

Seguridad del paciente y aspectos éticos: revisión de alcance

Carlise Rigon Dalla Nora¹, José Roque Junges²

1. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Brasil. 2. Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo/RS, Brasil.

Resumen

El objetivo de este estudio es identificar aspectos éticos relacionados con la seguridad del paciente en los servicios de salud. Para ello, se realizó una revisión de alcance en las bases SciELO, Lilacs, Ibecs, Medline, Bdenf, Cinahl y Google Académico en septiembre del 2019. Se incluyeron en la muestra artículos originales, relatos de experiencia, estudios teóricos y editoriales. La revisión incluyó 32 estudios publicados entre el 2004 y el 2019. Del análisis del corpus resultaron siete categorías: factores organizacionales y del equipo; comunicación con el paciente; comunicação de incidentes; beneficência y no maleficência; justiça; autonomía; y elementos potenciadores de la ética en la seguridad del paciente. Se considera que los resultados de esta revisión pueden resultar útiles para sensibilizar a los profesionales de la salud hacia los aspectos éticos que implican la seguridad del paciente.

Palabras clave: Ética. Bioética. Seguridad del paciente. Errores médicos. Revisión.

Resumo

Segurança do paciente e aspectos éticos: revisão de escopo

O objetivo deste estudo foi identificar aspectos éticos relacionados à segurança do paciente em serviços de saúde. Para isso, realizou-se uma revisão de escopo nas bases SciELO, Lilacs, Ibecs, Medline, Bdenf, Cinahl e Google Acadêmico em setembro de 2019. Foram incluídos na amostra artigos originais, relatos de experiência, estudos teóricos e editoriais. A revisão abrangeu 32 estudos, publicados entre 2004 e 2019. Da análise do corpus resultaram sete categorias: fatores organizacionais e da equipe; comunicação com o paciente; comunicação de incidentes; beneficência e não maleficência; justiça; autonomia; e elementos potencializadores da ética na segurança do paciente. Acredita-se que os resultados desta revisão podem ser úteis para sensibilizar profissionais de saúde para aspectos éticos que envolvem a segurança do paciente.

Palavras-chave: Ética. Bioética. Segurança do paciente. Erros médicos. Revisão.

Abstract

Patient Safety and Ethical Aspects: Scoping Review

The objective was to identify the ethical aspects present in the context of patient safety in health services. This was a scoping review on the following databases: Lilacs, Medline, Ibecs, BDNF, CINAHL, SciELO and Google Scholar in September 2019. Original research papers, experience report, theoretical studies, and editorials were included. The review comprised 32 studies published between 2004 and 2019. Seven categories emerged from the analysis: organizational and team factors; communication with patient; incident reporting; beneficence and non-maleficence; justice; autonomy and potential elements of ethics in patient safety. The results of this review may be useful to improve the sensitivity of healthcare professionals working in patient care about the ethical aspects that involve patient safety.

Keywords: Ethics. Bioethics. Patient safety. Errores médicos. Review.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

El tema de la seguridad del paciente es emergente en todo el mundo, debido a la mayor preocupación por el respeto de la dignidad del paciente, la calidad de los cuidados y la estabilidad del sistema de salud¹. La magnitud del problema (demostrada por el alto número de incidentes relacionados con la asistencia, con potencial de daños transitorios y permanentes, así como costos individuales y sociales) justifica los esfuerzos empleados en investigaciones sobre este tema¹.

Entre los incidentes y factores que contribuyen a la incidencia de eventos adversos no intencionales durante la asistencia, se destacan los fallos en el tratamiento farmacológico, en el diagnóstico y en la organización de los servicios de salud, los registros clínicos incompletos, la falta de capacitación del personal y la comunicación inadecuada entre profesionales y usuarios². Todos estos factores, cuando se analizan desde una perspectiva ética, requieren reflexiones tanto en el ámbito del compromiso personal como en el organizacional.

Aún hay una brecha en lo que respecta a los aspectos éticos relacionados con la seguridad del paciente. Y la cuestión no es ética solo por el respeto a cada paciente individual; el problema es también clínico y sanitario, una vez que afecta la calidad de los servicios y la sustentabilidad del sistema de salud. En ese sentido, teniendo en cuenta que uno de los principios de la ética es “en primer lugar, no hacer daño” (principio de no maleficencia), la cuestión de la seguridad es ineludible³. La seguridad y la eficiencia son requisitos de calidad del cuidado⁴.

Los profesionales tienen la obligación de proteger a los usuarios de daños mediante la prestación de una asistencia de buena calidad. Sin embargo, los cuidados seguros y de buena calidad solo estarán garantizados si los profesionales son conscientes de las cuestiones éticas. Por lo tanto, los aspectos éticos de la seguridad deben estar sistemáticamente arraigados en los servicios de salud, permitiendo el desarrollo de las mejores prácticas. En este contexto, el objetivo de este estudio es conectar la ética y la seguridad del paciente a partir de una revisión de alcance. Los resultados de esta revisión se discuten con base en el marco teórico de la ética de la responsabilidad de Max Weber⁵ y Hans Jonas⁶.

Max Weber⁵ analiza la transición de una política entendida como acción liberal independiente, definida por actividades individuales, a una política entendida como un ejercicio dependiente de

estructuras organizativas de gobiernos y partidos, que conforman una burocracia estatal que determina la acción. Si, en el primer caso, la ética se refiere a las convicciones subjetivas del político; en el segundo, se basa en los resultados de las acciones políticas. No importan tanto las convicciones del individuo, sino la responsabilidad por las consecuencias colectivas de sus acciones. Por esta razón, Weber defiende que la ética de la responsabilidad es un modelo más adecuado para la ética de las acciones políticas en la actualidad, y lo mismo se puede decir del ejercicio ético de las acciones en salud y del cuidado en relación con la seguridad del paciente.

Hans Jonas, por su parte, desarrolla una ética de la responsabilidad para los tiempos tecnológicos⁶. Al proponer un nuevo modelo, Jonas señala tres elementos que se deben tener en cuenta en un momento en que la tecnología fundamenta la conformación de la sociedad. Según el autor, para definir cómo se debe actuar, es importante tener como referencia las consecuencias negativas de las acciones, teniendo más en cuenta los efectos que las causas. De esta premisa se desprende que el futuro se convierte en una referencia central para saber cómo actuar éticamente, ya no tanto el pasado y el presente, como se ha hecho hasta entonces. Finalmente, el tercer elemento para una ética de responsabilidad es la necesidad de una crítica continua de la utopía como la definidora del futuro, teniendo siempre presentes los resultados negativos, realistas de las acciones, en una especie de heurística del miedo⁶. Jonas define la “responsabilidad” como una acción no recíproca que incluye la confianza, y, en ese sentido, implica una relación desigual. Así, los humanos frágiles, que tienen su bienestar, interés y destino bajo los cuidados de otros, tienen obligaciones definidas hacia sus “responsables”, de quienes son objeto de control.

