no evitados, como la responsabilidad económica asociada a su posible reclamación por vía judicial. El problema es que este argumento puede resultar invalidado cuando las medidas de seguridad efectivas a poner e marcha en una institución sanitaria no sean eficientes en términos económicos, en general porque la probabilidad de que se produzcan los errores a evitar con dichas medidas y/o sus consecuencias no alcanza tasas tan elevadas como para hacer rentable la inversión. ¿Merecería la pena modificar todo el circuito de notificación de los resultados de electrocardiogramas en urgencias para evitar un error fortuito nada habitual como el referido en el caso clínico con el que se abría el capítulo? ¿Compensaría la planificación y mantenimiento de una actividad/taller/curso de mejora de razonamiento clínico dirigido a residentes y adjuntos que trabajan en urgencias para mitigar la concatenación de errores producida mejorando la capacidad diagnóstica de los responsables de esta función asistencial? Desde la misma perspectiva utilitarista-economicista, ¿no parece más rentable y práctica la opción elegida por el adjunto de urgencias de silenciar el evento como si no

hubiera ocurrido, optando por la solución más fácil y barata: presunción de buen funcionamiento general del sistema ante la falta de evidencia causal irrefutable de que el fallecimiento de la paciente fuera causa-efecto de la concatenación de errores, junto al silenciamiento de los acontecimientos, habida cuenta de la inutilidad de su mención para poder devolverle la vida? ¿Dónde quedan la justicia y la lealtad debida al paciente en esta argumentación y contra-argumentación?

Hasta ahora se está hablando de fundamentos consecuencialistas o utilitaristas para argumentar éticamente el deber de evitar errores y promover de forma efectiva la seguridad del paciente, pero también contamos con fundamentos éticos deontologistas o procedimentales, no menos contundentes y prácticos. Para este tipo de argumentaciones, el juicio moral viene determinado por los valores, principios o normas éticas que entran en juego en el proceso de toma de decisiones. El deber de respetar estos valores o principios es el que marca el sentido de la acción.

En el ámbito de la bioética es la orientación principalista la más utilizada. Los principios de la bioética, tal y como fueron planteados, primero por el Informe Belmont en 1978 e inmediatamente después por el famoso libro de Beauchamp y Childress: *Principles of Biomedical Ethics*, siguen siendo los más utilizados¹⁴. Estos principios son los de beneficencia, justicia, autonomía y no-maleficencia.

Desde la perspectiva de los Principios, debe definirse el Marco de referencia en el que se interpretan. Este marco de referencia es la dignidad del ser humano, independientemente de su edad, sexo, condición social, creencias, cultura, estado de salud, madurez, capacidad, o pérdida de la misma por la enfermedad. Se concreta en el respeto a los derechos humanos, que no son un resultado, un fin en sí mismos, sino el punto de partida. Por eso deben ser respetados siempre, no sólo en situaciones especiales, tanto al ejercer nuestra actividad profesional como al organizarla y planificarla.

Es en este marco de referencia donde se definen los cuatro principios de la bioética. A nivel universal, previos al establecimiento de la relación clínica y de obligado cumplimiento, se sitúan los principios de No-maleficencia y Justicia. Regulando dicha relación clínica, a nivel particular, están los principios de Autonomía y Beneficencia¹⁵.

Desde la perspectiva de los principios, toda actuación en el ámbito sanitario debe ir dirigida a hacer el bien a las personas, no solamente desearlo (principio de beneficencia) pero promoviendo su libre elección entre las distintas indicaciones disponibles a través de un adecuado consentimiento informado, lo que supone contar con los valores y preferencias de la persona (principio de autonomía). Y todo ello sin hacer daño a nadie, lo que implica evitar aquello que está contraindicado (principio de no-maleficencia), y tratar a todos con la misma consideración y respeto, procurando un reparto equitativo de los bienes y servicios, en función de las necesidades más que de las demandas, luchando contra la ley de cuidados inversos y evitando la discriminación (principio de justicia).

