

RADICACIÓN:	M.S. 065-2019
QUEJOSA:	Yy
MAGISTRADA PONENTE:	MARÍA IRAIDIS SOTO SOTO
DISCIPLINADA:	Xx
LUGAR DE LOS HECHOS:	Hh
ASUNTO:	RESUELVE RECURSO DE APELACIÓN No. M.S. 065-2019
ACTA:	060-2019

1. OBJETO DEL PRONUNCIAMIENTO

Se dispone el Tribunal Nacional Ético de Enfermería, en adelante TNEE, a resolver el recurso de apelación interpuesto oportunamente por el ciudadano **AB**, en contra del fallo sancionatorio, Resolución No. 003 del 29 de marzo del 2019 del proceso de radicación No. 002A-2017, proferida por el Tribunal Departamental Ético de Enfermería Región Nororiental, en adelante, TDEERNOR.

2. SÍNTESIS DE LA QUEJA

Mediante la queja remitida por Yy, jefe de la oficina jurídica de la ESE Hh, Arauca, en contra de la profesional Xx quien, para la época de los hechos, 13 de mayo de 2016, fungía como enfermera en servicio social obligatorio en el Hh, Arauca, adscrita a la ESE mencionada.

La queja se generó porque el 13 de mayo de 2016 entre las 9 y las 10 de la noche al hospitalizar al menor No de 2 años de edad, la profesional Xx elaboró la ficha de droga en la que registró: Droga: Metilprednisolona, Dosis: 500mg IV c/12h. Horas: 4 – 4. En consecuencia, el día 14 de mayo una auxiliar de enfermería administró la dosis de 500mg IV a las 04:00 pm sin advertir que la prescripción médica fue de 180 mg endovenoso de Metilprednisolona dosis única y posteriormente continuar con 6mgr cada 12 horas.

3. ACTUACIÓN PROCESAL Y PRUEBAS

3.1 ACTUACIÓN PROCESAL. Se origina la presente acción disciplinaria por queja entablada por la señora Yy jefe de la oficina jurídica de la ESE Hh y recibida por el TDEERNOR el 2 de febrero de 2017. Con la queja se anexan los siguientes documentos: (i). Oficio remitido por Sc, Asesora de Garantía de Calidad de la E.S.E. Hh¹, Arauca, informando a Yy, Asesora Jurídica de la E.S.E. Hh, Arauca, dos eventos adversos que se presentaron en el mes de mayo en el proceso de hospitalización con dos menores de edad. El primero señala el evento adverso ocasionado al paciente Ni de 2 años, quien ingresó al proceso de hospitalización el 13 de mayo de 2016, a las 10:30 pm con órdenes médicas de administrarle Metilprednisolona «...al ejecutarse la orden hubo una sobredosis por parte de la

¹ La E.S.E. Hh está conformada por 5 Instituciones prestadoras de servicios de Salud, dentro de las que se encuentra el Hh, lugar de ocurrencia de los hechos.

auxiliar de turno». El segundo evento adverso refiere que la paciente Na, de 3 años, ingresó al proceso de hospitalización el 16 de mayo de 2016 con «órdenes médicas a ejecutar, el cálculo de los medicamentos no fueron (sic) ajustados de acuerdo al peso de la paciente, por lo que hubo sobredosis por parte del médico de turno» fl 2 y 3 c.o. (ii) Oficio de Sistema Integrado de Gestión, Reporte de Incidentes Eventos Adversos donde se describen los casos mencionados anteriormente, fl 4 c.o. (iii) Oficio de Ax auxiliar de enfermería en el que señala una versión de los hechos acaecidos el 14 de mayo de 2016, dirigido a Dhh, directora de la E.S.E. Hh, fl 5 y 6 c.u. (iv) Oficio de la enfermera SSO², Xx, dirigido a la directora del Hh, presentando un informe sobre los hechos ocurridos el 13 de mayo de 2016, fl 8 c.o. (v) Fotocopia de un documento denominado ficha de droga, fl 9 c.o. (vi) Copia de la Historia Clínica, registros de enfermería del menor Ni fl 10 al 16 c.o. (vii) Oficio dirigido a Dhh, Directora de la E.S.E. Hh, Arauca del señor Mhh, médico en servicio social obligatorio, en el cual rinde un informe sobre el manejo clínico dado al paciente Ni. fl 18 y 19 c.o. (viii) Copia de Historia Clínica de la atención de urgencias del menor No fl 20 a 23 c.o.

El 6 de febrero de 2017 en cumplimiento del orden interno de reparto se asigna a la magistrada instructora Helda Cecilia Amaya Díaz, (fl 26 c.o.) y en la misma fecha se abre la averiguación preliminar (fl 27 c.o) y se decretan pruebas documentales para el esclarecimiento de los hechos, fl 28 c.u.

El 12 de diciembre de 2017, se abre investigación formal (fl 158 a 160 c.u.) se notifica personalmente a la profesional Xx, se vincula a la investigación y se cita para que rinda diligencia de versión libre y espontánea, fl. 165 y 166 c.o.

El 10 de agosto de 2018, el TDEERNOR formula pliego de cargos, se surte la notificación personal y se fija fecha para que la profesional investigada rinda descargos, fl 185 a 207 c.o. El 9 de noviembre de 2018, se surte la diligencia de descargos de la enfermera Xx, quien asiste acompañada del abogado defensor, fl 213 a 221 c.o.

Mediante la Resolución No. 003 del 29 de marzo de 2019 el Tribunal Departamental Ético de Enfermería región Nororiental TDEERNOR profiere fallo dentro de la investigación seguida a la profesional de enfermería Xx y la declara responsable por la violación a los artículos 3, 8 y 11 de la Ley 911 de 2004 y en consecuencia impone la sanción de censura escrita de carácter público. Se surte la notificación de la Resolución mencionada. El defensor dentro del término legal interpone recurso de reposición y en subsidio el de apelación. La reposición confirma la Resolución No. 003 del 29 de marzo de 2019 y concede el recurso de apelación.

3.2. SINTESIS DE LAS PRUEBAS

Documentales

Oficio dirigido a la abogada del TDEERNOR suscrito por María Dilia Sierra Ortiz Asesora Jurídica de la E.S.E. Hh, Arauca, mediante el cual se allegan 65 folios con las siguientes copias:

² Servicio Social Obligatorio

1. Copia legible de la Historia Clínica No. 1119185785 de la menor Na, en la que se incluye la atención en el servicio de urgencias, de la hospitalización y los registros de enfermería, en la E.S.E. Hh, fl 35 a 44c.o.
2. Copia legible de la Historia Clínica No. 1115738955 del menor Ni³, de la E.S.E. Hh, Arauca en la que se incluye un folio del registro de signos vitales de fecha 13/05/16; folio sobre el registro de la administración de medicamentos de fecha 13/05/16; registro de enfermería de la misma fecha desde las 12:30 hasta las 22:00 horas (los registros mencionados en precedencia son en manuscrito) fl 45 a 48 c.o. Se allegaron otros registros de enfermería y evolución médica en computador y en manuscrito, fl 49 a 57 c.o.
3. Solicitud de remisión del paciente Ni de la E.S.E. Hh, Arauca, a un Hospital de segundo II Nivel, fl 58 a 70 c.o.
4. Programación de actividades profesionales de enfermería y de auxiliares de enfermería del mes de mayo del 2016, fl 71 a 75 c.o.
5. Los siguientes protocolos: (i) Recibo y Entrega de Turno fl 76 a 77 c.o; Administración de Medicamentos, fl 78 a 81 c.o; Inserción de catéteres intravenosos, fl 82 a 86 c.o.
6. Formato de socialización de los siguientes protocolos: administración de medicamentos, recibo y entrega de turno, inserción de catéteres intravenosos al personal de enfermería por parte de la enfermera Xx, fl 87 a 89 c.o.
7. Formato de análisis de eventos adversos e incidentes sobredosis de medicamentos, fl 94 a 96 c.o.
8. Funciones del personal auxiliar de enfermería y profesional de enfermería de la E.S.E. Hh, Arauca, fl 97 a 98 c.o.
9. Copia del Acta No. 165, mediante la cual toma Posesión Xx como enfermera de Servicio Social Obligatorio de la E.S.E. HH, Arauca, fl 99 c.o.
10. Comunicación de la representante legal de la Organización Colegial de Enfermería mediante la cual informa que la ciudadana Xx se encuentra inscrita como enfermera en el Sistema de Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud, RETHUS. fl 102 c.o.
11. Oficio del gerente de la E.S.E. Hh, Arauca, mediante el cual adjunta copia de los siguientes documentos: (i) Resolución de nombramiento como enfermera de Servicio Social obligatorio de la enfermera Xx. fl 108 c.o. (ii) Cédula de ciudadanía de la enfermera Xx 109 c.o. (iii) Copia de documentos de presentación de rurales de servicio social obligatorio del sorteo realizado el 19 de enero de 2016, en el Ministerio de Salud y Protección Social donde se evidencia la asignación de la enfermera Xx desde el 11 de febrero del 2016, fl 111, 112. (iv) Formato único de la Hoja de vida de la enfermera Xx, fl. 113 a156 c.o.
12. El 15 de enero de 2019 el TDEERNOR mediante oficio solicita información y pruebas documentales a la asesora jurídica María Dilia Sierra Ortiz, el cual es