Con base en estos marcos teóricos, este estudio tiene como objetivo identificar y discutir aspectos éticos de la seguridad del paciente presentes en el contexto de los servicios de salud.

Método

Este artículo presenta los resultados de una revisión de alcance⁷ sistematizada según Levac, Colquhoun y O'Brien⁸, que establecen las siguientes etapas: 1) identificación de la pregunta de

la investigación, 2) identificación de estudios relevantes, 3) selección de los estudios, 4) extracción de datos y 5) separación, sumarización e informe de resultados^{7,8}. No se utilizó el sexto paso (consulta a expertos), considerado facultativo.

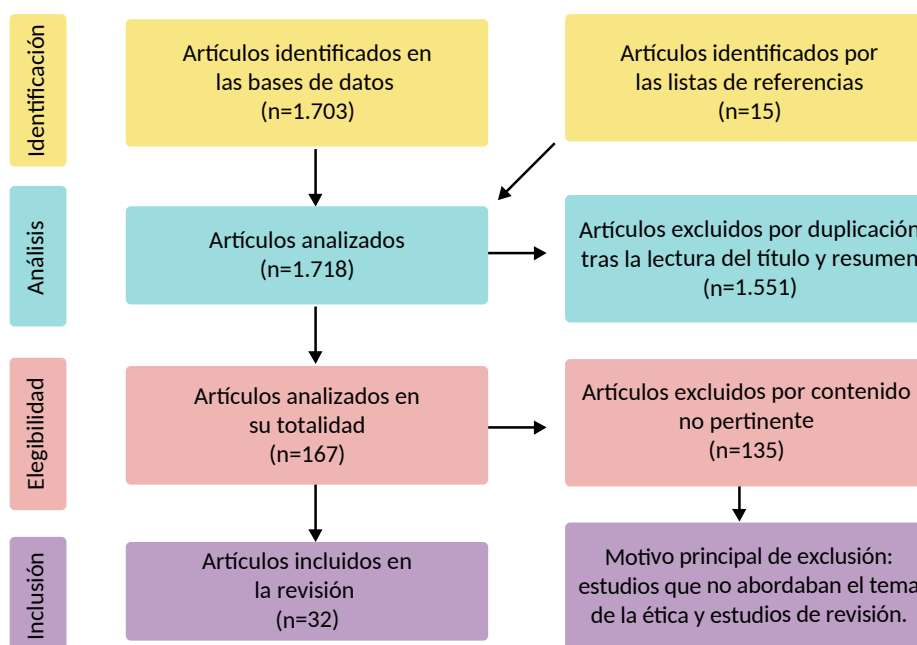
La delimitación del alcance siguió la estrategia nemónica PCC (Población, Concepto y Contexto). Los profesionales de la salud fueron la población; el concepto de interés fueron los aspectos éticos de la seguridad del paciente; y el contexto analizado fue el de los servicios de salud. Por lo tanto, la pregunta de la investigación puede definirse como: ¿Cuáles son los aspectos éticos presentes en el contexto de la seguridad del paciente en los servicios de salud? Sirvieron como fuentes de datos los indexadores Scientific Electronic Library Online (SciELO) y la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), que incluye las bases Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (Lilacs), el Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (Ibecs), el Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), la Base de Datos de Enfermería (Bdenf) y el Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl). También se verificaron la herramienta Google Scholar y las listas de referencia de textos relevantes.

Se seleccionaron los siguientes descriptores controlados, registrados en Medical Subject

Headings (MeSH) o en los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): *ethics*; *bioethics*; *professional ethics*; *patient safety*; y *medical errors*. Los términos también se buscaron en sus equivalentes en español y portugués. La estrategia de búsqueda utilizada siguió la definición de cada base de datos correspondiente. Se usó el operador booleano “and” con las siguientes combinaciones: “ethics and patient safety”; “ethics and patient safety and bioethics”; “professional ethics and patient safety”; y “ethics and medical errors”. Estas estrategias de búsqueda, adoptadas también en su equivalencia en español y portugués, se aplicaron en septiembre del 2019.

Se incluyeron artículos originales, estudios teóricos, relatos de experimentos, estudios de caso y editoriales, publicados en portugués, español o inglés, que abordaran la seguridad del paciente y la ética. No se estableció un límite temporal. Se excluyeron textos duplicados, revisiones, tesis, disertaciones y reportajes periodísticos. Para sistematizar el proceso de inclusión, se optó por la metodología PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)⁹. Los estudios fueron preseleccionados con base en la lectura de los títulos y resúmenes, y se llegó a la muestra final después de la lectura de los artículos preseleccionados en su totalidad (Figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de los estudios según el método PRISMA Extension for Scoping Reviews



Para extraer los datos e identificar los elementos esenciales de los estudios, se utilizó un instrumento estructurado en Microsoft Excel. Este mapeo permitió sintetizar e interpretar los datos, generando una descripción numérica de los textos incluidos en la revisión. Así, se procedió a la etapa de separación, sumarización e informe de los resultados con la intención de presentar un panorama general de todo el material por medio de categorías temáticas.

Resultados

Tras la evaluación y selección de los artículos, se incluyeron en la revisión de alcance 32 estudios publicados entre el 2004 y el 2019. Los resultados se presentan a continuación, con una descripción general de las características de los estudios, acompañada de observaciones sobre siete categorías evidenciadas en el análisis del *corpus*: 1) factores organizacionales y del equipo; 2) comunicación con el paciente; 3) comunicación de incidentes; 4) beneficencia y no maleficencia; 5) justicia; 6) autonomía; y 7) elementos potenciadores de la ética en la seguridad del paciente.