Las normas que se derivan de estas guías generales de conducta nos marcan el “Qué hay que hacer” cuando se plantean cuestiones éticas en la práctica diaria. Parafraseando a Diego Gracia¹⁶, podríamos decir que el Código de Circulación no hace que la gente conduzca bien, pero establece las pautas que debe seguir para hacerlo.

Muchos autores consideran que la máxima hipocrática *primum non nocere*, ante todo no dañar, reflejo del principio ético universal de no-maleficencia, es la premisa más importante para fundamentar desde la perspectiva ética la necesaria promoción de la seguridad de los pacientes en las instituciones sanitarias. De hecho, la Alianza Mundial de la OMS ha escogido como lema, precisamente, la frase «Ante todo, no hacer daño»¹⁷.

Para el Hastings Center el fundamento ético de la seguridad del paciente se sustenta sobre los principios de no-maleficencia y beneficencia. El contenido del principio de beneficencia se identifica con la obligación positiva de eliminar el daño producido y de prevenir uno nuevo, mientras que el principio de no-maleficencia haría referencia a la obligación negativa de evitar producir daño. Así, la beneficencia se identificaría con la obligación de evitar la omisión de actos indicados, mientras que la no-maleficencia se identifica con la obligación de evitar la comisión de actos contraindicados. ¿Eso es todo? ¿Dónde quedan los principios de justicia y autonomía?

En la práctica cotidiana la relación clínica debe moverse, dentro del marco de una distribución equitativa de los recursos, entre el respeto a las preferencias de la persona y el deber de no abandonar al paciente, lo que implica, entre otras cosas, que el profesional sanitario es el responsable último de sentar las indicaciones (preventivas, diagnósticas y terapéuticas), considerando todos los principios éticos que entran en juego, y la persona es la responsable de la elección entre estas diversas indicaciones.

Puestas así las cosas, resulta obvio que las obligaciones relativas a la seguridad de los pacientes derivan, en primer lugar, del principio de no-maleficencia. Pero además, en un segundo lugar, derivan del principio de justicia, ya que, como se ha comentado previamente, el error y la falta de seguridad obligan a invertir recursos extra con un alto coste económico y social. La obligación de prevenir el error deriva, por tanto, de las

obligaciones profesionales y organizacionales derivadas de los dos principios que establecen el nivel universal de lo correcto, la denominada ética de mínimos, previa al establecimiento de la relación clínica, muchas veces recogida por la normativa legal de referencia y de obligado cumplimiento.

Como bien dice Pablo Simón¹¹, una vez ha ocurrido un error y se ha producido un daño, nos encontramos con que lo que debería haberse quedado fuera de las fronteras de la relación clínica se ha instalado en su interior. Aquí cobran protagonismo los principios de autonomía y beneficencia. El paciente tiene derecho, por una parte, a saber qué ha pasado y, por otra, a reclamar apoyo, ayuda y reparación del daño causado.

Por tanto, las obligaciones éticas en torno a prevenir los errores médicos y promover la seguridad de los pacientes quedan configuradas por los cuatro principios de la bioética. Además, estas obligaciones no son sólo deberes personales de cada uno de los profesionales, sino también de las instituciones sanitarias en su conjunto. Configuran así un esquema de análisis de la ética de la organización responsable y de sus obligaciones respecto a la seguridad de las personas a las que atienden¹⁸. Los responsables sanitarios, los equipos directivos de las organizaciones, las comisiones de calidad o los comités éticos serán las instancias apropiadas para realizar responsablemente la deliberación moral en torno a la seguridad de los pacientes, cada uno desde su propio ámbito de responsabilidad. Dicha deliberación, en el marco de la llamada ética de la responsabilidad, debe incluir el análisis previo y obligado de la aplicación ponderada de los cuatro principios de la bioética, que establecen el marco de referencia, para pasar a considerar los argumentos en torno a los aspectos económicos, jurídicos o de políticas públicas de seguridad del paciente, que establecerían lo más adecuado, en función de las circunstancias, dentro del marco de lo éticamente correcto.

Los principios deontológicos de pertinencia, responsabilidad, transparencia y protección universal pueden aportar normas de conducta, a nivel personal por parte de cada uno de los profesionales implicados y también a nivel institucional, dentro de esa cultura de respeto por la seguridad del paciente.

