

# Ética de la seguridad clínica. Contribuciones desde la práctica médica

Localizador web  
Artículo 190.636

Francisco Borrell-Carrió

*Departamento de Ciencias Clínicas. Facultad de Medicina. Universitat de Barcelona. Miembro de la Aliança per a la Seguretat del Pacient. Conselleria de Sanitat. Generalitat de Catalunya. EAP Gavarra. Cornellà de Llobregat. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.*

*A la Dra. I. le han presentado un nuevo fármaco para el herpes zóster. A las pocas horas acude a su consulta un paciente con herpes oftálmico. La Dra. I., que tiene en su poder una muestra gratuita, se cree afortunada por el rápido y brillante diagnóstico, y por la posibilidad de que el paciente se ahorre algún dinero. Por desgracia, desconoce que este antiviral está contraindicado en pacientes que, como el suyo, están en tratamiento con fluorouracilo. El paciente fallece.*

Médicos y enfermeras tienen como rasgo distintivo haber escogido su profesión para aliviar el sufrimiento de las personas. Reconocer que han causado un mal, incluso a veces un daño irreparable, al paciente al que trataban de ayudar es una de las experiencias psicológicas más devastadoras que deberán afrontar. Sin lugar a dudas la mayor parte de dichos profesionales pasará por este trance. Así parece indicarlo el estudio ENEAS 2006<sup>1</sup>, que en un total de 5.624 pacientes hospitalizados detectó acontecimientos adversos en 1.063, de los cuales el 42,8% eran evitables. En el ámbito de la atención primaria hemos encontrado algo más de 10 acontecimientos por año y profesional<sup>2</sup>. La percepción de un error produce pensamientos obsesivos en el 29% de los médicos de atención primaria<sup>3</sup>.

El punto de partida para este debate es decepcionante. Estamos inmersos en la cultura de la negación y la omnipotencia: negación del error (un 28% de los profesionales de atención primaria de salud con una media de 14 años de práctica profesional afirmaban no haberse equivocado nunca de manera significativa<sup>2,3</sup>), junto a la percepción social de que el profesional no tiene derecho a equivocarse. Reconocer que se ha cometido un error resulta una mancha imborrable en el expediente de cualquier jefe de servicio o líder clínico. El viejo chiste: «¿Cometiste un error?» «Sí.» «¿Alguien lo vio?» «No.» «Pues no te preocupes; no existió tal error», sigue vigente. Con la consabida coetilla, en el caso de que alguien efectivamente percibiera el error: «¿Puedes culpar a otra persona de este error?» «Sí.» «Pues hazlo y olvida que te equivocaste».

## Definiciones básicas

Analicemos el caso con el que abrimos el presente artículo. En un primer análisis convendremos en que se trata de un evento adverso evitable y posiblemente nos parecerá

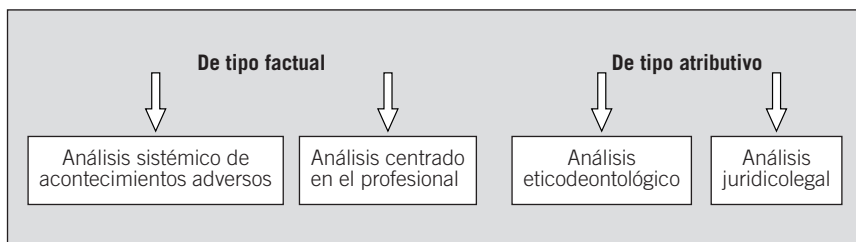
que la doctora hizo un uso imprudente del fármaco. Sin embargo, debemos precaver al lector de análisis excesivamente simplistas. Las decisiones individuales (p. ej., usar un antiviral recién salido al mercado) se dan en una constelación de otras decisiones colectivas (p. ej., autorizar la comercialización de este antiviral con un perfil tan agresivo de interacciones). ¿Quién es más responsable de los efectos indeseables que van a producirse?, ¿el médico que prescribe dicho fármaco, o quien ha autorizado su comercialización aun sin tener garantías de que se daría publicidad suficiente a tan peligrosas contraindicaciones?

Tenemos 2 tipos de modelos que analizan y dan cuenta de los errores clínicos. El primero los considera acontecimientos surgidos en el marco de organizaciones complejas, y de este enfoque derivan submodelos de análisis factual. El más conocido de estos submodelos es el llamado «sistémico» (o modelo de análisis sistémico de eventos adversos), pero también encontramos el modelo centrado en el profesional. Un segundo tipo trata de delimitar responsabilidades personales en las causas del error. Se trata de modelos atributivos que, a su vez, pueden ser deontológicos o juridicoponales (fig. 1).

Un error frecuente consiste en confundir el modelo centrado en el profesional con un modelo atributivo de responsabilidad. El modelo centrado en el profesional analiza las condiciones latentes que van a favorecer que un profesional concreto cometa errores clínicos, por ejemplo, su carácter impetuoso, su falta de conocimientos en algunas materias, su falta de habilidad manual para procedimientos quirúrgicos, etc. No tiene ninguna pretensión de esclarecer responsabilidades, sino conductas y decisiones. Los modelos atributivos de responsabilidad, en cambio, enjuician la pericia, la prudencia y la diligencia que el profesional ha puesto en su quehacer, con un propósito que puede ser de carácter jurídico o de carácter deontológico, pero siempre tratando de esclarecer responsabilidades.

El modelo de análisis sistémico de eventos adversos es el más amplio, y en realidad puede incorporar como submodelo el centrado en el profesional. Procede de «arriba abajo», estableciendo las decisiones políticas, organizativas y de ejecución de tareas que están en la raíz de los errores que se producen de manera repetida en un entorno determinado. En la tabla 1 se resumen algunos conceptos de in-

Fig. 1. Modelos que estudian los errores clínicos.



Correspondencia: Dr. F. Borrell-Carrió.  
EAP Gavarra. ICS. Bellaterra, 39.  
08940 Cornellà de Llobregat. Barcelona. España.  
Correo electrónico: 12902fbc@comb.es

Recibido el 15-1-2007; aceptado para su publicación el 9-2-2007.

terés. La ética de la seguridad clínica no debe confundirse con ninguno de estos modelos. Su pretensión no es explicar ni atribuir, sino fundamentar derechos y deberes, y establecer lo que pueda ser una conducta virtuosa en el campo que nos ocupa.

### ¿Es posible hablar de una ética de la seguridad clínica?

La respuesta clásica por parte de los medios de comunicación ante el evento adverso, evitable o no evitable, ha sido ir a la caza de un chivo expiatorio (el médico), que sufre pena de banquillo a la par que un desprestigio público irreparable. Parecería que la sociedad en general, y el periodista en particular, aplica 2 asunciones completamente falsas que configuran la falacia del profesional omnipotente:

1. El profesional de la salud es una máquina casi perfecta, que funciona a pleno rendimiento en todo momento y lugar. Además, le basta con tener la intención de causar el bien para que este bien efectivamente se produzca.
2. La única manera de que el médico «todopoderoso» descienda del limbo y se tome en serio la seguridad clínica del paciente es sancionándole (a poder ser de manera pública) cuando se equivoca. Tal como apunta una víctima de un error clínico, «esta doctora no debería volver a ejercer la medicina nunca más»<sup>4</sup>.