Descripción de los estudios

La mayoría de los estudios se publicó en el 2015 (n=4)¹⁰⁻¹³, seguido del 2019 (n=3)¹⁴⁻¹⁶, 2017^{17,18}, 2009¹⁹⁻²¹ y 2007²²⁻²⁴, con dos estudios cada uno. Los textos fueron publicados en 26 revistas científicas, entre las cuales solo dos tenían más de una publicación: *Nursing Ethics* (n=4)^{16,25-27} y *HEC Forum* (n=2)^{28,29}. En cuanto a la ubicación, la mayor parte de las investigaciones se realizó en los Estados Unidos (n=11)^{11,19,20,22,24,29-34}, seguido por Brasil (n=3)^{17,21,35}, España (n=2)^{10,14,36} e Irán (n=2)^{16,18}. Otros países, como Australia²³, Canadá²⁵, Colombia³⁷, Finlandia³⁸, India¹², Reino Unido¹⁵ y Suecia³⁹ presentaron un solo texto. De los 32 estudios, siete incluyeron en su muestra a enfermeros^{11,15-17,31,35,39}, uno incluyó a gestores²⁹, y otro incluyó a especialistas en bioética³⁶.

Factores organizacionales y del equipo

Esta categoría incluye factores de organización de los servicios: carencia de recursos, rotación, escasez de recursos humanos, fallos de gestión, sobrecarga de trabajo y negligencia del sistema de

salud. A su vez, entre los factores relacionados con el equipo de profesionales, se destacan: competencia del equipo, déficit de conocimiento y desempeño deficiente.

Los hallazgos señalan que los factores organizacionales son los que más afectan los aspectos éticos de la seguridad del paciente. Estos factores están relacionados con la incapacidad de ofrecer la mejor atención debido a la carencia de recursos^{1,32}, a la alta rotación de los profesionales y a la escasez de recursos humanos en el entorno asistencial¹³. Los enfermeros relataron que la mayoría de los incidentes son causados por sobrecarga de trabajo^{15,27,32}. En el mismo sentido, un estudio que investigó los incidentes de medicación identificó como principales causas la falta de atención o de conocimiento y la sobrecarga de los profesionales²¹.

Otro estudio apunta a los problemas de confidencialidad y privacidad del registro relacionados con el uso de sistemas electrónicos que fragmentan la información, dificultando el acceso y haciendo más imprecisos los datos²⁵. Otra investigación⁵ afirma que el profesional sobrecargado tiende a no interpretar correctamente la prescripción médica registrada en la historia clínica.

King³¹ demostró que la negligencia sistémica —incluidos factores no médicos, como la falta de voluntad política y social— puede causar muchos daños a un sistema de salud. Tal negligencia es responsable de problemas como la oferta irregular y la mala calidad de los medicamentos, el diagnóstico incorrecto, el retraso en la derivación de los pacientes a la atención especializada, la atención deficiente y la falta de control de infecciones (por ejemplo, la propagación de la tuberculosis en los países africanos)³¹. Por lo tanto, eventos que deberían considerarse imperdonables en un sistema de salud pasan a aceptarse como si fueran normales³¹.

Se verificaron, en menor medida, factores personales relacionados con la actividad de los profesionales de la salud. Se mencionan el déficit de conocimiento y habilidades entre los profesionales, algunos elementos que podrían amenazar la seguridad del paciente⁶ y la falta de competencia del equipo^{1,32}. Arksey y O'Malley⁷ también reportan un riesgo de desempeño perjudicado debido al abuso de alcohol y enfermedad mental o física, así como comportamientos abusivos o destructivos.

Comunicación con el paciente

En esta categoría, se destacan aspectos relacionados con la comunicación con el paciente, con la familia y con el equipo de salud. Los estudios se refieren tanto a la comunicación adecuada, con veracidad, claridad, transparencia, sinceridad y honestidad, como a la comunicación inadecuada. Los resultados señalan que el principal beneficio de una buena comunicación es el aumento de la confianza entre profesionales, pacientes y familiares³⁶. Una conducta destacada es el diálogo participativo, basado en relaciones interpersonales simétricas⁴⁰.

Kadivar y colaboradores¹⁸ señalan que es obligación del profesional informar al paciente o a la familia sobre cada evento indeseado, es decir, el paciente perjudicado tiene derecho a saber lo que ha sucedido^{10,22,24,30}. Giraldo y colaboradores³⁶ están de acuerdo en que el paciente debe ser informado no solo del hecho en sí, sino también de las causas y de las posibles soluciones para el error. En ese sentido, las características básicas de un pedido de disculpas deberían ser la sinceridad, la claridad y la honestidad. Corresponde al profesional revelar al paciente lo que ha ocurrido de forma responsable, respetando los principios éticos de la profesión y valorando el diálogo⁴⁰. La respuesta ética a un evento adverso empieza con la humildad de revelar el error honestamente^{13,24,34}. Así, se permite que el paciente tome decisiones informadas sobre las futuras opciones de tratamiento²², incluso si la opción es interrumpir el tratamiento en la institución donde se produjo el error³⁴.

Pavlish y colaboradores¹¹ señalan que la falta de comunicación abierta con el paciente puede deberse a diferencias culturales, religiosas y morales. También es común que la comunicación inadecuada se deba a la asimetría de los conocimientos, ya que, mientras que los profesionales de la salud tienen un alto grado de especialización, los pacientes y familiares a menudo se enfrentan a situaciones sin precedentes y pueden tener dificultad para entender la información y tomar decisiones relacionadas con el cuidado³². En este sentido, Milos y Larraín¹⁰ indican que los profesionales de enfermería ocupan una posición estratégica, ya que obtienen información tanto del paciente como de los diversos profesionales de la salud.

Comunicación de incidentes

Esta categoría aborda cuestiones relacionadas con la comunicación del incidente al paciente, a su familia y a la institución. Se destacan los siguientes aspectos: miedo a comunicar un evento adverso y recelo a sufrir represión, punición o humillación.

El miedo a las consecuencias legales o a la reacción de los medios de comunicación y de los compañeros de profesión es una de las barreras para la comunicación de incidentes³⁶. Por lo tanto, es común que los profesionales no informen eventos adversos al paciente ni a otras instancias por miedo a reprensiones, despido o pérdida del respeto por parte de sus pares. En algunos casos, los profesionales consideran los incidentes cometidos como de menor importancia, como si no hubiera necesidad de reportarlos¹¹.

Los resultados también demuestran que los profesionales tienen miedo a sufrir demandas legales por negligencia³⁰. Otro estudio afirma que los profesionales evitan comunicar eventos adversos a los pacientes con la justificación de que estos no estarían preparados para enfrentarse a la situación¹⁰. Coli, Anjos y Pereira³⁵ también llaman la atención sobre el hecho de que la formación académica de enfermeros y médicos refuerza la premisa de un cuidado libre de incidentes, transmitiendo el mensaje de que los errores son inaceptables. La cultura de la punición hace imposible discutir los hechos de manera crítica y constructiva, de modo que incluso los profesionales que reportan errores honestamente siguen siendo tratados como culpables⁴¹.