³ En el expediente se observa que el nombre del paciente Ni, lo escriben no, en ocasiones finalizado con M y en otras ocasiones con N. En la presente providencia se escribirá siempre con M.

respondido el 31 de enero de 2019 y en el que se adjuntan algunos documentos que ya se encuentran relacionados en esta providencia, fl 226 a 243 c.o.

4. VERSIÓN LIBRE Y ESPONTÁNEA

En la diligencia la profesional Xx presenta la versión de los hechos ocurridos, a continuación se destacan los siguientes:

El día 14 de mayo de 2016 sobre las 16:00 horas como registra la Historia Clínica se administró el tratamiento ordenado por el médico tratante, acción realizada por parte de la Auxiliar de enfermería AX1 como ella misma plasma en las anotaciones de enfermería así: METILPREDNISOLONA 500 mg, + BECLOMETASONA + SULBACTAM 300 mg IV + MNB BROMURO IPATROPIO 8 GTS EN 3 CC DE SSN. Ese día me encontraba realizando otras actividades encargadas fuera del servicio de hospitalización y es hasta el día 15 que me entero por parte de otra Auxiliar de enfermería AX2 que al parecer le fue suministrada una sobredosis del medicamento METILPREDNISOLONA 500 mg al menor de edad en el turno anterior.

Al indagar con la Auxiliar de enfermería AX1 lo sucedido con la administración de los medicamentos, ella manifiesta haber suministrado efectivamente METILPREDNISOLONA 500 mg en una sola dosis, indicando que así se encontraba plasmado en un formato de apoyo que se llevaba de manera informal por parte de las auxiliares de enfermería llamado FICHA DE DROGA, sin percatarse de lo que ordenaba el médico en la Historia Clínica la cual indicaba que debía aplicarse en dosis de 6mg IV cada 12 horas, generando de esta forma un evento adverso, caso al que se le realizó protocolo de seguimiento establecido.

Me es importante dejar claro que yo me encontraba colaborando a las auxiliares de enfermería con los requerimientos del momento ya que había congestión de pacientes en la entidad, más sin embargo la aplicación del medicamento por parte de la auxiliar fue al día siguiente a las 4:00 p.m.

Es por estas razones que quiero resaltar que el suministro del medicamento no fue suministrado por mí y que la responsabilidad de la sobredosis debe recaer sobre la auxiliar de enfermería AX1teniendo en cuenta lo siguiente:

1. (...)
2. El día y la hora en que se le suministró el medicamento al menor Ni, yo me encontraba realizando otras actividades encargadas fuera del servicio de hospitalización y es claro que la responsabilidad del cuidado y seguimiento a las auxiliares de enfermería lo debe realizar alguien que se encuentre en superior (sic) que se encontrara en ese servicio, como el médico de turno. (el subrayado es fuera de texto)
3. La auxiliar de enfermería AX1debió confirmar y confrontar con la historia Clínica la dosis ordenada (...) y aplicar los DIEZ CORRECTOS para la administración de medicamentos...
4. Era de conocimiento de la auxiliar de enfermería AX1que la presentación del medicamento METILPREDNISOLONA es de 500 mg y que en la historia clínica estaba especificada la dosis a suministrar...
5. Es de aclarar que el sistema se encontraba en servicio, como quiera que quedó registrado en las anotaciones de enfermería la historia clínica del sistema SOCRATES (Software) que utiliza la entidad lo cual constata que la auxiliar podía constatar la orden médica.

...la auxiliar de enfermería AX1no tuvo en cuenta el PROTOCOLO DE RECIBO Y ENTREGA DE TURNO del Sistema Integrado de Gestión de la E.S.E. Hh, dejando claro que se le entregó la Historia Clínica de cada uno de los pacientes que se encontraban Hospitalizados, omitiendo de este el alcance del procedimiento y protocolo de administración de medicamentos, (...), y en las precauciones generales donde debió tener en cuenta:

- La reglar (sic) de los correctos en la administración de medicamentos.
- Consultar a la persona indicada si una orden no es clara, legible o firmada ...
- Cuando se requiera suministrar medicamentos poco frecuentes, cerciórese de la presentación, vía y modo de administración leyendo el instructivo de la casa comercial y corroborándolo con la ORDEN MÉDICA (si tiene dudas pregunte).

... que una vez generado el evento adverso se realizó un plan de mejoramiento por parte mía como profesional de enfermería, donde se le recalcó al personal de auxiliares de enfermería los protocolos y correctos siempre teniendo en cuenta las órdenes médicas registradas en las historias clínicas...

Por último, quiero manifestar que dentro de los protocolos establecidos para la administración de medicamentos por parte de la E.S.E. Hh no se encontraba el uso de formatos como el de ficha de droga.

Los protocolos establecidos para la administración de medicamentos y otros fueron modificados por la entidad después de los hechos en mención para el día 23 de junio de 2016 como consta en los archivos, fl 167 a169 c.o.

Se le realizan las siguientes preguntas: «... ¿Usted hizo la ficha de medicamentos? CONTESTADO: Yo transcribí la presentación del medicamento como tal. PREGUNTADO: Se le pone de presente el folio 9 del expediente preguntándosele si la ficha de medicamento visible en esta foliatura ¿Fue hecha por usted sí o no? CONTESTADO: Sí. PREGUNTADO: Como (sic) considera que está hecha esa tarjeta o ficha de medicamento. CONTESTADO: Está diligenciada la presentación del medicamento como tal y la dosificación. PREGUNTADO: Nos podría ampliar por qué no se colocó la dosis ordenada por el médico. CONTESTADO: Porque en el momento de realizada la ficha y revisar la orden médica no me percaté de la dosificación... PREGUNTADO: Fue entre las 9 y 10 y media que usted realizó la tarjeta de medicamentos. CONTESTADO: Si... PREGUNTADO: El día 14 de mayo revisó ficha de medicamentos e historia clínica del niño NO. CONTESTADO: No. PREGUNTADO: Por qué no lo revisó. CONTESTADO: Porque cuando llegué al servicio, primeramente, a urgencias a realizar procedimientos de esa área, procedimientos invasivos, curaciones (se realizaba stock de medicamentos, carro de paros e insumos pertinentes para el servicio) y realizar Triage en ocasiones cuando el servicio lo ameritaba, posterior me dirigí al servicio de hospitalización le preguntaba a las auxiliares sobre novedades referentes al servicio y a los pacientes y salí de remisión a Saravena no recuerdo a qué hora. PREGUNTADO: Considera que si se hubiera realizado la ficha de medicamentos el día 14 hubiera cambiado en algo la atención con el niño. CONTESTADO: Si, se abría (sic) modificado la dosis del paciente. (El subrayado es nuestro)

5. SÍNTESIS DEL FALLO DE PRIMERA INSTANCIA

En el acápite de Análisis y Consideraciones el tribunal de primera instancia señala los cargos que se imputan a la profesional de enfermería Xx que son los siguientes:

Por haber realizado una ficha de medicamentos sin tener en cuenta la dosificación prescrita por el médico tratante, delegando en las auxiliares de enfermería que estaban a su cargo su administración, dejando de hacer seguimiento al tratamiento impartido a su paciente, lo que pudo haberle causado secuelas permanentes en su salud y vida, pudiendo de esta forma haber infringido los artículos 3º, 8º y 11º de la Ley 911 de2004.