Una ética del error clínico se fundamenta sobre bases completamente diferentes. El ser humano, en todas sus actividades profesionales, tiene una tasa de errores que puede minimizar, pero jamás allanar hasta cero. Por otro lado, la actividad profesional sanitaria se realiza con una intención benéfica. Simón Lorda<sup>5</sup> nos recuerda que hay 3 fundamentos para una ética de la seguridad: a) un fundamento teleológico, es decir, desear el mayor bien para el paciente; b) un fundamento deontológico, en el sentido de seguir unos principios y valores, y c) un fundamento basado en la ética de la responsabilidad. La ética de la responsabilidad dice que el ser humano debe justificar racionalmente sus fines y sus medios, pero sin establecer reglas tan absolutas que no quepan excepciones. En los 3 casos se trata de hacer el mejor bien al paciente, o limitar el mal. Para Simón Lorda el principio hipocrático de «primum non nocere» articula la ética de la seguridad clínica, y en segundo lugar, el principio de justicia, «por cuanto el error y la falta de seguridad obligan a invertir recursos extra con un alto coste de oportunidad». Una vez producido el error, «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»<sup>5</sup>.

Los errores clínicos casi nunca son dolosos, sino fruto de un desliz, un olvido o una precipitación, etc. Por ello, si el fundamento de toda ética es un ser humano que actúa con libertad, deberemos puntualizar que el profesional de la salud actúa en un medio de «racionalidad restringida»<sup>6</sup>. No elige entre hacer las cosas «bien o mal», sino que actúa conforme a hábitos adquiridos. Hablamos de racionalidad –y de libertad– restringida porque la presión asistencial pocas veces le permitirá preguntarse sobre la idoneidad de estos hábitos y de muchas decisiones que tiene automatizadas. En tal caso, ¿dónde situar la responsabilidad? Ésta debe buscarse en aquellas personas y momentos que disponen –y disponemos– de un espacio para la reflexión. El gestor sanitario, el planificador, el responsable de unidades productivas, el profesional que presta la atención directa, todos tienen el deber de procurarse momentos de reflexión,

TABLA 1

### Definiciones básicas en seguridad clínica

*Efecto adverso (o evento adverso):* accidente inesperado, derivado de la asistencia sanitaria, que causa algún tipo de daño, lesión o incapacidad, o que alarga o provoca la estancia hospitalaria. No tiene como causa desencadenante la enfermedad de base del paciente<sup>1</sup>

*Error clínico:* efecto adverso evitable. No siempre existe acuerdo entre los expertos sobre el grado de evitabilidad, que en todo caso deberá contemplarse como variable continua. Tampoco existe acuerdo sobre si es error aquel suceso clínico que no produce daño, pero que se deriva de una decisión o proceso clínico de baja calidad

*Error clínico atribuido:* el paciente cree que se ha producido un error clínico en su proceso asistencial, pero no se ha verificado que en efecto haya un efecto adverso o que este efecto fuera verdaderamente evitable

*Casi error:* situaciones que hubieran podido provocar un daño o complicación

*Condición latente:* una norma, un diseño de un aparato o fármaco, una manera de organizar las tareas, de comunicarse en el seno del equipo o de trabajar que tarde o temprano va a provocar un efecto adverso evitable

*Decisión discutible:* decisión que tomamos a sabiendas de que no es idónea, no está perfectamente fundamentada o entraña la posibilidad de efectos indeseables en el paciente, pero aun así la consideramos mejor que no actuar

*Peligro/riesgo:* una situación peligrosa es diferente de someter a un paciente a un riesgo. En el primer caso, nos encontramos con una situación; en el segundo, creamos o provocamos dicha situación. Nótese que a veces una situación peligrosa nos hace asumir riesgos necesarios, incluso adoptando decisiones discutibles, pero siempre a mayor beneficio del paciente

*Ventana de error:* condición latente de error que es conocida por los profesionales y/o responsables de la organización, pero que se asume en razón de conseguir un mayor bien

*Modelo de análisis de efectos adversos de tipo sistémico:* considera que los eventos adversos se producen en un marco de múltiples causas que abarcan la organización, la forma que tienen los equipos de funcionar, la cultura grupal, la ingeniería de procesos, etc.

*Modelo de análisis de efectos adversos centrado en el profesional:* considera que los eventos adversos evitables se producen sobre todo por un error humano y, sin negar las causas sistémicas, estudia los factores de carácter psicológico, hábitos de trabajo, aspectos formativos, etc., que influyen en dichos errores

*Modelos atributivos de responsabilidad:* no les interesa el estudio causal de los eventos adversos evitables, sino que tratan de establecer el grado de responsabilidad jurídica o deontológica que tiene cada agente sanitario involucrado en el evento, así como las organizaciones y gestores, si fuera el caso

momentos en los que preguntarse: «¿Realizo mis tareas de manera idónea?». Por supuesto, no podemos pedir peras al olmo... El Sistema Nacional de Salud, en cada momento histórico, dispone de unos recursos y conocimientos en función de los cuales deberá organizarse. Pero una ética del error clínico debería hacerse preguntas como éstas: ¿en esta institución concreta se usan los recursos disponibles de la mejor manera posible para evitar acontecimientos adversos?, ¿gestores y profesionales podrían organizarse y actuar de forma más segura sin que ello represente un esfuerzo insostenible? Y de manera más personal nos preguntaría: ¿has adquirido hábitos de estudio?, ¿te mantienes actualizado?, ¿pones en práctica todo lo que sabes de «buena práctica clínica»?

Observe el lector que una ética de la seguridad clínica no pretende establecer responsabilidades de índole jurídicopenal y sólo de manera secundaria tiene consecuencias deontológicas, a las que nos referiremos más adelante. Una demanda judicial sólo toma cuerpo en presencia de daño demostrable; en cambio, el juicio ético puede activarse en ausencia de daño aparente, porque el objetivo de una ética de la seguridad clínica es que cada profesional use su inteligencia para crear

hábitos de trabajo seguros y analice los riesgos inherentes a su actividad tratando de minimizarlos. Hay en ello una dosis enorme de humildad (¿qué estoy haciendo que pueda hacerse de manera más segura para el paciente?). Hay también una buena dosis de valentía (¿cuáles son los escenarios de error que pueden darse?). En el caso del gestor sanitario, la pregunta sería: ¿cuáles son las consecuencias no deseables de mis decisiones que, por mera probabilidad estadística, tarde o temprano se producirán?

Jonas<sup>7,8</sup>, uno de los filósofos que fundamentaron la ética de la responsabilidad, decía que el temor puede sernos de ayuda. Cuando hacemos el esfuerzo de visionar escenarios de errores posibles, experimentamos miedo, miedo a que este escenario se haga realidad, y va a ser este miedo el que nos hará actuar preventivamente. Es lo que llama «heurístico del temor». Lejos de ser un ejercicio masoquista, constituye un ejercicio ético de primer orden. Educa al profesional en la humildad («corro el riesgo de equivocarme») y le sitúa en escenarios de esfuerzo (reprocesar hábitos, darles mayor complejidad, evitar lo que hemos llamado «fosilización de conducta»<sup>9</sup>). La ética, en el fondo, es una reflexión que nos hace más libres a costa de más esforzados.