Incluso los profesionales en posición de liderazgo demuestran temor a tener que enfrentarse a una demanda legal, porque lleva mucho tiempo, es embarazoso y personalmente humillante. Los resultados, por lo tanto, indican que el miedo es la principal barrera para la comunicación de eventos adversos³⁴. La cultura del miedo desalienta la divulgación de información a un paciente que puede convertirse en un testigo de acusación contra la institución o el profesional³⁴.

Beneficencia y no maleficencia

En esta categoría, se destacan aspectos relacionados con los principios de beneficencia (hacer el bien) y no maleficencia (reducir al mínimo el daño al paciente). Por lo tanto, la beneficencia se refiere

a la obligación moral de prevenir el daño²⁴ y hacer el bien²⁷, mientras que la no maleficencia se refiere a la obligación moral de no causar daños.

La beneficencia se ve amenazada cuando no se reportan los incidentes, ya que esto impide que otros profesionales tengan acceso a esta información y no cometan el mismo error²⁴. A su vez, el principio de no maleficencia es violado en todos los incidentes cometidos contra el paciente^{24,27}. La falta de honestidad en la comunicación y la falta de empeño en buscar soluciones a los incidentes adversos violan tanto la beneficencia como la no maleficencia³³.

Respetar el principio de no maleficencia también implica aplicar directrices y procedimientos prácticos para evitar daños (por ejemplo, esterilizar materiales, lavarse las manos, etc.)¹⁵. La falta de implementación de estas prácticas compromete la seguridad del paciente, y el deber de no maleficencia se aplica incluso después de que el evento adverso se haya producido, porque la institución de salud puede causar aún más daño al no ser honesta con el paciente³⁴. Por otra parte, respetar el principio de la beneficencia requiere más del profesional, que debe tomar medidas positivas para ayudar a los demás, y no limitarse a abstenerse de actos perjudiciales. Por ejemplo, es necesario mantenerse al día y crear estándares de práctica que promuevan el beneficio¹⁵.

La ética y la seguridad del paciente están estrechamente relacionadas. Se espera que todos los pacientes sean tratados con dignidad^{18,26} y se mantengan protegidos de cualquier posible daño¹⁸, es decir, en primer lugar, no hacer mal es una obligación moral del profesional³⁰. Por lo tanto, la beneficencia y la no maleficencia se conectan a los derechos del paciente, a la seguridad de los cuidados y a los servicios de salud que garantizan la atención libre de peligro o riesgo de lesiones⁴².

Justicia

En esta categoría, se incluyen aspectos relacionados con el principio de la justicia: compromiso con el bien público, conciencia de problemas e injusticias sociales, distribución equitativa de bienes y servicios y responsabilidad por la calidad del cuidado.

Todo paciente tiene derecho a cuidados justos, equitativos y adecuados. Sin embargo, las desigualdades sociales, particularmente en el acceso a los cuidados, hacen que la discusión sobre justicia

sea más complicada. King³¹ define la injusticia como todo acto u omisión que niegue derechos al paciente. Por otra parte, un ejemplo de justicia mencionado por el autor es la aplicación coherente de los estándares de práctica de enfermería a todos los pacientes, independientemente de la situación económica, educativa, cultural, religiosa, racial, edad o diferencias sexuales³¹.

La distribución equitativa de los beneficios (el derecho del paciente a recibir una parte justa de beneficios, cargas y riesgos) está relacionada con el principio de justicia³⁴. Según tal principio, el interés del paciente precede a la preocupación del profesional con consecuencias legales, por lo que la persona afectada no debe soportar la carga de la falta de comunicación de eventos adversos³⁴.

No hacer nada y permitir que personas inocentes sean lesionadas y mueran es una injusticia no solo para aquellos inmediatamente afectados, sino también para los pobres, impotentes y marginados que no tienen acceso a la asistencia, una vez que los costos del sistema de salud aumentan súbitamente debido a incidentes adversos³³. Por lo tanto, Clark³³ afirma que el desperdicio de recursos en incidentes es una grave injusticia contra todos los ciudadanos. Por otra parte, minimizar los incidentes es proporcionar seguridad al paciente y actuar de manera justa³³.

Autonomía

En esta categoría, se destacan los aspectos relacionados con la autonomía, es decir, lo que cada paciente o familia, en el ejercicio de su voluntad, decide sobre su propio cuidado. Los resultados indican que la autonomía se refiere al derecho de decisión de los pacientes y a la obligación de los profesionales de respetar dichas decisiones³¹. Sin embargo, no se trata de un deber, sino de un derecho del paciente³¹. Entre los ejemplos, se incluyen el consentimiento informado y el rechazo a tratamientos³¹. El tema de la autonomía aparece en 7 de los 32 textos que forman el *corpus* de la investigación^{21,22,24,27,29,31,34}.

El paciente que puede comprender y razonar sobre riesgos, beneficios y alternativas de un tratamiento en particular tiene suficiente capacidad para participar en el proceso de consentimiento informado³². Sin embargo, el principio de la autonomía solo se respeta verdaderamente cuando el profesional cumple el deber de garantizar el derecho del paciente a dirigir el curso de su propia vida y a tomar

decisiones sobre su propio cuidado³⁴. En ese sentido, el respeto por la autonomía es una rendición de cuentas crucial para todos los profesionales, como si fueran abogados del paciente²⁴. Hay dos responsabilidades simultáneas: equilibrar el deber de evitar riesgos (seguridad) con el respecto a la autonomía (decisiones)²⁷. Cuando no se comunica un incidente adverso, el paciente no tiene la información necesaria a su autodeterminación²². En consecuencia, su libertad de tomar decisiones es restringida.

Nelson y colaboradores²⁹ demostraron que limitar los derechos del paciente es la preocupación ética más frecuentemente identificada. Estos son algunos ejemplos de restricción de la autonomía: desrespetar los derechos de una persona que haya demostrado un comportamiento violento hacia los trabajadores u otros pacientes; restringir la disponibilidad de tratamiento a los usuarios percibidos como “abusadores” del sistema; y disminuir las opciones de admisión o de terapéuticas para pacientes con antecedentes de escasa adherencia al tratamiento²⁹. Estas situaciones a menudo representan conflictos entre los derechos personales (autonomía del paciente) y las reglas de seguridad de la institución²⁹.