Dicho cargo lo contrasta con las respuestas presentadas en la diligencia de descargos y con las pruebas recaudadas por el TDEERNOR, al respecto señala el tribunal que la enfermera Xx considera que la responsabilidad de la administración de medicamentos es de la auxiliar de enfermería Ax1, y no de ella; indica que la revisión de la ficha de medicamentos frente a la historia clínica es función de la auxiliar en enfermería. Refiere que si la Auxiliar tiene dudas respecto a la dosis del medicamento debió preguntar al encargado del turno o a su superior como era el médico. La auxiliar administró el medicamento al menor Ni el día 14 de mayo de 2016 a las 4:00 p.m. aclara que no se administró la dosis del medicamento del turno nocturno del 13 de mayo de 2016, por no haber existencia en el stock de urgencias.

El Tribunal de primera instancia se hace el siguiente interrogante «si la delegación en la administración de medicamentos en las Auxiliares de Enfermería mina la responsabilidad que originalmente tienen las Jefes de Enfermería, o si por el contrario, aquella nunca se pierda y se perpetúa en el tiempo.»

Transcribe el artículo 8º 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.

Parágrafo. El profesional de enfermería tiene el derecho y la responsabilidad de definir y aplicar criterios para seleccionar, supervisar y evaluar el personal profesional y auxiliar de enfermería de su equipo de trabajo, para asegurar que este responda a los requerimientos y complejidad del cuidado de enfermería". (Negrilla y resalta fuera de texto original).

Y señala que la delegación del cuidado está sustentada en la supervisión y hace énfasis en que la norma mencionada hace un llamado al profesional para que este pendiente de las actividades de cuidado que delega.

Manifiesta que en la dogmática penal hay criterios y principios que permiten la separación de las responsabilidades de los miembros del equipo, y hace alusión al principio de división del trabajo horizontal y vertical y al principio de confianza.

Finaliza señalando que para estimar el principio de confianza «en relaciones verticales, se considera necesaria la correcta preparación e instrucción de los auxiliares por parte de su superior (...) la delegación si bien en principio se basa en la confianza depositada en el delegatario de creerlo capaz de ejecutar la instrucción y orden impartida, ello de por si no desplaza la responsabilidad de supervisión y control que se tiene sobre el subordinado.»

Refiere que «No es propio afirmar, como lo hace la jefe (sic) investigada **Xx**, que el deber de cuidado del paciente y su seguimiento recaiga en las auxiliares, porque si bien ellas cumplen una valiosa labor de acompañar la mayor parte del tiempo el cuidado del mismo, es a través del profesional de enfermería que se filtra éste (sic) deber.»

También señala que el código deontológico exhorta a la enfermera a que: «...dentro de las prácticas del cuidado, abogue... 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.» (Resalta (sic) propias).

En armonía con el anterior precepto indica el artículo 11 de la ley 911 de 2004, y transcribe parte del artículo 13 *Ibíd*em,

...la correspondiente prescripción médica escrita, legible, correcta y actualizada. Podrá administrar aquellos para los cuales está autorizado mediante protocolos establecidos por autoridad competente. (Resalta (sic) propias).

Continúa señalando que la razón de ser para que le exija al profesional de enfermería la prescripción médica, es porque, su actitud con el paciente o sujeto de cuidado debe ser: «...de apoyo, prudencia y adecuada comunicación e información...»

El tribunal de primera instancia considera que si bien la profesional de enfermería puede delegar actividades no es de buen recibo que no ejerza la «inspección, vigilancia y posterior manejo de sus pacientes y máxime como Ella misma lo apuntó en sus descargos, era la única Jefe que había en el servicio (...) lo que la

ubicaba de inmediato, en un mayor grado de exigencia, a estar pendiente de los manejos dados por las Auxiliares de Enfermería a su cargo».

El TDEERNOR hace la siguiente afirmación: «...la enfermera **Xx** refiere que el día en que realizó la ficha de medicamentos se encontraba muy cansada por sobrecarga laboral, pero analizando la situación y los hechos se observa que al siguiente día en las horas de la tarde sucedió el evento adverso, a pesar (sic) que ella pasó por el servicio de hospitalización preguntó al personal por cambios o alteraciones en los pacientes pero no revisó historias clínicas ni tarjetas de medicamentos, pudiéndose evitar el evento adverso sucedido en las horas de la tarde».

Indica que el documento ficha de droga, para la época de los hechos era un formato no aceptado por el departamento de calidad, no obstante «sí era reconocido por el equipo de salud y división administrativa adscritos para mayo de 2016 a la E.S.E Hh - ARAUCA- como el formato que se usaba para transcribir las órdenes médicas en cuanto a medicación se trataba». Concluye frente a esta apreciación que una cosa es que para la época de los hechos el documento no esté aprobado por el departamento de calidad, pero no comparte el criterio de la defensa en pretender que el acto equivoco de transcripción no exista, y que por esa razón no puede ser valorado por el tribunal.

Reitera que el documento ficha de droga no fue rechazado ni desconocido por la enfermera ni por la oficina jurídica de la E.S.E Hospital Hh, Arauca, y no fue tachado de falso dentro del presente investigativo. Por las razones señaladas, no comparte el criterio de la defensa al considerar que el TDEERNOR hizo una apreciación indebida de prueba, porque el documento como se indica es auténtico en su forma y contenido y por lo tanto tiene valor probatorio. Señala que es cierto que el documento no cuenta con el aval del departamento de calidad, pero esta no es razón para alegar la inexistencia del documento y del hecho contable y verificable como medio probatorio.

El tribunal de primera instancia considera que de acuerdo con la versión de la enfermera el día de la ocurrencia de los hechos el servicio de urgencias estaba congestionado, y tuvo que irse con una remisión a otro hospital y a su regreso, ya había finalizado su horario laboral; no obstante al ver la congestión decidió contribuir en el servicio y atendió al menor Ni y en cumplimiento de la prescripción médica le buscó la cama de hospitalización, la suma de todos los factores vividos durante el turno pudieron generar el error humano. No obstante indica:

...lo que finalmente echa de menos el Tribunal, es que la Enfermera, aún después de más de dos años de ocurridos los hechos- 13 de mayo del 2016-, persista en la idea que ella no tenía la responsabilidad Ética, legal y competencial de haberle hecho seguimiento a los pacientes hospitalizados, que eso era deber de las auxiliares de enfermería y que el error (sic) sobremedicación del menor Ni no fue de ella si no de la Auxiliar **AX1**(Cuadernillo Único Folio 167), porque ella debió haber revisado primeramente la orden médica y luego si contrastarla con la ficha de medicamento cosa que no hizo, y por eso ocurrió el evento adverso...

Así mismo afirma que la enfermera Xx no observó las funciones que aceptó previo a su contratación, ni tampoco tuvo en cuenta que la Ley 911 de 2004, en el artículo 8 indica que la delegación no desplaza la responsabilidad a las auxiliares, máxime cuando ella es la única profesional de enfermería.

Manifiesta el tribunal de instancia que la enfermera Xx no actuó con prudencia y diligencia porque omitió la revisión de las prescripciones médicas y hacer el

seguimiento de la administración de medicamentos, actividad delegada a las auxiliares.

Más adelante indica: «Es precisamente la falta de supervisión que rechaza enfáticamente este Tribunal por parte de la profesional investigada porque no puede justificarse un actuar descuidado escudándose en esa simple pregunta que hizo a sus auxiliares, (preguntar a las auxiliares sobre las novedades del servicio) sin haberse tomado el tiempo debido para verificarlo personalmente, como era su obligación.»

Refiere el tribunal que la Enfermera **Xx** no duda en manifestar que las auxiliares son quienes deben verificar las órdenes médicas y contrastarlas con la ficha de droga, como lo hizo al día siguiente de la sobremedicación (15 de mayo de 2016) “ la auxiliar **Ax2**, y no ella; es más en sus descargos fue categórica a la pregunta: ¿Debía usted sí o no desde sus funciones asignadas para la época de los hechos como enfermera profesional supervisar al personal de auxiliar de enfermería la administración de medicamentos CONTESTANDO: No ».