Es cierto que la mayor parte de los errores suceden por problemas derivados más de los procesos de funcionamiento de las organizaciones que de fallos individuales de los trabajadores. No ocurre así en lo concerniente a los errores producidos por falta de competencia en el área de razonamiento clínico, donde la responsabilidad individual en la adquisición, mantenimiento y actualización de habilidades es incuestionable, aún asumiendo el deber institucional de colaborar y promover la debida formación continuada de sus profesionales. El reto está, por tanto, en generar una «cultura de seguridad» dentro de la organización que permita prevenir, evitar la aparición del error. Y, si llegado el caso, el error se produjera, entonces la pregunta a hacerse no sería tanto “¿quién ha fallado?” (en el sentido de ¿de quién es la culpa?, pregunta nada operativa que va más dirigida a buscar responsables que a solucionar problemas), sino “¿en qué se ha fallado?” (particular e institucionalmente), superando el riesgo de la dilución de responsabilidad de los profesionales, bajo la excusa de que “fue el sistema -y sus circunstancias- el que falló”. Lo sensato es plantear que las obligaciones derivadas de los cuatro principios de la bioética afectan tanto a los profesionales a nivel personal como a las organizaciones en su conjunto. Y cada uno debe asumir sus responsabilidades al respecto, que son a la vez retrospectivas y prospectivas. Es lo que viene a decir el principio deontológico de responsabilidad, que nos recuerda que el trabajo en equipo es motivo de reforzar las responsabilidades de cada uno de sus integrantes y de la institución en su conjunto, y no una excusa para difuminarlas.

El profesional debe saber que está éticamente obligado a proteger a su paciente del daño mediante el mantenimiento y actualización de la calidad de su práctica profesional. Esto significa hacerse responsable de adquirir y mantener altos estándares de calidad científico-técnica, entre la que destaca su competencia en razonamiento clínico. Además debe hacer un uso correcto de los recursos manteniendo un alto grado de eficiencia e implicándose activamente en los procesos de funcionamiento interno de la organización que tratan de generar una “cultura de la seguridad”. De esa manera, reforzando sus obligaciones respecto a la no-maleficencia y la justicia, estará asumiendo la responsabilidad de evitar personal y prospectivamente el que se produzca algún daño al paciente.

Ahora bien, si ese daño se produjera, entonces el profesional deberá ser capaz de asumir personalmente las obligaciones derivadas retrospectivamente de ello. La primera y más difícil tarea es asumir que el respeto al principio de autonomía del paciente le insta a informarle de lo ocurrido y a asumir su responsabilidad subjetiva ante él¹⁹, aún asumiendo que puede desencadenar un proceso legal en su contra. Con todo, la responsabilidad personal no finaliza con la información: el principio de beneficencia empuja a facilitar también algún tipo de reparación, tanto del daño físico –obligación habitualmente asumida por la organización–, como moral. Esto implica permitir al paciente y/o su familia sentirse respetados como personas y pasa por que el profesional sea capaz de pedir perdón y liberarse de la culpa, proceso duro que no debería hacer solo, sino amparado estrechamente por la institución²⁰, lo que dista mucho de la realidad en el momento actual de nuestra práctica clínica. Es posible que el adjunto de urgencias del caso haya tenido

alguna experiencia dolorosa en este sentido, y por ello prefiere ocultar lo ocurrido a pasar por ella de nuevo. El problema es que actuando de este modo está dando a la residente un ejemplo y un mensaje incorrecto acerca de las responsabilidades éticas personales que deben asumirse en estas situaciones.

Por último, cuando el daño sobre la salud del paciente se produce como consecuencia de nuestra actividad asistencial surge también una obligación ética del profesional/profesionales implicados con su propia organización sanitaria. Nos referimos al deber de informar de lo sucedido para que la institución y sus responsables a nivel organizativo puedan adoptar las medidas oportunas, dirigidas tanto a reparar lo ocurrido, en lo posible, como a evitar que vuelva a suceder. Se retroalimentaría y reforzaría así el marco ético de referencia al que venimos aludiendo desde el respeto a los principios de no-maleficencia y de justicia.



© Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria, 2003