Elementos potenciadores de la ética en la seguridad del paciente

Esta categoría destaca los elementos que potencian el papel de la ética en la seguridad del paciente: educación ética, habilidad de comunicación, formación académica, comités, sistemas de notificación y cultura organizacional. De estos elementos, el más destacado en las publicaciones fue la educación ética^{11,16,17,26,30}. Kangasniemi y colaboradores²⁶, por ejemplo, proponen que el principal desafío de la enfermería es dar visibilidad a las cuestiones éticas relacionadas con la seguridad del paciente. Otro estudio, con líderes de equipos de enfermería, sugiere que las instituciones deberían ofrecer educación y elaborar políticas y prácticas que promuevan acciones éticas y trabajo en equipo¹¹.

La educación ética también se presenta como un gran desafío³⁰. Barkhordari-Sharifabad y Mirjalili¹⁶ señalan que ofrecer programas de entrenamiento para el liderazgo ético en enfermería, en forma de taller, podría ayudar a reducir los incidentes y a mantener la seguridad del paciente. Otro estudio¹⁷ destaca la importancia de

la formación continua del equipo de enfermería, con capacitación basada en procedimientos operacionales y protocolos, para prevenir errores relacionados con la medicación¹⁷.

Otro tema presente en los estudios es la necesidad de fomentar las habilidades comunicativas²⁹ y el conocimiento legal de los profesionales antes de la comunicación de incidentes, por medio de apoyo y entrenamiento³⁶. Por lo tanto, es esencial implementar programas específicos de comunicación y de pedidos de disculpas que cuenten con el apoyo institucional⁴³.

Otro elemento abordado por los estudios analizados son los currículos de grado, que deberían incluir contenidos y competencias necesarias para que los profesionales comprendan la seguridad del paciente, así como los deberes éticos y las obligaciones legales que integran la gestión del cuidado^{10,21}. Arries²⁵ también señala la necesidad de cambios curriculares para que los enfermeros desarrollen competencias esenciales, tales como habilidades en informática, práctica basada en evidencias y mejora de la calidad del cuidado.

El autor propone también que los profesionales y los pacientes deberían participar en los comités de ética de las instituciones²⁵. En el mismo sentido, Pavlish y colaboradores¹¹ consideran que la confianza mutua entre el equipo y la gestión de los servicios es un elemento clave para la calidad y el carácter ético del cuidado.

Los hallazgos indican que los incidentes adversos deben ser ampliamente divulgados tan pronto como sea posible, para que los servicios puedan cambiar los protocolos y evitar que se produzcan accidentes similares en el futuro³⁰. De ahí la necesidad de crear un sistema de notificación que respete la confidencialidad de los profesionales que relatan casos²⁴. El informe de incidentes anónimo ya está universalmente reconocido como una estrategia importante para mejorar las tasas de notificación de incidentes, reduciendo los riesgos y la incidencia de fallos en los servicios de salud⁴¹.

Según Erlen²², las organizaciones deben ser capaces de documentar y evaluar lo que realmente está sucediendo para identificar problemas e implementar nuevas prácticas, en lugar de simplemente culpar a los individuos. Las estrategias para reducir los incidentes incluyen la vigilancia, el cambio de la cultura organizacional y la creación de un

entorno seguro, es decir, un entorno que disponga de informes que divulguen ampliamente prácticas inseguras e incidentes²². Estas estrategias deben implementarse en todos los niveles, para todas las categorías profesionales, ya que ningún profesional es inmune a cometer errores²². La divulgación de los incidentes a los pacientes debería formar parte de la rutina de atención³⁴. Por eso Clark³³ sugiere que los legisladores deben crear políticas públicas para minimizar incidentes en la salud y proteger al paciente, priorizando la vida humana.

Discusión

En la actualidad, la seguridad del paciente se ve afectada por dos aspectos esenciales de los servicios de salud: el organizacional, que estructura las prácticas del sistema, y el tecnológico, que determina el desempeño de estas prácticas. Los cambios macropolíticos (organizacionales) y micropolíticos (tecnológicos) en el trabajo tienen profundas consecuencias en el ejercicio ético de las profesiones, con implicaciones para la seguridad del paciente. Estas transformaciones cambian radicalmente el enfoque de la ética, que cambia de intenciones a resultados. Esto representa la transición de una ética de la convicción a una ética de la responsabilidad. Lo que importa para el ejercicio ético de la profesión es el resultado de la acción para el paciente, dependiente del aspecto organizacional y tecnológico del trabajo, y no tanto de la intención de la acción. Así, los profesionales son evaluados con base en los resultados para los destinatarios de las prácticas. Por eso la responsabilidad se convierte en una categoría central.

En esta sección se discuten los datos presentados con base en la ética de la responsabilidad de Max Weber⁵ y Hans Jonas⁶. Las tres primeras categorías identificadas (factores organizacionales y del equipo, comunicación con los pacientes y comunicación de los incidentes) se relacionan con el aspecto organizacional de las prácticas de salud y tienen como referencia ética la responsabilidad por los resultados de las acciones, especialmente los resultados negativos para la seguridad del paciente. Otras tres categorías se refieren a los principios de la bioética (beneficencia y no maleficencia, justicia y autonomía) y se refieren al aspecto tecnológico de las prácticas de salud. Este aspecto demanda una comprensión de la responsabilidad

como una relación desigual, no recíproca, del respeto a la subjetividad del paciente como requisito para garantizar su seguridad. Finalmente, la última categoría (elementos potenciadores de la ética en la seguridad del paciente) puede discutirse críticamente cuando se comprende la ética desde la perspectiva de la responsabilidad.

La categoría que se refiere a factores organizacionales está relacionada con la competencia del equipo, la falta de recursos, la rotación y la sobrecarga de personal. Nora, Zoboli y Vieira⁴⁴ demostraron que trabajar con colegas incompetentes puede aumentar la posibilidad de experimentar problemas éticos. Las consecuencias adversas no son causadas por la intención de los profesionales, sino que resultan de factores organizacionales que deben evaluarse éticamente, desde la perspectiva de la responsabilidad del sistema, y no de las convicciones personales. Por lo tanto, los fallos administrativos, como la deficiencia de conocimiento por parte de los profesionales, son factores organizacionales. Cabe señalar también que, aunque no dependen de intenciones o convicciones, los resultados adversos causan sufrimiento moral, una vez que el profesional tiende a ser responsabilizado por problemas de carácter organizacional.