...el daño se materializó cuando la auxiliar **AX1** administró 500 mg de Metilprednisolona al niño Ni, pero también es cierto, que la falta de diligencia y cuidado en la transcripción de la orden médica por parte de **Xx** produjo una cascada de errores que condujeron al mismo...

Dado el acervo probatorio obrante en el proceso, el TDEERNOR llegó a la certeza de que la enfermera Xx obró con negligencia e imprudencia en el acto de supervisión y sometió a un riesgo injustificado incurriendo en violación de los artículos 3, 8 y 11 de la Ley 911 de 2004, indica que la enfermera Xx no tiene antecedentes, y se decide imponer como sanción la Censura Escrita de Carácter Público fundamentado en el artículo 64 ibídem.

6. SÍNTESIS DEL RECURSO DE APELACIÓN

Una vez notificada en debida forma la Resolución No. 003 de 29 de marzo de 2019 proferida por el TDEERNOR, el defensor presenta recurso de reposición y en subsidio el de apelación.

Es importante resaltar que el recurrente no aporta pruebas que sustenten lo que denomina en su escrito pretensiones, ni presenta inconformidades frente a las pruebas ni a los argumentos que sustentan la decisión del fallo de primera instancia, pero insta al Tribunal a reconocer las actitudes de la profesional y la ausencia de antecedentes. Así las cosas, en el presente acápite se señalan las solicitudes del recurrente y se desata el recurso en las consideraciones del despacho, señalando que la segunda instancia reconsidera las causales para atenuar la sanción.

Solicitudes:

- (i) El recurrente solicita que se revoque la Resolución No. 003 de 29 de marzo de 2019 proferida por el TDEERNOR. Y solicita que se reconsidere la trayectoria profesional «y trato humanizado por parte de su actuar probado dentro del proceso, igualmente nunca ha sido objeto de faltas disciplinarias o algún otro dentro de su vida en particular».
- (ii) Solicita que se tenga en cuenta otra decisión «con similar precedente disciplinario en contra de la enfermera Xx que no afecte su hoja de vida en forma directa...»

7. CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

7.1 Competencia.

El TNEE es competente para resolver el recurso de apelación sometido a su consideración, con fundamento en el Título V, Capítulo IV, de la Ley 911 de 2004, artículo 59 que reza:

Recibido el proceso en el Tribunal Nacional Ético de Enfermería, que actúa como segunda instancia, será repartido y el Magistrado Ponente dispondrá de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha, cuando entre a su despacho, para presentar proyecto, y la Sala Probatoria, de otros treinta (30) días hábiles para decidir.

Lo primero que se advierte es que no se observan nulidades que invaliden la actuación procesal, por lo tanto, el TNEE desata el recurso de alzada desarrollando los siguientes temas:

- 7.2 Identificación e individualización de la profesional de enfermería,
- 7.3 Análisis de los cargos imputados a la profesional,
- 7.4 Análisis de los principios
- 7.5 Decisión de la apelación,
- 7.6 Dosificación de la sanción.

7.2 Identificación e individualización de la profesional de enfermería.

Xx identificada con cédula de ciudadanía No. 1.049.392.311 de Cubará, portadora de la tarjeta profesional No. 1.049.392.311 expedida por la Organización Colegial de Enfermería. La Universidad de Pamplona le otorgó el título de Enfermera el 18 de diciembre de 2015. Fue nombrada como enfermera en Servicio Social Obligatorio con Resolución de nombramiento, por un año a partir del 11 de febrero de 2016, en la ESE Departamental Primer Nivel Hh. Acta No. 156.

7.3 Análisis de los cargos imputados.

El tribunal de primera instancia endilga los siguientes cargos a la profesional de enfermería Xx:

Por haber realizado una ficha de medicamentos sin tener en cuenta la dosificación prescrita por el médico tratante, delegando en las auxiliares de enfermería que estaban a su cargo su administración, dejando de hacer seguimiento al tratamiento impartido a su paciente, lo que pudo haberle causado secuelas permanentes en su salud y vida, en consecuencia, infringió de esta forma los artículos 3º, 8º y 11º de la Ley 911 de 2004.

De los cargos señalados se desprenden tres elementos de reproche: 7.3.1. Realización de una ficha de medicamentos sin tener en cuenta la prescripción médica. 7.3.2. Delegar en las auxiliares de enfermería la administración del medicamento omitiendo el seguimiento al tratamiento impartido. 7.3.3. Como consecuencia de las conductas citadas infringió los artículos 3, 8 y 11 de la Ley 911 de 2004.

A continuación se analizan cada uno de los cargos:

7.3.1. Realización de una ficha de medicamentos sin tener en cuenta la prescripción médica.

Para el análisis de este cargo se inicia revisando la historia clínica del menor No. En la evolución médica del día 13 de mayo de 2016, fecha de la realización de los hechos objeto de investigación, se observa:

19:39 p.m. Dra. Dthh, Médico General.

Se recibe paciente en observación pendiente de hospitalizar debido a que el médico de turno colapsó por sobre cantidad de usuarios. En el momento paciente polipneico de difícil manejo de oxígeno, falta de cuidado de la madre.

Plan Médico:

1. Hospitalizar en pediatría.
2. Nada vía oral.
3. Oxígeno (sic) por cánula nasal 1 litro por minuto.
4. Solución salina 45cc/hora.
5. Ampicilina sulbactam 300mg IV cada 6 horas calculado a 100mg/kg/día.
6. Salbutamol 3 puff cada 12 horas con inhala cámara pediátrica.
7. Beclometasona 1puff cada 12 horas con inhala cámara pediátrica.
8. METILPREDNISOLONA 6mg IV cada 12 horas (FI 59 c.o.).
9. Nebulización Bromuro de Ipatropio 8 gotas cada 8 horas
10. (...) (el subrayado es nuestro)

DIAGNOSTICO DE HOSPITALIZACIÓN

1. NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD
2.

TRATAMIENTO

Descripción
 OXIGENO 4 LITROS
 Cánula nasal de oxígeno pediátrica (MEDEX)
 ...
 ...
 Metilprednisolona (succinato sódico) 500mg
 ... (Copia textual)

13-05-2019. 22:00. Al revisar los registros de enfermería suscritos por el auxiliar de enfermería, describe que la jefe del servicio diligencia la papelería y trámites para ser llevado (el menor) a hospitalización. (FI 48 c.o.).

Ficha de Droga. fl 9 c.o.

FICHA DE DROGA	
FECHA	13-05-2016.
NOMBRE	William Ferny Hernandez
CAMA	
SERVICIO	pediátrica
DROGA	Metilprednisolona
DOSIS	500mg IV c/12 h.
HORAS	4 - (4)
VIA	
FIRMA	Rubén Bautista.

El registro de enfermería de Ax1 señala:

14/05/2016 16:00

SE ADMINISTRA TTO ORDENADO METILPREDNISOLONA 500 mg. + BECLOMETASONA 1 puff POR INHALOCAMARA + SALBUTAMOL3 PUFFINH + SULBACTAM 300 mg IV + MNB BROMURO IPATROPIO 8 GTS EN 3 CC DE SSN. (Copia textual del registro de enfermería) fl 11 c.o.

El registro del auxiliar Ax3 señalado en precedencia, se contrasta con la versión libre de la enfermera Xx (fl 115 c.u.) se le hizo la siguiente pregunta: «Usted hizo la ficha de medicamentos. CONTESTÓ: yo transcribí la prescripción del medicamento como tal. PREGUNTADO: se le pone de presente el folio 9 del expediente preguntándosele si la ficha de medicamentos visible en esta foliatura fue hecha por usted, si o no. CONTESTÓ: sí. PREGUNTADO: como (sic) considera está hecha esa tarjeta o ficha de medicamento. CONTESTÓ: está diligenciada la presentación del medicamento como tal y la dosificación...»

Frente al mismo hecho la profesional Xx indica en la diligencia de descargos: «PREGUNTADO: La ficha o formato de medicamento (sic) puntualmente quien (sic) lo hizo CONTESTÓ: la ficha de medicamentos según indicación de la institución lo realizaba la auxiliar de enfermería de urgencias antes de ser trasladado el paciente a hospitalización, siendo el caso por congestión del servicio no se realizó al ingresar a hospitalización por ayudar a descongestionar lo realicé...»