### Una cultura de la seguridad clínica

Cuando hablamos de instaurar una cultura de seguridad clínica estamos hablando, en primer lugar, de esta capacidad para mirar de frente los errores cometidos y aquellos que podrían suceder. Hablamos también de un aprendizaje y una formación continuada que incorporen de manera sistemática el estudio de los errores más frecuentes. Un servicio hospitalario o un centro de salud sumergidos en una cultura de la seguridad clínica hacen también todo lo posible para revisar periódicamente su sistema de trabajo y estimular nuevas maneras de trabajar. Acogen a los nuevos profesionales proporcionándoles la información más relevante sobre fallos típicos en su perfil de actividades; recogen en sesiones clínicas, registros de incidencias o por otros medios la casuística de errores, y proceden a su análisis factual. En ningún caso se activan solamente sentimientos de culpa, reproches o sanciones. Por el contrario, se aplaude el valor de reconocer un error y el sacrificio de autoestima que hacemos en aras de brindar una experiencia útil al resto de los compañeros.

Una cultura de la seguridad clínica tiene impacto emocional. Cuando se produce un error, el modelo de atribución de responsabilidad suele manifestarse así: «Usted se ha equivocado por no desear de manera suficiente el mejor bien para su paciente, ¡vergüenza debería darle!». En una organización orientada a la seguridad clínica, la respuesta es del todo distinta. Se nos dice: «La mayor parte de las equivocaciones se producen porque usted mismo, sus colegas, el equipo del que usted es miembro o sus directivos presentes o pasados no analizaron con suficiente detalle la organización del trabajo, los hábitos cotidianos o el tipo de decisión y las condiciones idóneas para que su decisión fuera la mejor (teniendo en cuenta factores como la formación y supervisión que usted ha recibido, el seguimiento del paciente, etc.). Actúe con presteza para minimizar o reparar el daño, notifique el error si de ello puede desprenderse una enseñanza para otras personas y tenga siempre presente que usted tiene derecho a equivocarse, pero no a desentenderse de su error o de las consecuencias de éste».

En una organización de este tipo los profesionales experimentados deben sacar todo el partido posible de su experiencia en beneficio de los más jóvenes. La simple presencia de un manual de acogida de nuevos profesionales,

orientado a la seguridad clínica, la reserva de sesiones clínicas sobre errores, una planificación de actividades que considere las limitaciones que impone el cansancio físico, un sistema de registros de incidentes anónimo y de alertas ágil y personalizado garantizan una cultura de la seguridad clínica. No obstante, estas y otras medidas hay que considerarlas insuficientes si cuando se produce un error los responsables sólo reaccionan activando sentimientos culpables. La primera reacción frente a un error debe ser de serenidad, de analizar los hechos, mostrar apoyo a los profesionales, enmendar el error de la manera más presta posible, dando la cara quien más responsabilidad institucional e implicación directa tenga, y reparar el daño si lo hubiere, a la vez que se toman medidas organizativas para que no se repita. No se ha demostrado que mediante sanciones los médicos se equivoquen menos<sup>10</sup>. Es más, la única evidencia que tenemos afirma que la mera presencia de una cultura de la seguridad clínica disminuye los acontecimientos adversos<sup>11</sup>. Entonces ¿cuáles son las barreras para implantar una cultura de este tipo?

### Barreras a una nueva cultura de la seguridad clínica

En primer lugar, una concepción social de carácter retributivo frente al error<sup>12</sup>. Consiste en que, una vez producido el error, y amplificado a veces por los medios, predomina el sentimiento de que se ha producido una falta que debe compensarse en términos materiales y emocionales. Si además el paciente o familiar perciben por parte del profesional responsable desdén o banalización del daño causado (reacción psicológica bastante frecuente, cuya causa hay que buscarla en el intento del médico por disminuir sus propios sentimientos de culpa), se activan los deseos de revancha y resarcimiento emocional. Simbólicamente se representa algo así como «la venganza de los débiles» frente a la orgullosa «clase médica» (un drama que, por cierto, lleva varios siglos representándose).

La otra concepción posible de la falta es la que se denomina «utilitarista», y consiste en realizar aquellas acciones que se demuestren más eficaces para que la situación no se repita. Decíamos más arriba que tenemos ciertas evidencias de que una cultura de la seguridad clínica es la más apropiada. En un entorno cultural de este tipo, cabe preguntarse: ¿cuál debe ser la reacción emocional de los profesionales cuando se produce un error? En primer lugar, dar la cara, empatizar con el dolor ajeno y no desentenderse del seguimiento del paciente, procurando su mayor bien. Ello no supone pedir automáticamente perdón, pues el perdón desagravia una ofensa y el error clínico no debe entenderse como tal. Sin embargo, podemos y debemos mostrarnos solidarios con el sufrimiento del paciente, ¡aun en el caso de que éste interprete el error como ofensa! Aclaremos que empatizar no es expiar, y que tenemos aquí un matiz que muchas veces es de comunicación.

Empero, cabe decir que la transición social de la falacia de la omnipotencia profesional a una cultura de la seguridad clínica no resulta fácil. Los médicos hemos caído en la trampa de exagerar las virtudes de nuestro producto movidos por un afán de aplauso y notoriedad social, pero también ante las dificultades de nuestra sociedad para avanzar a cotas de mayor racionalidad. ¿Qué ocurriría si la sociedad se enterara de que hay unas tasas de acontecimientos adversos evitables de entre el 5 y el 10% de los ingresos hospitalarios? ¿O si un paciente conociera el riesgo de infección nosocomial del servicio en que está ingresado? Vivimos en sociedades abiertas que basan sus juicios en la transparencia. También los profesionales de la salud tenemos que ju-

gar a la transparencia. Ahora bien, hacer públicos los datos de mortalidad de los servicios quirúrgicos (p. ej., de cirugía cardíaca) no traduce de manera justa y nítida la calidad de los diferentes servicios (pensemos en la selección previa de pacientes, la complejidad de las técnicas realizadas y un largo etcétera). En cambio, introduciría un elemento de competición entre hospitales y servicios que podría originar efectos de profundo calado. ¿Quién querría ir a trabajar a un servicio quirúrgico calificado como el peor? Se crearía un círculo vicioso con cierres de servicios y, a la postre, inequidades regionales. Además, cercenaría uno de los valores básicos del Sistema Nacional de Salud: la cooperación y el flujo horizontal de habilidades, conocimientos y técnicas.