En la categoría de comunicación con el paciente, los puntos que se mencionaron con más frecuencia fueron: claridad, transparencia, honestidad y veracidad, características que también dependen de factores organizacionales, verificados y evaluados por resultados, y no por intenciones. Por lo tanto, tales características deben considerarse una referencia ética para la responsabilidad de los gestores. Biasibetti y colaboradores⁴⁵ corroboran esta afirmación al demostrar que la buena comunicación garantiza la calidad y la seguridad en la asistencia prestada. A su vez, Nora, Zoboli y Vieira⁴⁴ mencionan como uno de los problemas éticos experimentados por los profesionales precisamente la comunicación inadecuada con el paciente, con omisión de información. Tales problemas, como se ha dicho, están relacionados con las estructuras y condiciones organizacionales, y las instituciones deberían estar atentas y asumir la responsabilidad por los efectos de la comunicación sobre los profesionales y pacientes. Así, el sistema de salud debe crear canales de comunicación eficaces entre el equipo⁴⁶, así como desarrollar formas de diálogo franco y responsable que beneficien a la relación profesional-paciente^{37,47}.

Otra categoría importante es la comunicación de incidentes, en la cual aparecen aspectos como el miedo, la punición, la humillación y la presión. El miedo a la punición y a la exposición del nombre del profesional son factores que limitan la notificación de errores y eventos adversos⁴⁶. Para revertir este escenario, se debe garantizar al profesional una comunicación abierta y eficaz, que le impida de experimentar sentimientos de miedo, vergüenza, confusión, incertidumbre, inseguridad y frustración⁴⁸. Estos sentimientos surgen cuando la concepción de ética recae sobre las intenciones y convicciones del individuo, haciéndolo sentirse culpable. Por otra parte, si se hiciera hincapié en los resultados, que dependen de los aspectos organizacionales y tecnológicos, la dimensión ética se entendería desde la perspectiva de la responsabilidad compartida. La comunicación del evento adverso no tendría que provocar miedo y vergüenza ni estimular la tendencia a ocultar información. Por el contrario, se alentaría el diálogo para analizar los aspectos organizacionales y tecnológicos que ocasionaron el incidente, no para buscar un culpable, sino para pensar en cambios que impidan la repetición del error.

Los hallazgos sobre beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, en su relación con las dimensiones éticas de la seguridad, se refieren principalmente al aspecto tecnológico de las prácticas de salud, más que al aspecto organizacional. Aquí aparecen, como elementos centrales de la responsabilidad, la relación no recíproca y desigual, la posibilidad de causar mal y la perspectiva futura de las prácticas de salud. En ese sentido, el principio de beneficencia abarca la no maleficencia en el compromiso de evaluar y evitar daños previsibles. Así, aparecen las dos dimensiones centrales de la responsabilidad⁶: la previsión y la posibilidad del mal en una relación no recíproca y desigual, como es el caso en las situaciones en que la seguridad del paciente está implicada.

Esta misma comprensión de la responsabilidad aparece cuando se entiende la autonomía como la capacidad de establecerse a sí mismo las propias leyes, es decir, la capacidad de pensar, decidir y actuar. Reconocer esta capacidad, respetando la dignidad humana del paciente y sus decisiones, es un principio ético para la conducta del profesional⁴⁹. Esto significa garantizar el bienestar y los derechos del paciente, reconociendo que, cuanto más

invasivo y susceptible al daño sea el procedimiento, más necesario es aclararlo, justificarlo y pedir el consentimiento al paciente⁵⁰. Dado que la relación clínica es desigual y no recíproca, corresponde al profesional asumir la responsabilidad por los resultados de la acción, prediciendo y evitando riesgos y daños.

El tema de la justicia también apareció en las investigaciones. Un estudio⁵¹ identificó que la cultura de la justicia reconoce que la desigualdad en la distribución de los recursos no depende de causas individuales, sino de la ineficiencia del sistema. Por lo tanto, la responsabilidad por la injusticia y por el fracaso en lograr los resultados sociales prometidos y esperados es sistémica, dependiente de los aspectos organizacionales.

En cuanto a los elementos potenciadores de la ética de la seguridad del paciente, se señala la educación permanente en el día a día profesional como una forma de crear una cultura de la seguridad en el entorno laboral. Para Nora, Zoboli y Vieira⁴⁴, este tipo de educación puede desarrollar competencias éticas. Cabe señalar, sin embargo, que el modelo ideal para este aprendizaje diario se basaría en la ética de la responsabilidad, que se centra en los resultados de las acciones, y no en las convicciones de los profesionales⁵, considerando la relación no recíproca y desigual de la responsabilidad, la posibilidad de ocurrencia del mal y la perspectiva de proyección hacia el futuro⁶.

Como resultado principal, se recomienda que los servicios de salud desarrollen directrices claras y basadas en evidencias para promover una cultura organizacional centrada en la seguridad del paciente. Para ello, es necesario que la formación de los profesionales sea permanente y se centre principalmente en las competencias éticas y en la capacidad de gestionar la tecnología. En ese sentido, es apremiante desarrollar e implementar programas educativos y de asesoramiento para profesionales, abordando los principios éticos de la seguridad de la asistencia, habilidades de comunicación, notificación de incidentes, derechos del paciente y gestión de aspectos emocionales, éticos y legales.

Cabe resaltar que el proceso de potenciar la ética en la seguridad del paciente no se produce en un vacío moral y, por lo tanto, es importante asumir el modelo de la ética de la responsabilidad. Es necesario conocer y entender tanto las cuestiones prácticas, asociadas con la asistencia al paciente y con los programas de seguridad, como las cuestiones organizacionales¹⁴.

La seguridad del paciente, que debe ser una prioridad nacional¹³, solo será efectiva si la responsabilidad se convierte en el fundamento de las relaciones éticas en los servicios de salud.

Consideraciones finales

Los factores organizacionales y del equipo, la comunicación con el paciente, la notificación de incidentes, la beneficencia y la no maleficencia, la justicia y la autonomía fueron elementos identificados en la presente revisión y discutidos con base en la ética de la responsabilidad. Los resultados pueden ser útiles para los profesionales de la salud que actúan en el cuidado a los pacientes. Puesto que los incidentes forman parte del día a día de los servicios de salud, es necesario que los profesionales estén preparados para enfrentar las

cuestiones éticas desde la perspectiva de la responsabilidad. El estudio también puede contribuir para que los gestores y especialistas estén atentos a los aspectos tecnológicos y organizacionales que implican la seguridad del paciente.

Se concluye que es importante mantener procesos educativos permanentes sobre la ética y la seguridad del paciente para que los profesionales puedan desarrollar habilidades de comunicación y sensibilidad para conducir situaciones que impliquen incidentes, tomando conciencia y asumiendo la responsabilidad por los resultados de las acciones. Por lo tanto, se cree que cuando se produce un daño (o la posibilidad de daño) durante el cuidado, esta es una oportunidad para analizar el problema, educar al equipo sobre la cultura de seguridad y crear nuevos pactos alrededor de prácticas que promueven la responsabilidad por los incidentes, mitigando sus efectos.