En los descargos la enfermera Xx también señala que en la Institución no existía una ficha de medicamentos aprobada por la E.S.E., solo se utilizaba en el servicio de urgencias y acepta que la prescripción de la Metilprednisolona la «plasmó en una ficha de droga que se elaboró como guía para administrar el medicamento, teniendo en cuenta que en cada recibo de turno debían actualizar junto con la evolución médica y notas de enfermería...»

Adicionalmente en la diligencia de descargos la profesional Xx indica: «... Al indagar con (sic) la Auxiliar de enfermería Ax1 lo sucedido con la administración de los medicamentos, ella manifiesta haber suministrado efectivamente METILPREDNISOLONA 500 mg en una sola dosis, indicando que así se encontraba plasmado en un formato de apoyo que se llevaba de manera informal por parte de las auxiliares de enfermería llamado FICHA DE DROGA, sin percatarse de lo que ordenaba el médico en la Historia Clínica la cual indicaba que debía aplicarse en dosis de 6mg IV cada 12 horas...»

La profesional Xx indica en la diligencia de versión libre y en la de descargos, que en lo relacionado con la administración del medicamento de Metilprednisolona correspondiente a la dosis del día 14 de mayo de las 4:00 a.m., no se pudo administrar debido a que no había disponibilidad del medicamento en la institución. La sobredosis se administró a las 16:00 horas. Esta versión es corroborada con los registros de enfermería.

En conclusión al hacer la valoración del acervo probatorio que obra en el expediente se observa que hay evidencia inequívoca que permite tener la certeza de que la profesional de enfermería Xx es la autora de la ficha de droga. La importancia de la ficha de droga radica en que ese documento fue indispensable en la ocurrencia material del hecho descrito en la queja y que originó esta investigación, porque fue la guía que tuvo en cuenta la auxiliar de enfermería Ax1 para administrar el medicamento Metilprednisolona 500 mg IV al menor No, el día 14 de mayo de 2016 a las 16:00 horas.

7.3.2. Delegar en las auxiliares de enfermería la administración del medicamento omitiendo el seguimiento al tratamiento impartido.

Se encuentra probado en el expediente que la profesional Xx elaboró la ficha de droga para que la auxiliar de turno administrara el medicamento de Metilprednisolona.

La Ley 911 de 2004 señala que el profesional de enfermería podrá delegar actividades de cuidado de enfermería a la auxiliar de enfermería cuando de acuerdo con su juicio no ponga en riesgo la integridad física o mental y condiciona dicha delegación a la supervisión. Delegar significa dotar al delegatario de poder y de

autonomía para realizar una actividad que el delegante considera a su buen juicio que puede realizar.

La literatura señala que el procedimiento de la administración de medicamentos se desarrolla en una serie de etapas: prescripción médica, recepción, preparación, administración, registro, educación y seguimiento al sujeto de cuidado. Así las cosas, la enfermera en este proceso debe tener conocimientos no solo de farmacocinética, sino también sobre los efectos terapéuticos, secundarios, tóxicos, reacciones adversas, interacciones, además de conocer los protocolos de la institución para realizar el procedimiento con niveles de calidad que le permitan brindar seguridad al paciente.

Retomando nuevamente la literatura sobre los errores en la administración de medicamentos referida en el pliego de cargos, «los errores más frecuentes ocurren en las etapas de prescripción y administración. Se ha determinado que hasta el 67% de prescripciones médicas tiene uno o más errores y que de estos un 46% ocurre en el ingreso y en el alta Hospitalaria... fl 199 c.o.» Son estas algunas de las razones por las que el TNEE considera que este procedimiento excepcionalmente puede ser delegado a la auxiliar de enfermería. Si bien, el Decreto 3616 del 10 de octubre de 2005,⁴ en el artículo 4 numeral 7 establece que este procedimiento puede ser delegado a la auxiliar: «administrar medicamentos según delegación y de acuerdo con las técnicas establecidas en relación con los principios éticos y legales vigentes», el TNEE reitera que la administración de medicamentos es un procedimiento que implica una suma de saberes técnico científicos, éticos y legales que no se adquieren en la formación de auxiliar de enfermería con un curso aislado sobre medicamentos, sino requiere de una formación sólida e integral que le permita a un profesional cumplir con el seguimiento de las etapas para la administración del medicamento y de esta forma brindar seguridad al sujeto de cuidado.

En la diligencia de descargos se le preguntó a la profesional: «debía usted sí o no desde las funciones asignadas para la época de los hechos como enfermera profesional supervisar al personal auxiliar de enfermería de la administración de medicamentos CONTESTADO: no...» fl 215 c.o. El reproche que se le endilga a la profesional es, no solo la omisión en su deber de supervisión a las auxiliares de enfermería, sino también el desconocimiento de las directrices del código deontológico de enfermería frente a su deber de vigilancia y control de las actividades de cuidado a los pacientes.

En los descargos también indica que actuó con profesionalismo una vez generado el evento adverso «...y haciendo seguimiento personal del caso sin importar las amenazas y matoneo del cual fui víctima, puntualizando que se realizaron 2 entregas y evoluciones médicas y entregas de turno antes de que ocurriera el evento adverso sin que los profesionales a cargo de ella directamente como la auxiliar de enfermería actualizara las evoluciones médicas cómo (sic) lo realizó la enfermera (sic) Ax2 en su turno. PREGUNTADO: jefe Xx cuando usted habla de profesionales de salud hace referencia también a las auxiliares de enfermería. CONTESTADO: en el contexto de la Institución, si. (sic) Debido a las capacitaciones y estudios que reciban dentro de la Institución...»

⁴ República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3616 del 10 de octubre de 2005. «Por medio del cual se establecen las denominaciones de los auxiliares en el área de salud, se adoptan sus perfiles ocupacionales y de formación, los requisitos básicos de calidad de sus programas y se dictan otras disposiciones»

No es aceptable para el TNEE que la profesional Xx pretenda desvirtuar su omisión elevando la jerarquía educativa de las auxiliares de enfermería a profesionales para transferirles la responsabilidad de su negligencia en la actualización de las evoluciones médicas y contrastarlas con la ficha de droga, función que habría evitado la sobredosis de Metilprednisolona.

En conclusión el TNEE comparte el criterio del TDEERNOR de que la profesional de enfermería tiene la función de supervisión, vigilancia y control de todas las actividades que delega a las auxiliares de enfermería.

7.3.3. Como consecuencia de las conductas citadas infringió los artículos 3, 8 y 11 de la Ley 911 de 2004

Para iniciar el análisis de la adecuación típica es preciso aclarar qué son los tipos abiertos o tipos en blanco en derecho disciplinario; de acuerdo con la Corte,

El tipo abierto en derecho disciplinario hace referencia a aquellas infracciones que ante la imposibilidad del legislador de contar con un listado detallado de comportamientos que se subsumen en las mismas, remiten a un complemento normativo, integrado por todas las disposiciones en las que se consagren deberes, mandatos y prohibiciones que resulten aplicables a los servidores públicos⁵.

El precepto señalado indica que los tipos en derecho disciplinario son de remisión a aquellas normas que consagran funciones, protocolos o prohibiciones, en otras palabras, la norma disciplinaria se debe integrar con la Ley 911 de 2004, la Ley 266 de 1996, los principios que orientan el ejercicio, las funciones establecidas en la institución para las profesiones, los protocolos, las guías de manejo y todos los reglamentos que señalen las directrices que se deben cumplir en el ejercicio del cargo. Bajo esta óptica, a continuación se desarrolla el presente cargo con el análisis de cada uno de los artículos infringidos.

- El artículo 3 de la Ley 911 de 2004 establece el concepto de Acto de Cuidado de Enfermería.

El acto de cuidado de enfermería es 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, en 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 colectivas.