No va a ser tarea fácil trasladar a la sociedad una imagen ponderada y realista de lo que la medicina puede o no resolver. Hemos aceptado definiciones de «buena práctica» que sólo aceptan como habitual «lo óptimo». Esta visión poco realista la denuncia con acierto Aubia<sup>13</sup>, para quien no hacer lo óptimo no equivale a error por omisión, entre otras cosas porque «sería posible modelizar matemáticamente la imposibilidad de que, considerando la rapidez de generación de conocimientos, (...) un enfermo con multipatología (prácticamente todos) pueda recibir un tratamiento óptimo siempre. Desde un punto de vista más filosófico, «tratamiento óptimo» es casi el equivalente médico del concepto de «verdad» o «certeza», y es equiparable a un concepto de absoluto que es incompatible con la biología y la ciencia empírica». McIntyre y Popper<sup>14</sup> también advierten del peligro de conceder «autoridad» a determinados líderes para declarar lo que es «verdad» o no, en una ciencia que avanza tan velozmente.

Nuestra sociedad vive acomodada en el paraguas de las «buenas noticias» que los propios médicos le brindamos, vive conformada por la imagen simbólica de una medicina tecnificada que todo lo puede si quiere, en la que morir ya no es nuestro destino, sino una mera opción<sup>15</sup>. Cuando queda patente un error clínico, se rompe el espejismo y el ciudadano tiene una repentina sensación de fragilidad. En estas circunstancias suele pasar por alto el peso de la edad o de las enfermedades crónicas que ya tenía el paciente, para atribuir el desenlace exclusivamente a que los médicos «no hicieron todo lo correcto o todo lo posible para que se curara». Y este pensamiento cada vez tiene más seguidores, ¡aun sin haberse producido error alguno! En tales circunstancias deberemos esforzarnos en restablecer la confianza sobre unas bases más realistas.

### Situaciones con responsabilidad

Existe, por consiguiente, responsabilidad en el mismo hecho de aparentar lo que no somos. Ahí empiezan los malentendidos. La sociedad demanda una seguridad ante la muerte que no podemos ofrecerle y tenemos que ser valientes para darle también esta mala noticia. Morir no es una opción, es nuestro destino. Ello supone una reflexión colectiva de alcance, una presencia ecuánime y ponderada en los medios, un estilo expresivo acorde con los grados de sufrimiento que históricamente nuestra sociedad experimenta, y experimentará, sea cual sea nuestro sistema sanitario, y cierta complicidad de los profesionales de la comunicación.

Una segunda situación de responsabilidad deriva de la planificación estratégica<sup>16</sup>. Existe ahí una responsabilidad que llamaremos «maleficencia estadística». Algunas decisiones derivadas de la planificación van a conllevar a gran escala situaciones yatrogénicas. Cuando se decide, por ejemplo, que los archivos de historias clínicas «desaparezcan en 2 años» y se incentiva económicamente a los médicos para

que así ocurra, hemos de admitir que muchas historias clínicas van a ser trasladadas a formato digital de manera incompleta y con pérdidas de información relevante. ¿Acaso no estamos provocando situaciones latentes de error? Cuando incentivamos el alta precoz en servicios hospitalarios, favorecemos situaciones de riesgo e inequidad para determinados pacientes (p. ej., pacientes de difícil trato o manejo). Podemos alegar que de todas maneras el médico conserva su libertad de actuación; es cierto, pero no es éste el concepto de maleficencia estadística. Lo que nos dice este concepto es que «estadísticamente», en grandes poblaciones, esta decisión de gestión va a provocar situaciones latentes de error.

Pasemos en tercer lugar a considerar la organización concreta de cada servicio. Pensemos por un instante en la acogida de profesionales sin experiencia, que se han incorporado recientemente a tareas de gran complejidad... ¿deberían saber los pacientes que serán operados por un residente de tercer año? Pensemos en el uso que realizamos de los residentes de primeros años, siempre en la primera línea de urgencias, que es la más compleja. Pensemos en los circuitos de pacientes, calificados algunos como «preferentes o urgentes», sin que nadie revise ni priorice las listas de espera. Pensemos en la asignación de responsabilidades dentro de los equipos, la relación entre colegas, entre estamentos, el ambiente de colaboración o competición y las oportunidades que tiene cada profesional de labrarse una carrera profesional. Pensemos también en el seguimiento de los pacientes, una de las asignaturas pendientes de nuestro sistema sanitario; pensemos por ejemplo en la bolsa de pacientes incapaces de adherirse a tratamientos vitales y que con un mínimo esfuerzo (p. ej., el seguimiento telefónico de enfermería) mejorarían espectacularmente sus tasas de cumplimiento. O en la necesidad de orientar a los equipos de atención primaria hacia una gestión de poblaciones de riesgo mediante auditorías internas de pacientes seleccionados en función de su enfermedad o factor de riesgo, procurando una optimización grupal de su perfil de tratamiento.

Finalmente llegamos al cuarto y más aparente nivel, la tarea concreta de cada profesional... Éste es el ámbito preferido por el código deontológico, que suele incurrir en sus diferentes versiones en el «sesgo de apariencia», esto es: atribuir al profesional de primer contacto las responsabilidades globales de un acontecimiento adverso. Algunos autores tratan de minimizar el sesgo de apariencia incurriendo en la falacia sistémica, que consiste en exculpar al profesional clínico cargando las tintas sobre «el sistema». Podemos comprender las buenas intenciones que animan a los defensores de la falacia sistémica, pero los clínicos no podemos renunciar a nuestros propios niveles de responsabilidad, tal como apoya el informe del Hastings<sup>17</sup>. ¿Cuáles son estas responsabilidades?

En primer lugar, entender que nuestra práctica clínica no es un coto privado, donde nadie puede husmear, sino que debemos rendir cuentas. Ello supone colaborar en auditorías y, sobre todo, tener una actitud abierta a las novedades. En segundo lugar, supone dotarnos de hábitos de trabajo seguros. Frankfurt<sup>18</sup> distingue entre voliciones de primer orden y de segundo orden. Las voliciones de primer orden derivan de hábitos y no ponen en duda el plan general de actuación. El cirujano es libre de cortar por aquí y por allá (voliciones que Frankfurt llama de primer orden), pero no suele ser tan libre en cuanto a decidir la estrategia quirúrgica, la planificación del acto quirúrgico, el repaso anatómico previo a la intervención, los hábitos de comunicación dentro mismo del quirófano, etc., que serían voliciones de segundo orden, inercias del día a día, que sólo cambiamos con una re-

flexión estratégica previa. La ética de la seguridad clínica abre espacios de reflexión estratégica, esto es, anima a re-procesar hábitos y a aplicar nuestra inteligencia para mejorarlos. También nos invita a examinar las situaciones y a considerar si podemos escoger otras mejores (p. ej., demorar una intervención quirúrgica, siguiendo el aforismo de que «en cirugía es preferible quedar por prudente antes que ser considerado brillante»<sup>19</sup>). Si a pesar de todo ello se produce un error, la ética de la seguridad clínica nos orienta hacia la mejor manera de afrontarlo, encaminando los sentimientos de culpa, o su ausencia, hacia actuaciones beneficiosas para el paciente y la sociedad, como son reparar, informar y consolar.

Todos estos ámbitos señalados, y otros que, por falta de espacio, dejamos a la buena imaginación del lector, constituyen el contenido de una ética de la seguridad clínica.