Referencias

1. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [acceso 24 fev 2021];18(7):2029-36. DOI: 10.1590/S1413-81232013000700018
2. Sousa P, Mendes W, editores. *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2014.
3. Observatorio EBE de la Fundación Index. Evidencias para unos Cuidados de Salud Seguros: conclusiones de la V Reunión sobre Enfermería Basada en la Evidencia. *Evidentia* [Internet]. 2009 [acceso 24 fev 2021];6(25). Disponible: <https://bit.ly/3tUlaBm>
4. Bonato VL. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. *O Mundo da Saúde* [Internet]. 2011 [acceso 25 fev 2021];35(5):319-31. Disponible: <https://bit.ly/3dV6ugZ>
5. Weber M. *A política como vocação*. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2003.
6. Jonas H. *Princípio da responsabilidade: ensaio de ética para a civilização tecnológica*. Rio de Janeiro: Contraponto; 2006.
7. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol* [Internet]. 2005 [acceso 25 fev 2021];8(1):19-32. DOI: 10.1080/1364557032000119616
8. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Sci* [Internet]. 2010 [acceso 25 fev 2021];5:69. DOI: 10.1186/1748-5908-5-69
9. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D et al. Prisma extension for Scoping Reviews (Prisma-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med* [Internet]. 2018 [acceso 25 fev 2021];169:467-73. DOI: 10.7326/M18-0850
10. Milos P, Larraín AI. La vinculación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos en el contexto de la seguridad del paciente. *Aquichan* [Internet]. 2015 [acceso 25 fev 2021];15(1):141-53. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.1.13

11. Pavlish C, Brown-Saltzman K, So L, Heers A, Iorillo N. Avenues of action in ethically complex situations: a critical incident study. *J Nurs Adm* [Internet]. 2015 [acceso 25 fev 2021];45(6):311-8. DOI: 10.1097/NNA.0000000000000206
12. Chakraborti C. Systemic negligence: why it is morally important for developing world bioethics. *Dev World Bioeth* [Internet]. 2015 [acceso 25 fev 2021];15(3):208-13. DOI: 10.1111/dewb.12063
13. Chadwick R. The Ethical Importance of safety. *Bioethics* [Internet]. 2015 [acceso 25 fev 2021]; 29(4). DOI: 10.1111/bioe.12166
14. Benedicto AS. La ética de la ignorancia (y de la incertidumbre) y la iatrogenia, un problema de salud pública. *Rev Bioet Derecho* [Internet]. 2019 [acceso 25 fev 2021];45:11-24. DOI: 10.1344/rbd2019.0.27782
15. Rubio-Navarro A, Garcia-Capilla DJ, Torralba-Madrid MJ, Ruty J. Ethical, legal and professional accountability in emergency nursing practice: an ethnographic observational study. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 2019 [acceso 25 fev 2021];46. DOI: 10.1016/j.ienj.2019.05.003
16. Barkhordari-Sharifabad M, Mirjalili NS. Ethical leadership, nursing error and error reporting from the nurses' perspective. *Nurs Ethics* [Internet]. 2019 [acceso 25 fev 2021];27(2):609-20. DOI: 10.1177/0969733019858706
17. Mangilli DC, Assunção MT, Zanini MTB, Dagostin VS, Soratto MT. Atuação ética do enfermeiro frente aos erros de medicação. *Enferm Foco* [Internet]. 2017 [acceso 25 fev 2021];8(1):62-6. Disponível: <https://bit.ly/3tUPmgO>
18. Kadivar M, Manookian A, Asghari F, Niknafs N, Okazi A, Zarvani A. Ethical and legal aspects of patient's safety: a clinical case report. *J Med Ethics Hist Med* [Internet]. 2017 [acceso 25 fev 2021];30(10). Disponível: <https://bit.ly/32NqeN2>
19. Pronovost PJ, Faden RR. Setting priorities for patient safety: ethics, accountability, and public engagement. *JAMA* [Internet]. 2009. [acceso 25 fev 2021];302(8):890-1. DOI: 10.1001/jama.2009.1177
20. Opel DJ, Brownstein D, Diekema DS, Wilfond BS, Pearlman RA. Integrating ethics and patient safety: the role of clinical ethics consultants in quality improvement. *J Clin Ethics* [Internet]. 2009 [acceso 25 fev 2021];20(3):220-6. Disponível: <https://bit.ly/3vmujE4>
21. Fakhri FT, Freitas GF, Secoli SR. Medicação: aspectos ético-legais no âmbito da enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2009 [acceso 25 fev 2021];62(1):132-5. DOI: 10.1590/S0034-71672009000100020
22. Erlen JA. Patient safety, error reduction, and ethical practice. *Orthopaedic Nursing* [Internet]. 2007 [acceso 25 fev 2021];26(2):130-3. DOI: 10.1097/01.NOR.0000265872.57018.88
23. Johnstone MJ. Patient safety ethics and human error management in ED contexts. *Australas Emerg Nurs J* [Internet]. 2007 [acceso 25 fev 2021];10(1):13-20. DOI: 10.1016/j.aenj.2006.09.002
24. Lachman VD. Patient safety: the ethical imperative. *Dermatol Nurs* [Internet]. 2007 [acceso 25 fev 2021];16(6):401-3. Disponível: <https://bit.ly/3sNfNyU>
25. Arries EJ. Patient safety and quality in healthcare: nursing ethics for ethics quality. *Nurs Ethics* [Internet]. 2014 [acceso 25 fev 2021];21(1):3-5. DOI: 10.1177/0969733013509042
26. Kangasniemi M, Vaismoradi M, Jasper M, Turunen H. Ethical issues in patient safety: implications for nursing management. *Nurs Ethics* [Internet]. 2013 [acceso 25 fev 2021];20(8):904-16. DOI: 10.1177/0969733013484488
27. Chiovitti RF. Theory of protective empowering for balancing patient safety and choices. *Nurs Ethics* [Internet]. 2011 [acceso 25 fev 2021];18(1):88-101. DOI: 10.1177/0969733010386169
28. Berner ES. Ethical and legal issues in the use of health information technology to improve patient safety. *HEC Forum* [Internet]. 2008 [acceso 25 fev 2021];20(3):243-58. DOI: 10.1007/s10730-008-9074-5
29. Nelson WA, Neily J, Mills P, Weeks WB. Collaboration of ethics and patient safety programs: opportunities to promote quality care. *HEC Forum* [Internet]. 2008 [acceso 25 fev 2021];20(1):15-27. Disponível: <https://bit.ly/3xt7DDU>
30. Leape LL. Ethical issues in patient safety. *Thorac Surg Clin* [Internet]. 2005 [acceso 25 fev 2021];15(4):493-501. DOI: 10.1016/j.thorsurg.2005.06.007