En los códigos hay normas que señalan la ruta a seguir porque el legislador considera que deben inspirar la conducta del profesional, en otras palabras, son normas que no se pueden considerar como reprochables ni punibles porque se tratan de un concepto como el artículo 3 de la Ley 911 de 2004. Al respecto el TNEE señaló en la apelación de radicación RM 041-2016 lo siguiente:

⁵ Corte Constitucional. M. P. Luis Ernesto Vargas Silva. Sentencia C-030 de 2012

...La doctrina⁶ señala sobre la estructura lógica de la norma penal, que hay normas completas, incompletas y normas en blanco. Las normas completas se estructuran con un supuesto de hecho y una consecuencia jurídica y la mayoría de autores señalan como ejemplo el artículo 103 del Código Penal.

Las normas incompletas o dependientes, son aquellas que no contemplan ni el supuesto de hecho ni la consecuencia jurídica, pero son oraciones gramaticales completas y remiten como ejemplo a las disposiciones del libro primero del Código Penal, valga citar algunos de los artículos como el concepto de Dignidad Humana, artículo 1; integración, artículo 2; principios de las sanciones penales, artículo 3; tipicidad, artículo 10; antijuridicidad, artículo 11.

Estas normas incompletas no contienen un deber, una prohibición, o una inhabilidad; otro ejemplo de estas normas es el artículo 3 de la Ley 911 de 2004, que consagra el concepto de acto de cuidado de enfermería; obsérvese que en los tres segmentos que integran el concepto, no se estructuran ni supuestos de hecho, ni consecuencia jurídica, tampoco se observa el verbo rector que concrete la conducta. Por estas razones, no es entendible que el TDEERCO considere que la enfermera Ramírez Peña sea responsable por la transgresión de una norma incompleta, que contiene un concepto que es la esencia del quehacer de la enfermera.

El espíritu de dicha disposición pretende edificar sobre el concepto de acto de cuidado de enfermería las responsabilidades del ejercicio profesional. Dada esta advertencia es importante que el operador disciplinario determine las disposiciones completas y las incompletas que tienen como finalidad, orientar el análisis deontológico de la responsabilidad.

Así las cosas, como se indica con antecedencia el artículo 3 es el concepto de cuidado que debe contribuir a la argumentación que el operador disciplinario realice en el análisis de las quejas. En este sentido el TNEE no comparte el criterio del TDEERNOR al endilgar responsabilidad a la profesional Xx por la infracción del artículo 3 de la ley 911 de 2004, porque este artículo no tiene el carácter de falta sino se trata de un concepto del quehacer del profesional en enfermería.

• Artículo 8 de la Ley 911 de 2004

El Título II, Fundamentos Deontológicos del Ejercicio de la Profesión de la Enfermería, Capítulo II, Condiciones para el Ejercicio de la Enfermería, indica en el 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.

Parágrafo. El profesional de enfermería tiene el derecho y la responsabilidad de definir y aplicar criterios para seleccionar, supervisar y evaluar el personal profesional y auxiliar de enfermería de su equipo de trabajo, para asegurar que este responda a los requerimientos y complejidad del cuidado de enfermería. (El subrayado es fuera de texto)

En líneas precedentes se hizo referencia a la delegación, en aras de complementar la argumentación del reproche que suscita la infracción del artículo mencionado, se analiza la función de la enfermera desde el concepto de Acto de Cuidado. El cuidado implica «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...» Así las cosas, el cuidado se concreta en la

⁶ VELÁSQUEZ, Fernando. Manual de derecho Penal, Parte General. Tercera edición. Librería Jurídica Comlibros. Medellín Colombia. 2007. P. 108.

relación enfermera sujeto de cuidado y el deber moral del profesional de enfermería tiene la loable finalidad no solo de desarrollar las potencialidades individuales, sino también de restaurar y mantener la salud.

Ahora bien, el manual de funciones establecido en los Hospitales adscritos a la ESE Departamental de Primer Nivel Hh, para los profesionales de enfermería indica:

1). Realizar actividades de enfermería de acuerdo al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad que incluya atención y cuidado básico del paciente, colaboración en los procedimientos quirúrgicos realizados por los médicos, supervisión de las actividades realizadas por las auxiliares de enfermería en el área intramural y extramural.

(...)

5). Cumplir a cabalidad con los requisitos establecidos por la ley vigente para el correcto diligenciamiento de historias clínicas, RIPS, administración de medicamentos y soportes requeridos para una adecuada facturación...

En el manual de funciones para el cargo de profesional en Servicio Social Obligatorio que obra a folio 156 c.o., señala como funciones y responsabilidades para el enfermero profesional las siguientes:

1. Ejecutar los tratamientos de enfermería de mayor responsabilidad...

(...)

4. Organizar, asignar, delegar y supervisar el trabajo del personal auxiliar.

De acuerdo con las funciones certificadas en líneas precedentes por la líder de talento humano, es evidente que la profesional tenía dentro de sus funciones la delegación y supervisión de las auxiliares de enfermería y la administración de medicamentos.

En este sentido no es de buen recibo para el TNEE que la profesional no sea consciente que es la líder del cuidado y por lo tanto es quien lo gestiona, dado que el cuidado es un proceso multidimensional encierra funciones autónomas y colaborativas y sobre esta base, el profesional debe decidir y elaborar un plan de cuidado para sus pacientes; ahora bien, frente al caso investigado la profesional Xx era la única enfermera nombrada, por lo tanto debía delegar actividades y llevar un control y supervisión de las mismas, en especial cuando generan un riesgo.

Adicionalmente, obra prueba en el expediente que quien administró el medicamento de Metilprednisolona 500mg IV al menor No a las 16:00 horas del día 14 de mayo de 2016, fue la auxiliar de enfermería Ax1, actividad que desplegó basada en la ficha de droga elaborada por la profesional Xx; el error señalado se hubiese evitado si la profesional cumple con la función de revisar las historias clínicas el día de los hechos y contrasta la prescripción médica con la ficha de droga; adicionalmente, debió supervisar la ejecución de las actividades delegadas al personal a su cargo. La omisión del deber de supervisión de la profesional fue lo que generó la comisión de la falta. El TNEE comparte el criterio del TDEERNOR de endilgar responsabilidad a la profesional de enfermería Xx por la violación del artículo 8 de la Ley 911 de 2004.

• **Artículo 11 de la Ley 911 de 2004.**

El Título III, Responsabilidades del Profesional de Enfermería en la práctica, Capítulo I, De las responsabilidades del profesional de enfermería con los sujetos de cuidado, indica en el artículo 11:

El profesional de enfermería deberá garantizar cuidados de calidad a quienes reciben sus servicios. Tal garantía no debe entenderse en relación con los resultados de la intervención profesional, dado que el ejercicio de la enfermería implica una obligación de medios, mas no de resultados. La valoración ética del cuidado de enfermería deberá tener en cuenta las circunstancias de tiempo, modo y lugar que rodearon los hechos y las precauciones que frente al mismo hubiera aplicado un profesional de enfermería prudente y diligente.

En el precepto señalado, para el caso que nos ocupa se destacan dos aspectos: el primero la calidad y el segundo la valoración ética del cuidado de enfermería. La calidad se define en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud de la siguiente forma:

... la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios. Esta definición centrada en el usuario, involucra aspectos como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención, que se deben considerar en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana.⁷

Frente a este mismo tema la Ley 266 de 1996, en armonía con la Ley 911 de 2004, señala en el artículo 2 los principios que orientan el cuidado de enfermería dentro de los que se encuentra: (i) La calidad que invita al profesional a prestar una ayuda eficiente y efectiva fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales y humanísticos. (ii) La continuidad exhorta al profesional para asegurar la prestación del cuidado sin interrupción temporal y durante todas las etapas de la vida, en los periodos de salud enfermedad. (iii) La oportunidad como su palabra lo indica los cuidados se deben brindar cuando se soliciten y cuando se necesiten para mantener la salud y prevenir la enfermedad.

En esta línea argumentativa, un cuidado de calidad debe buscar satisfacer las necesidades del sujeto de cuidado y asegurar la atención oportuna, personalizada, humanizada y continua, que cumpla con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del sujeto de cuidado.

El segundo aspecto relacionado con la valoración ética del cuidado, reclama del profesional actuar respetando el principio de no maleficencia y por lo tanto invita al profesional a ser diligente y prudente en la práctica.