### Entornos y situaciones de responsabilidad moral limitada

Volvamos al ejemplo con que abríamos el artículo. Aplicando los niveles de análisis esbozados más arriba, podríamos plantearnos: ¿se tuvo en cuenta la maleficencia estadística a la hora de aprobar el fármaco? ¿Se pusieron en marcha mecanismos para formar a los médicos en el uso de esta novedad farmacológica? ¿Existen ayudas en pantalla que avisen de las interacciones medicamentosas, en el mismo acto de recetar? ¿Hay mecanismos de alerta que informen a otros clínicos de los incidentes ocurridos con este fármaco?

Convendremos en que la doctora de nuestro ejemplo actuó con excesiva ligereza a la hora de recetar un fármaco del que no tenía experiencia de uso ni formación adecuada. Puede que si habláramos con ella nos dijera algo así: «No me explico cómo usé este fármaco. Posiblemente el hecho de tener una muestra gratuita y procurarle a un paciente con escasos recursos económicos un ahorro precipitó una decisión que normalmente tomo de manera más parsimoniosa». Podemos observar aquí una claudicación de recursos personales que produce un cortocircuito en el razonamiento habitual de la doctora. La doctora experimenta cierta excitación emocional por un diagnóstico que entiende «brillante» y por la suerte de tener un fármaco idóneo y gratuito para su paciente. Parecería que los hados le son propicios y en esta relativa euforia resuelve la entrevista. Conceptos como «gatillo de resolución de la entrevista», umbral crítico, factores restrictivos a la decisión, supervisor de tareas, etc. los hemos desarrollado en el modelo emotivoracional y pueden ayudar al lector interesado a profundizar en este y otros ejemplos<sup>20</sup>. Digamos, para abreviar, que un adecuado entrenamiento en habilidades de decisión le hubieran llevado a demorar la resolución de la entrevista y activar supervisores de tarea. Aun así es posible que se hubiera producido el error.

Hemos dicho que la claudicación de recursos personales configura una situación de responsabilidad limitada. Tenemos como mínimo 2 circunstancias más en las que se produce esta limitación de responsabilidades: toma de riesgos justificada y ventanas de error. Por consiguiente, y a modo de resumen:

1. *Claudicación de recursos personales.* Puede tratarse de una claudicación emocional, cognitiva o somática. Claudicación emocional sería la irritación que nos producen determinados pacientes hiperfrecuentadores, algunos pacientes que se comunican con mucha dificultad o los agresivos. Esta irritación no permite decidir con claridad. En la claudicación cognitiva sí pensamos con claridad, pero bajo presupuestos erróneos. Por ejemplo: acabamos de diagnosticar una tuberculosis y la siguiente visita tiene síntomas que

orientan hacia la misma enfermedad. Sin embargo, pensamos: «Es imposible tanta casualidad», y deseamos tal posibilidad. En la claudicación somática estamos tan cansados, o alterados por una mala calidad del sueño, o bajo los efectos de un fármaco o droga, que no razonamos bien.

2. *Toma de riesgos justificada.* Decidimos asumir una responsabilidad asistencial a pesar de que estamos «casi» o «en» claudicación de recursos personales, pero consideramos que esta asunción de responsabilidades es la mejor opción para los pacientes. Ello ocurre cuando nos encontramos en una guardia con fiebre, porque sabemos que no hay posibilidad de que ningún compañero nos sustituya. O bien cuando asumimos un procedimiento quirúrgico para el que no estamos totalmente preparados, porque si demoramos la intervención puede empeorar de manera notable el pronóstico del paciente. O, de manera similar, cuando tomamos decisiones cuestionables ante el empeoramiento progresivo de un paciente al que tenemos sin diagnóstico o con diagnósticos poco satisfactorios<sup>21</sup>.

3. *Condiciones latentes de error y ventanas de error.* Podemos afirmar que «condición latente de error» es un patógeno residente en el sistema (un mal diseño del envase de un fármaco –o incluso del nombre de una especialidad farmacéutica– que a la larga provocará que se confunda con otro), cuya existencia se ignora. El concepto de «ventana de error» también presupone la existencia de una condición latente de error, pero con una gran diferencia: sabemos que existe, somos conscientes de que se trata de una condición latente de error, pero no sabemos evitarla y la toleramos para conseguir un mayor bien. Sería el caso de las políticas de incentivos sobre indicadores de farmacia, ya comentado, que llevan a algunos médicos a negarse a prescribir algunos productos necesarios para no perder el incentivo económico; o el proceso de informatización de las historias clínicas, que ha conducido a pérdidas relevantes de datos clínicos. El gestor que tomaba estas decisiones lo hacía para conseguir un mayor bien, pero ¿era consciente de abrir estas condiciones latentes de error? En caso afirmativo (y sobre todo si se pusieron en marcha acciones para minimizar la maleficencia estadística), estaríamos en presencia de ventanas de error.

¿Cómo aplicar estos criterios de responsabilidad limitada a los casos concretos? No resulta fácil. Cualquier profesional que ha cometido un error podría, por ejemplo, apelar a una claudicación de recursos personales. ¿No estamos favoreciendo una bula generalizada que a la postre se traducirá en un menor esfuerzo en la mejora de la seguridad clínica? Desde nuestro punto de vista, las preguntas de la tabla 2 ayudan al análisis. En dicha tabla se consideran factores internos del profesional, que son poco o nada modificables (deterioro cognitivo, enfermedades que presenta, etc.), o modificables (dedicación al estudio, al paciente, etc.), y factores externos no modificables (entorno laboral, presión asistencial, etc.) y modificables (seguimiento de pacientes, sesiones clínicas, entre otros).

Podemos dibujar un abanico que tendría en un extremo el error claramente negligente, y en el otro, un error con diligencia. En ambos extremos el profesional desea el bien para el paciente, pero en el polo negligente no pone en juego recursos personales necesarios para resolver satisfactoriamente el caso. En pocas palabras, no se esfuerza de manera suficiente. En el caso (frecuente) de error diligente (tabla 3), el profesional se esfuerza, pero una presentación de los datos que induce a confusión, un desliz, la falta de experiencia, conocimientos o habilidades no exigibles le llevan a error.

## Esfuerzo, responsabilidad y culpa

El análisis del esfuerzo es uno de los más elusivos y difíciles, a caballo de la ética y la psicología. Si ya tenemos dudas acerca de la libertad de nuestros actos, ¡cuántas más en relación con el esfuerzo que aplicamos en ellos! ¿Cómo definir «conducta esforzada»? Nos esforzamos venciendo resistencias, y la principal resistencia es nuestro cansancio y los hábitos que nos arrastran a solucionar problemas usando el mínimo esfuerzo. La conducta esforzada (siguiendo a Rubert de Ventós<sup>22</sup>) sería sobre todo la conducta que vence inercias, las inercias de un cuerpo cansado o de una emoción que nos envuelve con su lógica circular<sup>23</sup>, o un hábito clínico empobrecido por el paso de los años.

Obsérvese que las personas responsables son personas de las que nos podemos fiar porque, entre otras cosas, son capaces de esforzarse. ¿Cómo definir «responsabilidad»? La palabra deriva de «responder». Quien es responsable tiene el deber social de responder de los problemas que surgen. Sin embargo, el auténtico calado del concepto no es tanto el acto mismo de responder como el de adelantarse a los problemas «por si tuviera que responder de ellos». Una persona responsable planifica seguridad y previene riesgos. ¿No es eso en parte la prudencia?

Estas reflexiones no solventan el nudo gordiano de la culpa. La típica afirmación de que debemos suplantar la culpa por responsabilidad yerra en algo básico: lo primero es un sentimiento, y lo segundo, como acabamos de ver, una actitud. Volvamos, por consiguiente, al ejemplo con el que abrimos el artículo y pongámonos en la piel de la doctora. Supongamos que experimenta sentimientos de culpa por el fatal desenlace y que incluso le haya pasado por la cabeza abandonar la profesión (como es el caso de casi el 8% de profesionales en dichas

circunstancias<sup>3</sup>). ¿Sería más apropiado que no experimentara estos sentimientos? Está claro que no, pero entonces ¿cuál sería el nivel razonable de culpa que debería experimentar?

La culpa se asienta en la capacidad humana de analizar causalmente lo que sucede, atribuirnos responsabilidad y solidarizarnos con el dolor ajeno. Es un estado de aflicción, un dolor moral sordo y profundo que activa conductas de reparación o, si éstas no son viables, mueve a un estado de postración y a veces inquietud ante la posibilidad de un castigo (pleito, agresión física, merma en el prestigio social o profesional o, más raramente, la posibilidad de penar las faltas en un más allá). ¿Es razonable que tengamos sentimientos de culpa en el caso analizado del antiviral? Pues sí, es razonable, y lo anormal sería que no aparecieran. La culpa es un regulador fundamental en la vida de la colectividad y su presencia nos motiva a esforzarnos en conductas responsables. ¿Las personas menos capaces de experimentar sentimientos de culpa son menos responsables y se equivocan más? No hay trabajos al respecto, pero parece una buena hipótesis a investigar, aunque un exceso de autocrítica puede llevarnos a medicina defensiva y sentimientos depresivos<sup>2,24</sup>.

Resulta absurdo negar los sentimientos de culpa, y hacerlo conduce a un enroque emocional parecido al paciente que desea anular el dolor por la pérdida de un ser querido. Vale aquí lo que aconsejamos allí: tenemos que activar el coraje y afrontar nuestros sentimientos y nuestros errores. Sin duda el mayor bálsamo para los sentimientos de culpa es hacer lo posible por el paciente, no desentenderse de su situación clínica o de su familia. Ayuda en gran manera un estilo de relación asistencial personalizada, donde cada paciente es una persona a quien se trata como tal. Recordemos el aforismo: «Trata a tus pacientes como si en un futuro debieras notificarles un error que has cometido».

Ahora bien, hay que poner a la culpa en su sitio, porque en determinadas personas es un sentimiento que colapsa capacidades de razonamiento y desarrollo personal. Ante una imputación de error lo primero que deberemos hacer es darnos tiempo, tener confianza en nosotros mismos y en nuestro perfil de ejecución de tareas, y analizar los pormenores del caso al menos con la misma objetividad con que lo haríamos en el caso de un colega. Algunos pretendidos errores son decisiones cuestionables que deben tomarse

TABLA 2

### ¿Negligencia o fatalidad? Factores restrictivos para la correcta decisión

*Factores internos modificables.* ¿Cuál es la trayectoria previa del profesional? Y de manera más concreta, ¿intenta el profesional estar al día, estudia, realiza cursos, etc.? ¿Es regular en su entrega a cada paciente, y no sólo a los «pacientes importantes», desarrollando la mayor parte de veces todos los pasos que marca la *lex artis*, aunque se trate de «pacientes difíciles»? ¿Es un profesional abierto a las críticas y, de manera notoria, se muestra flexible a las sugerencias de otros colegas y del propio paciente? ¿Aplica estrategias de seguridad clínica? Y de manera más concreta, ¿conoce los puntos débiles de su manera de ser que pueden conducirle a errores? ¿Sabe detener la consulta para reflexionar sobre un caso difícil?, esto es: ¿sabe darse tiempo para decidir? ¿Se rodea de ayudas informáticas o escritas para consultar dudas? ¿Consulta frecuentemente el *vademécum* para evitar errores en la prescripción? ¿Consulta a otros colegas? ¿Sabe realizar una buena gestión del tiempo? ¿Y de su propio cansancio?

*Factores internos no modificables.* ¿Presenta un deterioro cognitivo poco evidente, pero que limita su capacidad de decidir? ¿Presenta enfermedades crónicas que limiten su rendimiento cognitivo o le produzcan un cansancio crónico, dolores o molestias corporales persistentes? ¿Presenta alguna drogodependencia? ¿Debe tomar medicamentos que reduzcan su capacidad cognitiva? ¿Tiene un trastorno del sueño? ¿Presenta un estrés psicosocial importante?

*Factores externos modificables.* ¿Tiene información rigurosa sobre el perfil de riesgos de su puesto de trabajo? ¿Hay avisos en la pantalla del ordenador que le informen de situaciones de riesgo? ¿Hay una estrategia planificada y conocida por todo el equipo para minimizar errores en las situaciones más graves? ¿Hay un registro de incidencias y un sistema de alertas que permita prevenir futuros errores? ¿Hay un registro de pacientes frágiles o que precisan un seguimiento clínico especial?

*Factores externos no modificables.* ¿Tiene una agenda diaria saturada? ¿La población a su cargo es especialmente difícil por alguna razón? ¿Está inmerso en un equipo sin lazos afectivos, o incluso de predominio competitivo o con una cultura de frialdad emocional o animadversión? ¿Debe asumir responsabilidades para las que no está bien preparado?

TABLA 3

### Negligencia, impericia, imprudencia y error diligente

*Negligencia:* es lo contrario de la diligencia. Un acto negligente es hacer algo mal cuando, por lo general, lo hacíamos bien y podíamos continuar haciéndolo bien si hubiéramos tenido suficiente motivación o si nos hubiéramos esforzado de manera suficiente. Sin olvidar el horizonte histórico: lo que hoy consideramos correcto mañana lo consideraremos desfasado, e incluso negligente. Muchas negligencias se producen en entornos de responsabilidad limitada (véase texto)

*Impericia:* se refiere al grado de conocimientos y habilidades. Se supone que, por el lugar que ocupamos en una empresa, tenemos una pericia «debida» y también acreditada. Sin embargo, no siempre es así. Reconocer que en determinadas situaciones no poseemos la pericia necesaria (por olvido, por falta de formación adecuada) es un acto de prudencia que nos salva, precisamente, de un error por impericia

*Imprudencia:* es actuar sobrevalorando nuestras capacidades y sometiendo al paciente a un peligro innecesario, muchas veces «para resolver el caso». En algunas ocasiones va de la mano de la impericia; en otras, de una sobrevaloración de nuestros conocimientos o capacidades, o de una euforia que aminora hábitos de prudencia

*Error con diligencia:* el profesional posee una pericia adecuada a su grado de responsabilidades y sin actuar de manera imprudente ha puesto todo su saber y habilidades en la resolución de un caso, a pesar de lo cual no ha acertado en alguna/s de las fases del proceso asistencial, lo que ha dado lugar a un acontecimiento adverso que otro profesional con mayor experiencia o habilidad hubiera podido evitar

TABLA 4

**La paradoja de la culpa**

	<b>Me siento culpable</b>	<b>Creo que mi actuación ha sido correcta</b>
<b>Otras personas me consideran culpable</b>	Sentimientos de culpa apropiados	Paradoja de la culpa inapropiada
<b>Otras personas me consideran inocente</b>	Paradoja de la exculpación inapropiada	Sentimientos de exculpación apropiados

TABLA 5

**Aspectos que el Código Deontológico de la Organización Médica Colegial establece en relación con la seguridad clínica***Medios*

Suficiencia de medios  
Siempre se actuará con la historia clínica  
Libertad de prescripción

*Ars médica*

Se evitará la medicina defensiva  
Deber de actualizarse  
Deber de proveer «prácticas validadas»  
No despertar falsas expectativas  
No eutanasia ni suicidio asistido

*Actitud*

Diligente (no negligente)  
Justo (no discriminará a pacientes)  
Eficiente (no dilapidará medios)  
Prudente (pedirá el concurso de otros colegas, se abstendrá de procedimientos para los que no tenga suficiente cualificación, pedirá ayuda a organismos colegiales o institucionales especializados y al PAIM o similares para él o para colegas)

*Relación con pacientes*

Identificará un responsable de cada paciente sin diluir en equipo  
Respetará la autonomía del paciente. Consentimiento informado  
Informará sin maleficencia  
El paciente puede negarse a una petición de exploración  
Advertirá del peligro de que actúen diversos médicos sobre el mismo caso sin una coordinación

*Relación con compañeros*

Compartirá la información de tratamientos, etc., con otros colegas  
Dará la información que se le requiera a otros colegas  
No deteriorará la imagen de otros colegas frente a pacientes  
Considerará la opinión de otros colegas y de otros profesionales no médicos

*Medicinas alternativas*

Carácter siempre complementario  
Evitará el charlatanismo

por la premura del caso y porque no tomarlas sería peor e incluso éticamente más cuestionable. ¿Podemos hablar siquiera de errores en tales circunstancias?<sup>21</sup> Gracia<sup>25</sup> nos advierte que en escenarios de este tipo las éticas absolutistas, basadas en principios inalterables, deben dejar paso a juicios de proporcionalidad: ¿cuánto ganamos actuando?, ¿cuánto sin actuar? En ocasiones la pugna entre actuar para beneficiar al paciente o no actuar para evitar perjudicarlo puede conducirnos a cierta parálisis, en sí misma negativa para la evolución del paciente. En tales casos puede que lo único que nos quede para guiarnos, como nos recuerda Gracia<sup>26</sup>, es «el sentimiento de nuestro deber en circunstancias concretas», en verdad falible, pero cargado de buena intención. Y la intención, en ética, también cuenta.

Otras veces el análisis de un pretendido error es que no existe tal error, o se trata de un error diligente o de una responsabilidad atenuada por alguno de los entornos de responsabilidad limitada que analizábamos más arriba. Sin embargo, en el caso de que efectivamente exista un error (tabla 3), lo entenderemos como una oportunidad para averiguar aspectos de nuestra manera de razonar y proceder. La culpa no debiera colapsar lo que también es un deber ético: aprender de nuestros errores. Este aprendizaje siempre tiene 2 niveles: un nivel técnico («en tal situación debe-

ré proceder de tal manera») y un nivel cognitivoemocional («cuidado con las situaciones que me impiden razonar»), que incluye aspectos de impulsividad en nuestro carácter, prejuicios en relación con lo que desea el paciente con sus quejas (el típico «sólo quiere la baja», que da lugar a tantos errores), la excesiva amistad (que lleva a aquel «no le voy a molestar con una colonoscopia, pobrecito») o, como en el caso analizado, la euforia del diagnóstico brillante, que colapsa razonamientos posteriores e igualmente necesarios. Es precisamente este segundo nivel de aprendizaje el que supone mayor esfuerzo, porque toca aspectos de personalidad, de gestión del cansancio, de prejuicios, etc. La maduración del clínico es una maduración emocional que se realiza sobre todo en momentos de crisis.

La experiencia de culpa tiene tal impacto que recomendamos a nuestras instituciones que los consabidos servicios de asesoramiento legal dispongan también una ayuda especializada de tipo psicológico para los profesionales que afronten pleitos o reclamaciones. Uno de los aspectos que debería dilucidar esta ayuda es la presencia de sentimientos exagerados de culpa, o incluso la paradoja de la culpa inapropiada. Surge ésta frente a un acontecimiento adverso no evitable, que sin embargo el paciente o la familia imputan al profesional como error. El caso inverso es la paradoja de la exculpación inapropiada, en la que cometemos un error pero nadie se percata de ello (tabla 4). Tan injusto resulta tener sentimientos de culpa en el primer caso como no tenerlos en absoluto en el segundo.

**Deontología y seguridad clínica. Una propuesta**

Hemos dicho más arriba que una ética de la seguridad clínica tiene derivaciones deontológicas. El Código Deontológico de la Organización Médica Colegial no se refiere de manera explícita a la seguridad clínica, pero determina condiciones que suponen seguridad clínica (tabla 5). Sería adecuado que en un futuro dicho código mencionara este tema, evitando el «sesgo de apariencia» (véase más arriba), y recogiera la obligación del clínico de colaborar con la institución o empresa en los planes de seguridad, notificando si fuera el caso los acontecimientos adversos. También debería remarcar la necesidad de no desentenderse del seguimiento de los errores y la obligación de reparar el daño producido con todos los medios y diligencia, informando al paciente y/o allegados de las circunstancias de dicho acontecimiento adverso o error si con ello se lograra una reparación moral beneficiante. En cuanto al médico con responsabilidades de gestión, debería velar por los efectos indeseables de los incentivos y otras medidas de gestión (maleficencia estadística), y procurar un clima de trabajo propicio a la reflexión biopsicosocial sobre cada paciente, a la vez que facilitara instrumentos de ayuda a la decisión. Los sistemas de información no deberían diseñarse para controlar la tarea del médico, sino para ayudar a la labor clínica.

**A manera de conclusión**

Nos acordamos de santa Bárbara cuando truena. Nos acordamos de los errores cuando se nos imputan. Sin embargo, sabemos que los acontecimientos adversos evitables son

TABLA 6

**Algunas situaciones problemáticas en el desarrollo de una ética de la seguridad clínica**

<p><b>Beneficencia</b></p> <p>¿Ponemos todos los medios para organizarnos en la prestación de servicios seguros?</p> <p>¿Deberían ser obligatorias las recertificaciones de los profesionales?</p> <p>¿Y las acreditaciones de los centros?</p> <p>¿Y los incentivos para la seguridad?</p> <p><b>No maleficencia</b></p> <p>¿Hay incentivos que favorecen la inseguridad clínica?</p> <p>¿Cuál es el punto asumible de riesgo para cada caso concreto?</p> <p><b>Autonomía</b></p> <p>¿Puede en algún caso el consentimiento informado ser iatrogénico o inducir a errores?</p> <p>¿Y las voluntades anticipadas?</p> <p>¿Debemos explicar siempre los riesgos asistenciales que afrontamos?</p> <p>¿Debemos dar publicidad a nuestros niveles estructurales de riesgo?</p> <p><b>Justicia</b></p> <p>¿Debemos explicar siempre que nos hemos equivocado, incluso cuando de ello se derive una pérdida de confianza y un hipotético deterioro del seguimiento clínico?</p> <p>¿Debemos pedir perdón? ¿En qué circunstancias?</p> <p>¿Deberían los pacientes víctimas de un acontecimiento adverso no prevenible recibir una indemnización?</p> <p>¿Y los que han presentado un acontecimiento adverso prevenible, con objeto de prevenir la judicialización de la práctica médica?</p>
---

frecuentes en hospitales y centros de salud. Por ello resultan necesarias la formación en seguridad clínica y la impregnación en la cultura de la seguridad, cultura fundamentada en la ética de la seguridad. El presente artículo es introductorio, por lo que deja muchas cuestiones problemáticas abiertas (tabla 6). Es suficiente, sin embargo, para señalar que una respuesta adecuada a estos retos no es una respuesta meramente técnica, sino un cambio de valores en el ámbito de la profesión, de la empresa y de cada profesional. Una ética de la seguridad clínica aborda la imagen social de la medicina, la gestión y planificación de servicios asistenciales, la praxis clínica y el afrontamiento mismo del error. Delimita entornos de responsabilidad limitada y nos ayuda a tener una imagen más ajustada de nuestros derechos y deberes como profesionales o pacientes. También proporciona instrumentos al profesional para analizar, matizar y encauzar sentimientos de culpa, traduciéndolos en actitudes responsables, y propicia una maduración no sólo cognitiva, sino fundamentalmente emocional. Porque, como solía decir Gol i Gurina, tenemos derecho a equivocarnos, pero no a desentendernos de nuestros errores.

**Agradecimiento**

El autor expresa su gratitud al Dr. Manuel de los Reyes López, miembro de honor de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; Marc Antoni Broggi i Trias, vicepresidente del Comité Consultiu de Bioètica de la Generalitat de Catalunya; Rogelio Altisent Trota, director del Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud de Zaragoza, y Pablo Simón Lorda, profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública, por la atenta lectura y numerosas observaciones que han sido añadidas al texto. A la Aliança per a la Seguretat dels Pacients (Generalitat de Catalunya) y la Fundació Gol i Gorina por encargarme la conferencia inaugural de las III Jornadas de los Comités de Ética Asistencial de Atención Primaria, con el título de «Ética de la seguridad clínica», base del presente trabajo, y a la Fundació

Avedis Donabedian, en las personas de Joaquim Bañeres y Rosa Suñol, por el apoyo prestado en la confección del artículo, así como sus valiosos comentarios.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Informe. Febrero de 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc\\_sp2.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf)
2. Borrell F, Páez C, Suñol R, Orrego C, Gil N, Martí M. Errores clínicos y eventos adversos: percepción de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2006;38:25-32.
3. Borrell F, Toll J, Matamoros J, Martí M, León M. Errores clínicos percebuts pel metge de capçalera. *Salut Catalunya*. 1996;10:22-5.
4. La Voz de Asturias. 28 de octubre de 2006. Disponible en: <http://www.elperiodicodejijon.es/noticias/noticia.asp?pkid=303049>
5. Simón Lorda P. Ética y seguridad de los pacientes. *Humanidades Médicas*. 2005;8:145-60.
6. Artieta Pinedo I, González Labra MJ. La toma de decisiones. En: González Labra MJ, editor. *Introducción a la psicología del pensamiento*. Madrid: Trotta; 2006. p. 391-2.
7. Jonas H. Técnica, medicina, ética. La práctica del principio de responsabilidad. Barcelona: Paidós Básica; 1997.
8. Jonas H. El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Barcelona: Herder; 1995.
9. Borrell F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona; semFYC; 2004.
10. Monés Xiol J. Deontologia i errors mèdics. *Annals de Medicina*. 2003;86(3). Disponible en: [http://www.academia.cat/pages/academ/vidaacad/publica/annals/annals\\_w.htm](http://www.academia.cat/pages/academ/vidaacad/publica/annals/annals_w.htm)
11. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med*. 2006;355:2725-32.
12. Ten CL. Crimen y castigo. En: Singer P, editor. *Compendio de ética*. Madrid: Alianza Editorial; 2000. p. 499-506.
13. Aubia J. Errores médicos: los sistemas de protección y sus paradojas. En: *Fundació Víctor Grifols i Lucas, editor. La gestión de los errores médicos. Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas*. 2002;7:21.
14. McIntyre N, Popper K. The critical attitude in medicine: the need for a new ethics. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1983;287:1919-23. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=6418271>
15. Fernández de Sanmamed MJ, Marquet R, Reguant M, Zapater F. Malalts de salut? Reflexions al voltant de les noves demandes i les respostes del sistema sanitari. Barcelona: CAMFIC; 2006. Disponible en: [http://www.camfic.org/grups\\_treball/altres/qualitat/malalts\\_de\\_salut%20final.pdf](http://www.camfic.org/grups_treball/altres/qualitat/malalts_de_salut%20final.pdf)
16. Simón Lorda P, coordinador. Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica-Triacastela; 2005.
17. Sharpe VA. Promoting patient safety: an ethical basis for policy deliberation. *Hastings Cent Rep*. 2003;33 Suppl:1-20.
18. Frankfurt H. Freedom of the will and the concept of the person. *Journal of Philosophy*. 1971;68:5-20 [reimpreso en: Watson G, editor. *Free will*. Oxford: Oxford University Press; 1982].
19. Broggi MA. Tracte i tractament en la pràctica clínica. Per una mirada més enllà de la pràctica clínica. Discurs d'ingrés a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, desembre de 2006. Barcelona: Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya; 2006.
20. Borrell-Carrío F, Epstein R. Preventing errors in clinical practice: a call for self-awareness. *Ann Fam Med*. 2004;2:310-6. Disponible en: <http://www.annfammed.org/cgi/reprint/2/4/310>
21. Hofer TP, Hayward RA. Are bad outcomes from questionable clinical decisions preventable medical errors? A case of cascade iatrogenesis. *Ann Intern Med*. 2002;137:327-33.
22. Rubert de Ventós X. Ética sin atributos. Barcelona: Anagrama; 1996.
23. Wolheim R. On the emotions. New Haven, London: Yale University Press; 1999 [trad. cast.: *Sobre las emociones*. Madrid: A. Machado Libros SA; 2006].
24. Firth-Cozens J. Individual and organizational predictors of depression in general practitioners. *Br J Gen Pract*. 1998;48:1647-51.
25. Gracia D. Como arqueros al blanco. Madrid: Triacastela; 2004. p. 225-42.
26. Gracia D. ¿Qué son intrínsecamente malos, los actos o las intenciones? *JANO*. 2006;1599:50-53. Disponible en: [http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.indice\\_revista?pidet\\_revista\\_numero=13003735](http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.indice_revista?pidet_revista_numero=13003735)