31. King C. Clinical ethics: patient and provider safety. *AORN J* [Internet]. 2017 [acesso 25 fev 2021];106:548-51. DOI: 10.1016/j.aorn.2017.10.003
32. Sine DM, Sharpe VA. Ethics, risk, and patient-centered care: how collaboration between clinical ethicists and risk management leads to respectful patient care. *J Healthcare Risk Manag* [Internet]. 2011 [acesso 25 fev 2021];31(1):32-7. DOI: 10.1002/jhrm.20077
33. Clark PA. Medication errors in family practice, in hospitals and after discharge from the hospital: an ethical analysis. *J Law Med Ethics* [Internet]. 2004 [acesso 25 fev 2021];32(2):349-57. DOI: 10.1111/j.1748-720x.2004.tb00481.x
34. Eaves-Leanos A, Dunn EJ. Open disclosure of adverse events: transparency and safety in health care. *Surg Clin North Am* [Internet]. 2012 [acesso 25 fev 2021];92(1):163-77. DOI: 10.1016/j.suc.2011.11.001
35. Coli RCP, Anjos MF, Pereira LL. Postura dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva frente ao erro: uma abordagem à luz dos referenciais bioéticos. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2010 [acesso 25 fev 2021];18(3). DOI: 10.1590/S0104-11692010000300005
36. Giraldo P, Corbella J, Rodrigo C, Comas M, Sala M, Castells X. Análisis de las barreras y oportunidades legales-éticas de la comunicación y disculpa de errores asistenciales en España. *Gac Sanit* [Internet]. 2016 [acesso 25 fev 2021];30(2):117-20. DOI: 10.1016/j.gaceta.2015.11.007
37. Lavanderos S, Pedraza J, Russo Namias M, Salas SP. Dilemas éticos acerca de la revelación de errores médicos a los pacientes. *Rev Méd Chile* [Internet]. 2016 [acesso 25 fev 2021];144(9):1191-8. DOI: 10.4067/S0034-98872016000900014
38. Kangasniemi M, Vaismoradi M, Jasper M, Turunen H. Ethical issues in patient safety. *Nurs Ethics* [Internet]. 2013 [acesso 25 fev 2021]; 20(8): 904-16. DOI: 10.1177/0969733013484488
39. Jangland E, Nyberg B, Yngman-Uhlin P. 'It's a matter of patient safety': understanding challenges in everyday clinical practice for achieving good care on the surgical ward: a qualitative study. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2017 [acesso 25 fev 2021];31(2):323-31. DOI: 10.1111/scs.12350
40. Gómez Córdoba AI, Espinosa AF. Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente: cuidar es pensar. *Aquichan* [Internet]. 2006 [acesso 25 fev 2021];6(1). Disponível: <https://bit.ly/3noUHUD>
41. Johnstone MJ, Kanitsaki O. The ethics and practical importance of defining, distinguishing and disclosing nursing errors: a discussion paper. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2006 [acesso 25 fev 2021];43(3):367-76. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2005.04.010
42. Gallagher E, Alcock D, Diem E, Angus D, Medves J. Ethical dilemmas in home care case management. *J Healthc Manag* [Internet]. 2002 [acesso 25 fev 2021];47(2):85-96. Disponível: <https://bit.ly/2PpXHTP>
43. Romero MP, González RB, Calvo MSR, Fachado AA. A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2018. [acesso 25 fev 2021];26(3):333-42. DOI: 10.1590/1983-80422018263252
44. Nora CRD, Zoboli ELCP, Vieira M. Ethical problems experienced by nurses in primary health care: integrative literature review. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 25 fev 2021];36(1):112-21. Disponível: <https://bit.ly/3aDBC2b>
45. Biasibetti C, Hoffmann LM, Rodrigues FA, Wegner W, Rocha PK. Comunicação para a segurança do paciente em internações pediátricas. *Rev Gauch Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 25 fev 2021];40. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180337
46. Massoco ECP, Melleiro MM. Comunicação e segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 25 fev 2021];19(2):187-91. DOI: 10.5935/1415-2762.20150034
47. Edwin A. Non-disclosure of medical errors an egregious violation of ethical principles. *Ghana Med J* [Internet]. 2009;43(1):34-9. Disponível: <https://bit.ly/3tU2S4p>
48. Oliveira RM, Silva LMS, Guedes MVC, Oliveira ACS, Sánchez RG, Torres RAM. Analyzing the concept of disruptive behavior in healthcare work: an integrative review. *Rev Esc Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 25 fev 2021];50(4):695-704. DOI: 10.1590/S0080-62342016000500021

49. Campos A, Oliveira DR. A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não maleficência) na bioética médica. Rev Bras Estud Polít [Internet]. 2017 [acesso 25 fev 2021];115:13-45. DOI: 10.9732/P.0034-7191.2017V115P13
50. Peruzzo Júnior L. Autonomia, cuidado e respeito: o debate sobre o prolongamento assistido da vida. Rev Bioet Derecho [Internet]. 2017 [acesso 25 fev 2021];39:121-34. Disponível: <https://bit.ly/3aDtVcj>
51. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is patient safety culture? A review of the literature. J Nurs Scholarsh [Internet]. 2010 [acesso 25 fev 2021];42(2):156-65. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x
52. Wegner W, Silva SC, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Education for culture of patient safety: implications to professional training. Esc Anna Nery [Internet]. 2016 [acesso 25 fev 2021];20(3). DOI: 10.5935/1414-8145.20160068

Carlise Rigon Dalla Nora – PhD – carlise.nora@ufrgs.com.br

 0000-0001-5501-2146

José Roque Junges – Doctor – roquejunges@hotmail.com

 0000-0003-4675-0993

Correspondencia

Carlise Rigon Dalla Nora – Rua São Manoel, 963, Rio Branco.
CEP: 90620-110. Porto Alegre/RS, Brasil.

Participación de los autores

Carlise Rigon Dalla Nora diseñó el estudio y, junto con José Roque Junges, redactó el manuscrito, analizó los resultados, revisó críticamente el artículo y aprobó su versión final.

Recibido: 20.1.2020

Revisado: 13.4.2021

Aprobado: 14.4.2021