El TNEE considera que la profesional Xx no fue diligente en el actuar profesional porque omitió la función de control y supervisión al personal auxiliar en la función delegada de administración de medicamentos, y en cuanto a la conducta imprudente se enmarca en la capacidad de ponderar riesgos y beneficios. Por estas razones el TNEE comparte el criterio del TDEERNOR al endilgarle a la profesional Xx la responsabilidad de la infracción del artículo 11 de la Ley 911 de 2004.

7.4. Análisis de Principios.

La función del tribunal de ética de enfermería va más allá de realizar una investigación disciplinaria al profesional de enfermería que ha transgredido las directrices del estatuto deontológico, el *ethos* del tribunal de enfermería es promover la reflexión ética en los profesionales frente a su conducta. Apunta a que el

⁷ Kerguelén, Botero Carlos. Ministerio de Protección Social. Calidad de Salud en Colombia, Los principios. [en línea].

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf> [citado el 13 de julio de 2019]

profesional haga consciente que ser enfermero implica un acervo de conocimientos disciplinares, unas habilidades y unas actitudes específicas. Como dice Camps⁸ el buen profesional está comprometido no solo con la buena técnica, sino también con el respeto a los principios éticos y los valores que deben acompañar el acto de cuidado para que sea humanizado. En otras palabras una cosa es la excelencia técnica y otra la profesionalidad, esta última está relacionada con las actitudes humanas y los valores que permean la práctica. A continuación, se realiza un análisis de la conducta reprochada a la luz de los principios de beneficencia y no maleficencia.

El principio de Beneficencia. Hace referencia a la obligación de realizar el bien. Para *Beauchamp* y *Childress*⁹ este principio nos exige obrar en favor de los demás, pero adicionalmente se deben considerar los beneficios y los inconvenientes estableciendo el balance más favorable posible, lo que en el ámbito de la salud se traduce como maximizar los beneficios y minimizar los riesgos.

Principio de la No Maleficencia. Se expresa en la máxima latina *Primum non nocere*, entendida como la obligación de no hacer daño. Escobar¹⁰ señala que este principio incluye el deber de no matar, no causar dolor ni sufrimiento, no incapacitar, no privar a otros de bienes de la vida, no imponer riesgos de daños. Obrar contrario al *lex artis* conduce a la mala práctica como negligencia, imprudencia e impericia.¹¹

Retomando los hechos, el horario de trabajo de la profesional Xx era de 07:00 a 12:00 y de 02:00 a 05:00; refiere que el día 13 de mayo de 2016 la profesional Xx, en horas de la tarde, realiza remisiones al municipio de Saravena y regresó sobre las 09:00 de la noche a la institución; a su llegada observó el turno colapsado, por tal razón decidió colaborar en la descongestión del servicio, hospitalizar al menor No, diligenció la papelería y elaboró la ficha de droga, en la que consignó: Droga: Metilprednisolona; Dosis: 500mg IV c/12h; Horas: 4 – 4; Firmó: Xx. La dosis de las 4 am, no se administró porque no había existencia del medicamento en el servicio. El día 14 de mayo de 2016, a las 4 de la tarde la auxiliar Ax1 administró Metilprednisolona 500mg IV. Como corolario de la descripción señalada se observa que la profesional no revisó la historia clínica del paciente ni la ficha de droga.

El TNEE indica dos aspectos que rodean los hechos: el primero la actitud solidaria¹² y responsable de la profesional en la noche del día 13 de mayo de 2016, estas conductas profesionales se adecuan al principio de beneficencia y el segundo, la omisión en la revisión de la historia clínica y la omisión del deber de supervisión de las actividades delegadas que generaron la administración de una sobredosis del medicamento, que implicó interconsultas adicionales al paciente con otros especialistas, exámenes diagnósticos, incremento en los días de hospitalización y se sometió al paciente a un riesgo injustificado. Esto se constituye en una conducta contraria a las buenas prácticas y por ende en una conducta negligente; en otras palabras se vulneró el principio de no maleficencia.

⁸ CAMPS, Victoria. La excelencia en las profesiones sanitarias. *HUMANITAS Humanidades Médicas*, tema del mes on-line. (21), p.1–13, 2007.

⁹ BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James. Principles of biomedical ethics. Sixth edition. New York: Oxford University Press, 2009. p. 149-154.

¹⁰ ESCOBAR, Jaime y ARISTIZABAL, Chantal. Principios en la Bioética: Fuentes, propuestas y prácticas múltiples. En: *Revista Colombiana de Bioética*. Noviembre 2011, vol 6, edición especial, p. 88

¹¹ BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James. Op Cit.

¹² Para el profesor Sánchez Herrera, la solidaridad es la antítesis del individualismo, en la medida que fomenta el apoyo y la adhesión al otro. (...) el principio de solidaridad implica la búsqueda de la apertura y por lo tanto de la pluralidad... (Manual de derecho Penal constitucional. Universidad Externado de Colombia.(2014)

El TNEE comparte el criterio de la primera instancia al considerar que el yerro cometido por la profesional al diligenciar la «ficha de droga», pudo ser el resultado de unos factores que impactaron la práctica segura del procedimiento como: la alta carga laboral, la extensa jornada de trabajo y un servicio colapsado que motivó a la profesional en forma voluntariamente a quedarse a apoyar. Aunado a lo anterior la profesional Xx es la única enfermera en la institución, adicionalmente, el protocolo de administración de medicamentos que obra en el expediente a folio 90 c.o., señala en el numeral 3, rotulado Alcance «Estas acciones están dirigidas al personal asistencia (sic) de enfermería y auxiliar de enfermería de la Red hospitalaria de la ESE». Por otra parte, la Historia clínica electrónica denomina con la palabra PLAN MÉDICO a las prescripciones y titula como TRATAMIENTO a la presentación de los medicamentos, folio 23 c.o, lo cual puede inducir al error y confusión en la transcripción manual por parte del personal de salud. Y para el caso que nos ocupa, la enfermera relata “... me encontraba preocupada...y coloqué la presentación del medicamento donde va la dosis..”

En esta línea argumentativa, lo que reprocha el TNEE es que la profesional considera que la supervisión de las auxiliares de enfermería y de la administración de medicamentos no corresponde a su órbita profesional y desconoce que la Ley 911 de 2004 que es el código deontológico del profesional, contempla la supervisión y la administración de medicamentos, como funciones propias de enfermería y exhorta al profesional para que delegue solo aquellas actividades que no pongan en riesgo la integridad física o mental de la persona que cuida y siempre y cuando pueda ejercer supervisión sobre las actividades delegadas. Aunado a lo anterior, la función de supervisión también se encuentra consagrada en el manual de funciones de la entidad con la cual se vinculó laboralmente.

7.5. Decisión en relación con el recurso.

El recurrente señala que la profesional Xx para la época de los hechos se encontraba realizando el servicio social obligatorio, «...que si bien es cierto sobre ella recaía una responsabilidad grande (...) también es cierto nunca conto (sic) con un profesional del mismo nivel o superior que le brindara ayuda y apoyo...»

Resalta que la enfermera Xx cuando se presentó el evento adverso, siguió «los protocolos establecidos con base en un plan de mejoramiento y realizó seguimiento al menor incluso fuera de su jurisdicción, el niño con ayuda de la enfermera fue llevado a controles pediátricas (sic) y se realizaron exámenes pertinentes con el ánimo de resarcir de alguna forma la falta...». También indica que la enfermera siempre ha estado a disposición de lo requerido por las autoridades éticas y disciplinarias. Refiere que el tribunal no ha tenido en cuenta que en su carrera profesional se ha desempeñado en diferentes cargos dejando en alto el nombre de la profesión.

En las solicitudes pide que se revoque la Resolución No. 003 del 29 de marzo de 2019, e insta para que se reconsidere la trayectoria profesional «y trato humanizado por parte de su actuar probado dentro del proceso, igualmente nunca ha sido objeto de faltas disciplinarias o algún otro (sic) dentro de su vida en particular».

En el evento de no revocarse la Resolución No. 003-2019, solicita que se tenga en cuenta otra decisión «con similar precedente disciplinario en contra de la enfermera Xx que no afecte su hoja de vida en forma directa...».

Así las cosas, respecto a las solicitudes expuestas por el censor, la segunda instancia considera que es cierto que la profesional Xx «como enfermera en servicio social obligatorio de la ESE Departamental de Primer Nivel Hh (fue contratada) por un término de un (1) año continuo con dedicación exclusiva y disponibilidad permanente...» fl 108 c.o., y contaba con funciones y responsabilidades que desbordaban su capacidad de trabajo.

Ahora bien, el TNEE reconoce que en el expediente obra evidencia que señala que la profesional Xx se adhirió a los protocolos, al plan de mejoramiento y actuó respetando los postulados del principio de beneficencia, con el menor de edad No, haciendo seguimiento a las interconsultas y a los exámenes diagnósticos posteriores al evento. Señala que no obra evidencia de antecedentes deontológicos en el expediente, por tal razón, el TNEE reconsidera la solicitud del recurrente de tener en cuenta los factores que contribuyeron a que se generara la falta y en consecuencia modifica la sanción impuesta a la profesional en enfermería e impone una sanción de carácter privado.

7.6. Dosificación de la sanción.

En la dosificación de la sanción el TNEE tiene en cuenta los factores señalados en líneas precedentes para la atenuación de la sanción, resalta la carga de trabajo que indicó la profesional en la diligencia de versión que se corrobora también en los registros de enfermería del día 13 de mayo de 2016.

En la diligencia de versión se observan las siguientes preguntas: «cuántas horas había trabajado ese día. CONTESTÓ: mi horario de entrada a la 7 de la mañana a 12 del mediodía y de 2 a 5 de la tarde, ese día hice remisiones al municipio de saravena y regresé sobre las 9 de la noche a la institución, encontrando el servicio congestionado y pacientes por hospitalizar, se ubicaron unas habitaciones para el traslado de los niños, todo el día estuve allá en el servicio, no se cuántas horas. PREGUNTADO: nos puede ampliar, cuando se refiere que llegó a las 9 de la noche, continuó trabajando. CONTESTÓ: sí, yo llegué a las 9 de la noche de Saravena y ubicamos a los pacientes en el servicio como tal sobre las 10 de la noche mas (sic) o menos y de ahí ya me fue para la casa, mas (sic) o menos 10 o 10 y media PREGUNTADO: fue entre las 9 y 10 y media que usted realizó la tarjeta de medicamentos. CONTESTÓ: si....» (Transcripción literal)

La Resolución 1058 de 2010¹³ en el artículo 2, señala dentro de los objetivos del SSO: « c) Mejorar espacios para el desarrollo personal y profesional del talento humano que inicia su vida laboral en el sector salud». La pregunta que el TNEE se hace es, si ese objetivo se puede cumplir cuando al profesional en el SSO se le contrata con disponibilidad permanente.

Aunado a la carga laboral, “disponibilidad permanente” contemplada en la resolución de nombramiento como enfermera en SSO, se reconoce la conducta

¹³ Resolución 1098 de 2010. Por medio del cual se reglamenta el Servicio Social Obligatorio para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud y se dictan otras disposiciones.

solidaria de la profesional, quien hizo caso omiso a su cansancio y a las 9:00 de la noche procedente de Saravena llegó a la institución para continuar trabajando en busca de ayudar a los pacientes que estaban pendientes de hospitalización y descongestionar el servicio. También se reconoce que la profesional Xx se adhirió a los protocolos y al plan de mejoramiento y desplegó conductas que reflejaron su intención de resarcir los daños.

Por las razones planteadas en precedencia, el TNEE modifica la sanción contemplada en el artículo segundo de la Resolución No. 003 de 29 de marzo de 2019 proferida por el TDEERNOR e impone la sanción contemplada en el artículo 63 de la Ley 911 de 2004, «La amonestación escrita de carácter privado que es el llamado de atención que se hace al profesional de enfermería por la falta cometida contra la deontología; caso en el cual no se informará sobre la decisión sancionatoria a ninguna institución o persona.»

Ejercicio pedagógico. Forma parte de la sanción mencionada el ejercicio pedagógico que consiste en un ensayo de tres cuartillas, sobre la responsabilidad del profesional de enfermería en las actividades que delega, el ensayo se deberá entregar al TDEERNOR en el término de un (1) mes contado a partir de la notificación del presente fallo.

En la queja se señala además un «evento adverso causado a la paciente Na identificada con Registro Civil 1119185785, de 3 años, ingresa al proceso de hospitalización el 16 de mayo de 21016 con órdenes médicas a ejecutar, el cálculo de los medicamentos no fue (sic) ajustados de acuerdo al peso del paciente, por lo que hubo sobredosis por parte de los médicos de turno»; el TNEE ordena el traslado de la queja al Tribunal de Ética Médica de Arauca con la copia de la historia clínica pertinente para lo de su competencia.-

CONCLUSIÓN

En Sala Probatoria la magistrada ponente María Iraidis Soto Soto hace la lectura del proyecto de apelación, enviado previamente por correo electrónico a los magistrados para su conocimiento y análisis, en la cual se decide modificar la resolución de fallo y la sanción, en su lugar impone la sanción de amonestación escrita de carácter privado y declara Responsable a la profesional Xx por la transgresión de los artículos 8 y 11 de la Ley 911 de 2004.

Una vez leído y debatido en Sala Probatoria se aprueba con 7 votos.
En mérito de lo expuesto el Tribunal Nacional Ético de Enfermería, en uso de sus atribuciones legales y deontológico-disciplinarias

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: MODIFÍQUESE EI ARTÍCULO PRIMERO del RESUELVE de la RESOLUCIÓN No. 003 del 29 de marzo de 2019, proferida por el Tribunal Departamental Ético de Enfermería Región Nororiental, en la cual declara responsable a la Enfermera Xx identificada con cédula de ciudadanía No. de Cubará por la violación a la Ley 911 de 2004 y en su LUGAR se decide lo siguiente:

DECLARAR responsable a la Enfermera Xx por la violación de los artículos 8 y 11 de la Ley 911 de 2004 de acuerdo con la parte motiva del presente proveído.

ARTÍCULO SEGUNDO: MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO SEGUNDO del RESUELVE de la RESOLUCIÓN No. 003 del 29 de marzo de 2019 y en su lugar se decide: IMPÓNGASE a la Enfermera Xx como sanción la amonestación escrita de carácter privado, contemplada en el artículo 63 de la Ley 911 de 2004, que consiste en el llamado de atención que se hace al profesional de enfermería por la falta cometida contra la deontología; caso en el cual no se informará sobre la decisión sancionatoria a ninguna institución o persona. La presente sanción se acompaña de un ejercicio pedagógico, el cual se encuentra señalado en la parte motiva de este proveído.

ARTÍCULO TERCERO: ORDENAR al Tribunal Departamental Ético de Enfermería Región Nororiental, **NOTIFICAR** Personalmente a la enfermera Xx y al defensor abogado Ab.

ARTÍCULO CUARTO: ORDENAR al Tribunal Departamental Ético de Enfermería Región Nororiental, **COMUNICAR** la decisión a Yy jefe de la oficina jurídica ESE Hh.

ARTÍCULO QUINTO: ORDENAR al Tribunal Departamental Ético de Enfermería Región Nororiental el envío de la queja sobre el evento adverso causado a la paciente Na identificada con Registro Civil 1119185785 al Tribunal de Ética Médica Seccional Arauca, para lo de su competencia.

ARTÍCULO SEXTO: ENVÍESE el presente expediente al tribunal de origen para que dé cumplimiento a la presente resolución.

ARTÍCULO SÉPTIMO. Una vez notificada y en firme la presente decisión, archívese.

Contra la presente decisión no procede recurso alguno.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bucaramanga, a los veintiún (21) días del mes de agosto del año dos mil diecinueve (2019).

LUZ ESPERANZA AYALA DE CALVO
Presidenta

MARÍA ISABEL LALINDE ÁNGEL
Magistrada

MARÍA MARLENE MONTES VALVERDE
Magistrada

ROSA NURY ZAMBRANO BERMEO
Magistrada

OSCAR JAVIER VERGARA ESCOBAR
Magistrado

MARÍA IRAIDIS SOTO SOTO
Magistrada ponente

ANDRÉS ENRIQUE RAMÍREZ GALINDO
Magistrado

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria