

**CARÁTULA**

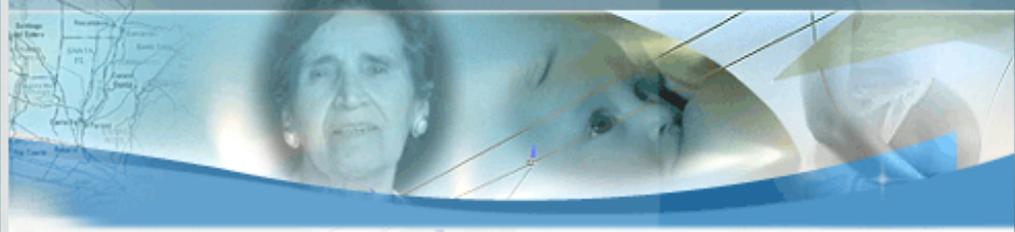
Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación.  
Abril de 2007

**Cultura del error medico en atención primaria: la visión del  
equipo de salud y los pacientes**

Nombre del becario  
Grunfeld Baeza María Verónica  
Director de la beca  
Silvina López  
Lugar donde desarrolla la beca  
Bahía Blanca, Buenos Aires

**Fuente (s) de financiamiento:**

**“El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de una Beca Ramón Carrillo-Arturo Oñativia a nivel de Servicios de Salud, Categoría Iniciación, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.”**



## 1. PORTADA:

### 1.1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

Cultura del error medico en atención primaria: la visión del equipo de salud y los pacientes

### 1.2. AUTOR

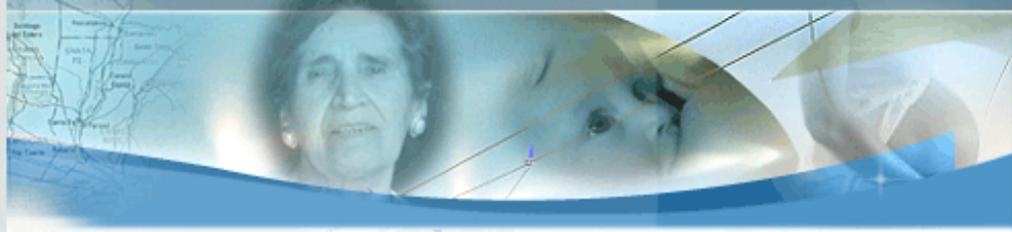
Grunfeld Baeza Maria Verónica

## 2. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

No se presentan en esta investigación conflictos de interés

## 3. ÍNDICE

Presentación-----	Pág. 1y2
Equipo responsable-----	Pág. 3
Acerca del autor -----	Pág. 4
Agradecimientos-----	Pág. 5
Resumen y palabras claves-----	Pág. 6
Introducción-----	Pág. 7
Objetivos-----	Pág. 8
Métodos-----	Pág. 9
Descripción de la unidad de análisis-----	Pág. 10
Descripción de la técnica-----	Pág. 11
Plan de análisis-----	Pág. 12
Resultados-----	Pág. 13-29
Discusión-----	Pág. 30
Propuestas-----	Pág. 31
Referencias bibliográficas-----	Pág. 32



#### **4. EQUIPO RESPONSABLE DEL ESTUDIO**

##### **Investigador y becario:**

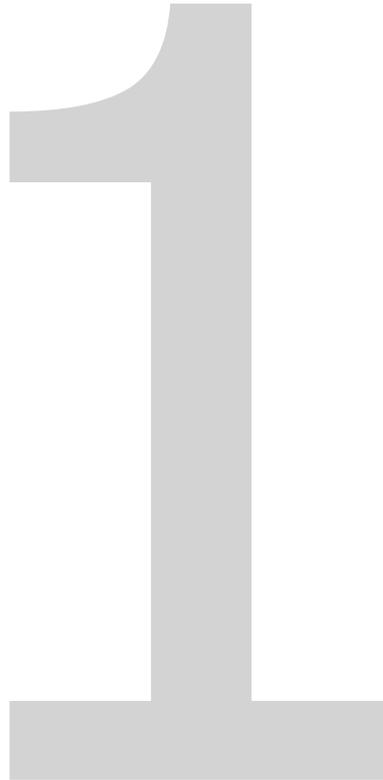
**Grunfeld Baeza Maria Verónica**

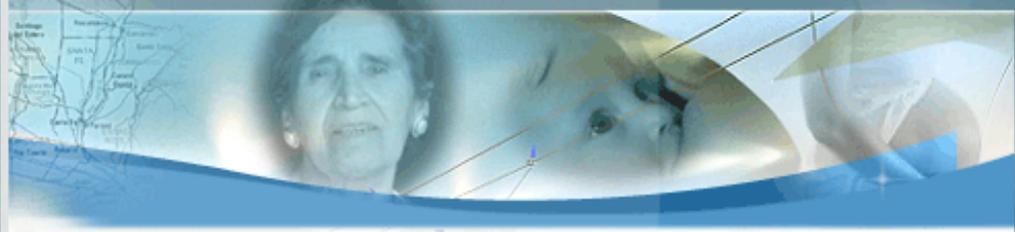
##### **Director de Beca:**

**Silvina López**

##### **Colaboradores:**

**Karina Faccia  
Pablo Badr  
Pedro Silberman  
Eugenia Esandi  
Diego Palomo**





## 5. ACERCA DEL AUTORES (CV ABREVIADO).

### Títulos

1. Médico. Otorgado por la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) 2004

### Cursos

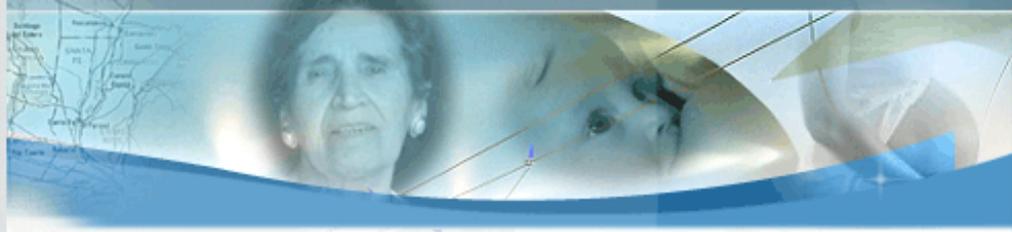
1. "Seminario de Extensión Investigación Cualitativa en Salud: análisis e interpretación de datos", dictado Octubre 2006 por la profesora Dra. Suely Deslandes. Universidad Nacional de Lanás ( UNLA)
2. Seminario Investigación Cualitativa en salud", dictado en marzo 2006 por la profesora Dra. María Cecilia De Souza Minayo. (UNLA)

### Trabajos científicos

1. Mención especial al trabajo de investigación original "Representaciones Sociales de Salud en Villa Nocito". I congreso regional iberoamericano WONCA Iberoamericana CIMF. V congreso de la federación argentina de medicina familiar y general XIV Congreso de la asociación argentina de medicina familiar. 2006
2. "Análisis de situación en dos barrios de Ingeniero White"; III Congreso argentino de la FAMFyG. Buenos Aires 2004. Autor
3. "Realización de interconsulta por los médicos de familia" VI Jornadas municipales de salud; XV jornadas hospitalarias de casuística e investigación; VII jornadas científicas de unidades sanitarias municipales; VIII jornadas de residentes del municipio de BAHIA BLANCA, organizadas por el departamento de docencia e investigación del Hospital Municipal de agudos "Leonidas Lucero" en calidad de asistente y disertante. (2004)
4. "Análisis de factores de riesgo para el retraso del crecimiento"; III Congreso argentino de la FAMFyG. Buenos Aires (2004). Autor.
5. "Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en jóvenes escolarizados de Ingeniero White"; III Congreso argentino de la FAMFyG. Buenos Aires (2004). Autor

### Actividad docente y asistencial

1. Jefe de residentes periodo 2007-2008 en la Residencia de Medicina Familiar y Salud Comunitaria
2. Tutor en terreno Materia Salud Individual y Colectiva de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Sur. 2007
3. Docente titular de la asignatura "Estado y Salud" de la escuela de enfermería del Hospital Municipal de agudos Dr. Leonidas Lucero. Marzo-Diciembre 2005
1. Disertante: "Uso de broncodilatadores en bronquiolitis leves y moderadas. 4° Congreso de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General. 1° Congreso de la Asociación Bonaerense de Medicina Familiar General y Salud Comunitaria. Octubre 2005
2. Ayudante alumno Ad honorem en Cátedra de Medicina Interna "C" Prof titular Dr. Caino Facultad de Ciencias Médicas de La Plata
3. Cumplimiento de guardias de 24 hs. semanales en el Htal San Juan de Dios desde Marzo del 2000 hasta Agosto del 2001. La Plata Buenos Aires
4. Residencia estudiantil de pregrado, ciclo 2002, en el Hospital Interzonal General" Dr. Jose Penna" de Bahía Blanca, con asistencia total teórico- prácticos



**6. AGRADECIMIENTOS.**

**Residencia de Medicina Familiar y Salud Comunitaria**

**Silvina López**

**Lic. Karina Faccia**

**Pedro Silberman**

**Pablo Badr**

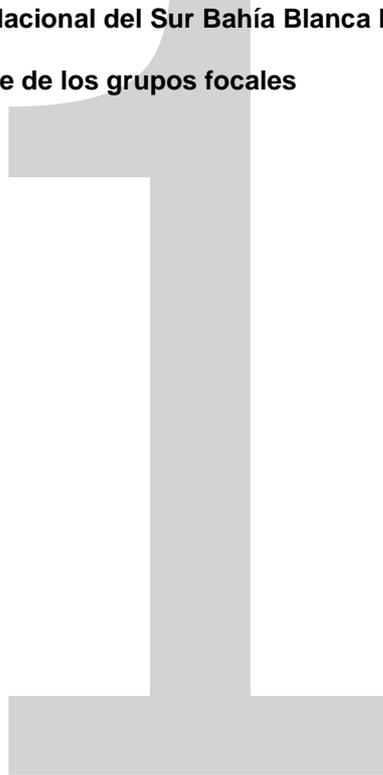
**Alejandra Mangano**

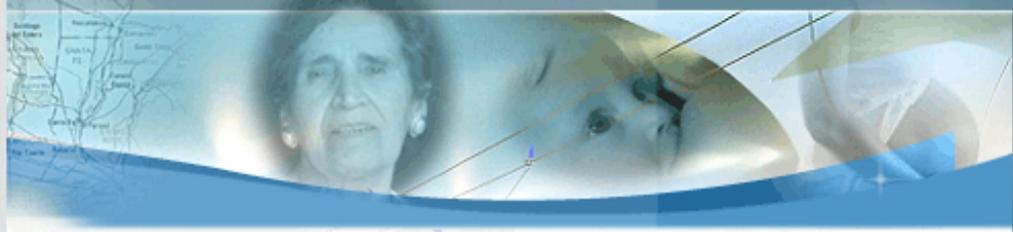
**Departamento de Salud Familiar y Comunitaria**

**Coordinadora del Área programática N° 6 de Villa Serra Bahía Blanca Dra. Gigliani**

**Carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Sur Bahía Blanca Buenos Aires**

**A todas las personas que formaron parte de los grupos focales**





## **7. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE**

### **7.1. RESUMEN.**

#### **Introducción**

El informe de 1999 sobre errores en medicina, del Instituto de Medicina de Estados Unidos, señala que éstos causan 44000 a 98000 muertes por año y producen costos entre 17000 y 29000 millones de dólares por año. El error puede definirse como un acto en sí mismo o como la omisión de un acto, sin intención de causar daño y que no logra la finalidad prevista

En atención primaria se desconoce la cultura del error medico. Esta investigación pretende conocer la cultura del error que prevalece tanto en los pacientes como los profesionales de salud que trabajan en las distintas áreas. Los resultados de este estudio serán de gran utilidad para el diseño e implementación de un sistema de reporte de errores en este nivel de atención.

#### **Objetivo**

Explorar las creencias y mitos sobre error médico que tienen los integrantes del equipo de salud y los pacientes en el primer nivel de atención de Bahía Blanca en el periodo 2006-2007.

#### **Materiales y métodos**

Estudio cualitativo con técnica de grupos focales. Se seleccionaran grupos mixtos de 4 a 9 integrantes: grupos constituidos por médicos, por pacientes y por personal no medico. Serán analizados y evaluados por un sociólogo, antropólogo y luego la información será triangulada.

#### **Resultados**

Categorías seleccionadas: significado del error medico, causas, determinantes económicas y socioculturales, responsabilidad, relación equipo de salud-paciente-familia, soluciones, percepciones y errores frecuentes.

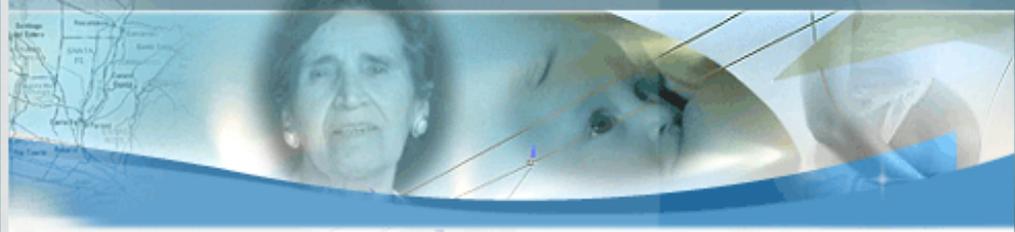
Las causas fundamentales de error reconocidas por todos los grupos focales son: la relación equipo de salud-pacientes y la situación socio económica. Se proponen mejoras en el sistema de salud, cambios en la formación profesional y en las relaciones interpersonales.

#### **Conclusión**

El error medico se traslado al equipo de salud. La visión punitiva sigue existiendo. La relación medico paciente es un pilar fundamental para trabajar y disminuir los errores en APS.

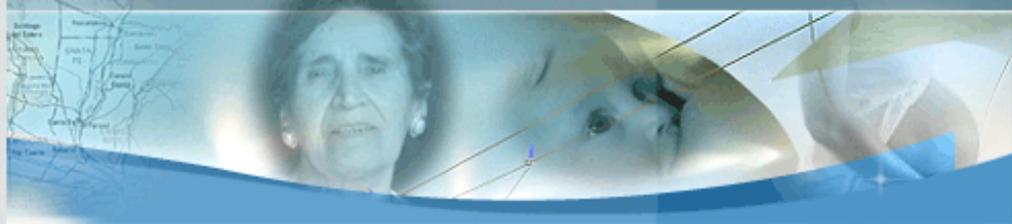
### **7.2. PALABRAS CLAVE**

Cultura - Error - Atención Primaria – Grupos focales



## 8. INTRODUCCIÓN

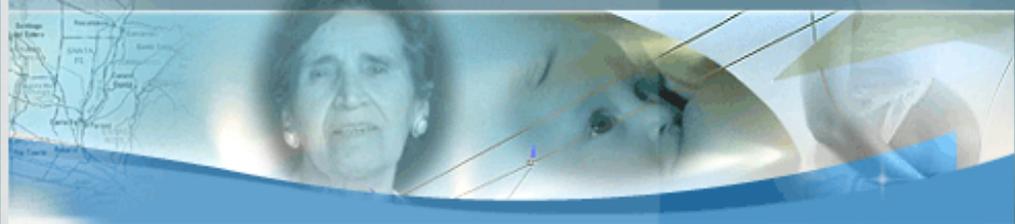
El riesgo de error es una constante que acompaña a la participación humana en cualquier actividad. El Institute of Medicine (IOM) de Estados Unidos publicó un reporte en noviembre de 1999 sobre los errores en medicina llamado "To err is human"(1,2). Este reporte señala que los errores causan 44000 a 98000 muertes por año en los EEUU y producen un costo nacional estimado entre 17000 y 29000 millones de dólares por año. Debido a esto se ha despertado un gran desafío en los sistemas de salud para reducir el número de errores que ocurren durante el proceso de atención de las personas. (3) La seguridad de los pacientes es fundamental para alcanzar una alta calidad en su cuidado. (4) Existen muchas definiciones de la palabra error. El error (del latín *errare*: fluctuar de una dirección en otra sin rumbo preciso), puede definirse como un **acto en sí mismo o como la omisión de un acto, sin intención de causar daño y que no logra la finalidad prevista**.(5) El error médico es todo acto médico de tipo profiláctico, diagnóstico o terapéutico que no se corresponda con el real problema de salud del paciente y en el que no exista la mala fe, la negligencia, la indolencia, la incapacidad, ni la ignorancia profesional(6). Hay una tendencia a suponer que iatrogenia y error son sinónimos, aunque sin embargo no es así, ya que muchos errores (la mayoría) no causan daño que es el elemento que define a la iatrogenia. (7) En la Argentina se han realizado varios trabajos sobre error médico abarcando varios aspectos como son la cultura, la seguridad del paciente y la vigilancia del error. Uno de los más destacados fue el realizado por Dr. José Ceriani Cernadas en el Hospital Italiano de Buenos Aires a partir del cual se creó un comité de seguridad del paciente de trabajo interdisciplinario y se realizó un estudio transversal sobre los errores de prescripción de medicamentos. Los resultados confirman la alta frecuencia de los errores de medicación (10%), los errores de prescripción fueron sensiblemente más frecuentes que los de administración y la mayoría de los errores fueron leves. Otra experiencia ha demostrado el desconocimiento que existe en los profesionales de la salud sobre determinados aspectos de la ética médica. Sólo la tercera parte de los médicos encuestados en un estudio cubano, a pesar de sus años de experiencia y de la alta calificación en general de la muestra seleccionada, respondieron satisfactoriamente qué es error médico y cuáles son las diferencias entre los términos usados en ética médica. (5) En la Academia Nacional de Medicina se emprendió un estudio colaborativo multicéntrico con el propósito de implementar un Programa de Seguridad en la Atención de los Pacientes (PSAS), entendido como un conjunto de elementos estructurales y de actividades que tienen como fin específico la mejora continua de la calidad, el cual se está realizando actualmente en varios puntos del país. En el nivel de atención primaria se desconoce la cultura del error médico. El estudio que desarrollamos permitió explorar el concepto de error médico, desde las creencias populares y socioculturales hasta los conceptos de los trabajadores de la salud que influyen sobre la labor médica y la relación médico-paciente-familia en las áreas programáticas de la ciudad de Bahía Blanca. Será un elemento motivador para lograr una actitud crítica y emprender los caminos tendientes a prevenir y comunicar los errores. Al finalizar esta investigación se pretende conocer la cultura del error que prevalece tanto en los pacientes como los profesionales que trabajan en estos centros de salud. Los resultados de este estudio serán de gran utilidad para el diseño e implementación de un sistema de reporte de errores en este nivel de atención. Para conocer las causas deberán comunicarse los errores y sus consecuencias. Esta transparencia sólo será posible si se sustituye una concepción moral punitiva por una concepción de perfeccionamiento humano en el que el error no es equivocarse, sino no aprender a no cometer el mismo error y a enseñar para que no lo cometan los otros integrantes del equipo de salud.(8)



## 9. OBJETIVOS

**Explorar las creencias y mitos sobre error médico que tienen los integrantes del equipo de salud y los pacientes en el primer nivel de atención en la ciudad de Bahía Blanca en el período 2006-2007**

# 1



## 10. MÉTODOS

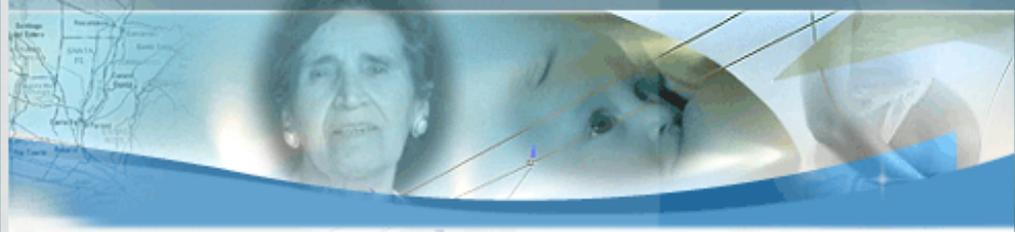
Investigación cualitativa con técnica de grupos focales.

En una primera instancia se llevo a cabo la fase exploratoria en el Hospital Menor de Ingeniero White que nos permitió hacer ajustes metodológicos para la fase de acción en las otras áreas programáticas de la ciudad de Bahía Blanca. Los grupos focales fueron filmados con un video y se grabaron en cassettes, en la fase exploratoria. (anexo 1 formato electrónico)

Luego en la fase de acción se decidió no filmar las entrevistas y solamente grabar el audio debido a que nos permitió más privacidad y confianza de los participantes. En el segundo semestre de la investigación realizamos grupos focales en la Unidad Sanitaria de Villa Serra, Villa Nocito, Maldonado y General Cerri.

En la fase de exploración se realizaron 6 grupos focales específicos: 2 grupos constituidos por médicos, 2 grupos formados por pacientes y 2 grupos constituidos por personal no medico. En la fase de acción se hicieron 6 grupos focales, 2 grupos de pacientes, dos grupos de equipo de salud y 2 grupos de médicos, se considero este numero suficiente de grupos en el momento que observamos saturación del discurso. Admitimos que existió suficiencia ante la exploración realizada.

Cada grupo tuvo un número de 4-9 integrantes, que fueron mayores de 21 años y menores de 70 años. Los grupos se formaron con hombres y con mujeres en forma mixta. Los pacientes fueron pacientes crónicos, policonsultadores, se fine como tales aquellos que han utilizado recursos humanos del centro de salud en mas de 10 (diez) oportunidades en el ultimo año sin ser programadas (9), que tuvieran una patología aguda o que consultaron por primera vez. La selección de los integrantes de los grupos focales se realizo con la técnica de muestreo razonado-teórico. Estos fueron escogidos con revisión de historias clínicas al azar.



**BECAS DE INVESTIGACIÓN RAMÓN CARRILLO - ARTURO OÑATIVIA**

**10.1. DESCRIPCIÓN DE LAS UNIDADES DE ANÁLISIS.**

- **Pacientes:** conformados por personas que concurren al Centro de Salud de Ingeniero White, Villa Serra, Villa Nocito, Maldonado y General Cerri los que tuvieron las siguientes características: pacientes crónicos (HTA o DBT), pacientes policonsultadores, pacientes con patología aguda y pacientes que consultaron por primera vez.
- **Médicos:** conformados por aquellos que trabajan en las diferentes áreas programáticas de la ciudad de Bahía Blanca
- **Personal no médico:** psicóloga, técnicos radiólogos y de laboratorio, enfermeros, choferes de ambulancia y personal administrativo (farmacia, admisión), odontólogos, trabajadores sociales.

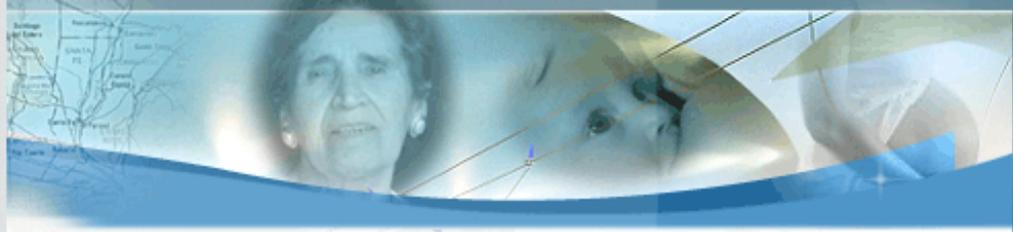
**Tabla 1 Composición de los grupos focales en fase exploratoria**

Grupo focal	Hombres	Mujeres	Edad promedio (años)
<b>Médicos</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>39,5</b>
<b>Equipo de salud no médico</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>38,6</b>
<b>Pacientes</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>49,4</b>
<b>Porcentaje total</b>	<b>34,5%</b>	<b>65,5%</b>	

En la fase de acción se usaron las mismas características de las unidades de análisis que en la fase exploratoria.

**Tabla 2 Composición de los grupos focales en fase acción**

Grupo focal	Hombres	Mujeres	Edad promedio
<b>Médicos</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>41,3</b>
<b>Equipo de salud no médico</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>38</b>
<b>Pacientes</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>44,3</b>



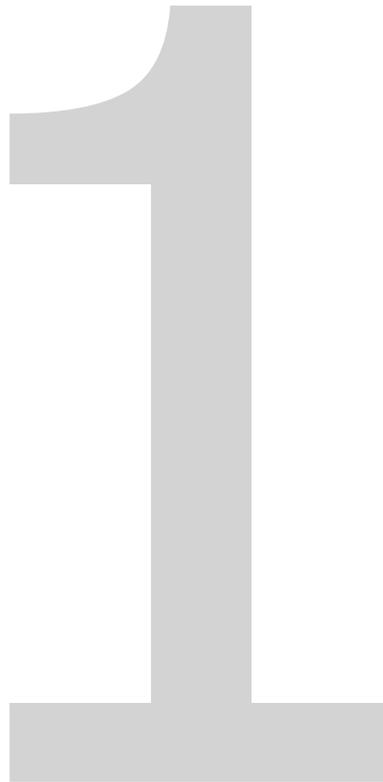
## 10.2. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

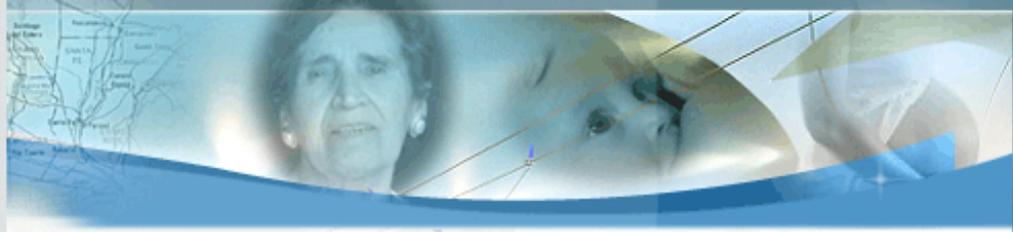
Cada grupo focal realizó un encuentro con una duración no mayor a las dos horas, en los que se utilizó un caso clínico (anexo2) y preguntas para poder investigar las categorías principales. Estos fueron usadas de disparador y estimularon la discusión sobre definición, posibles causas, pensamiento en relación a los errores, responsables, posibles soluciones (anexo3) esto fue realizado por los moderadores que a partir de preguntas abierta, comentarios o afirmaciones exploraron estos aspectos. A cada uno de los participantes se les hizo firmar el correspondiente consentimiento informado (anexo4)

Cada grupo focal se transcribió en formato electrónico y en papel para hacer el análisis del discurso por técnica hermenéutica dialéctica. (10)

El análisis de los grupos se llevo a cabo por la investigadora y la Lic Karina Faccia, para lo cual se concretaron 3 reuniones en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En las reuniones se plantearon las categorías a evaluar, los cambios futuros en la metodología y por ultimo la triangulación de cada uno de los análisis hechos.





## BECAS DE INVESTIGACIÓN RAMÓN CARRILLO - ARTURO OÑATIVIA

### 10.3. PLAN DE ANÁLISIS

Se hizo el análisis de los grupos focales y la triangulación de la información. Esto se pudo llevar a cabo por la investigadora y la licenciada en antropología.

Las categorías analizadas fueron:

**Error medico:** Conceptos acerca del error del equipo de salud, creencias y mitos sobre el mismo, entendiéndose como un acto en sí mismo o como la omisión de un acto, sin intención de causar daño y que no logra la finalidad prevista.

**Causas de error medico:** Suceso que se considera como fundamento u origen de un acontecimiento, en nuestro caso del error del equipo de salud. Determinantes económicas y socioculturales. Situaciones que están en relación con la existencia del problema que esta siendo abordado. Condiciones laborales desfavorables.

**Errores médicos mas frecuentes en APS:** Enunciación de los errores más frecuentes del proceso de atención (diagnóstico, tratamiento, indicación, prescripción y administración de medicación, etc.).

**Responsabilidad en relación al error:** Visto desde lo individual a lo general. Se indaga quienes son los responsables directos de cometer un error en el equipo de salud.

**Percepciones sociales acerca del error y el equipo de salud.** Percepciones acerca de la relación equipo de salud - pacientes sobre las prácticas de salud (errores). Percepciones de los profesionales sobre la imagen que poseen los pacientes de ellos mismos cuando se comenten errores. Valoración de los pacientes. Percepciones de los pacientes sobre la imagen que tienen los profesionales de ellos mismos. Actitudes y reconocimiento de los errores. Imagen de lo que significa ser "buen médico".

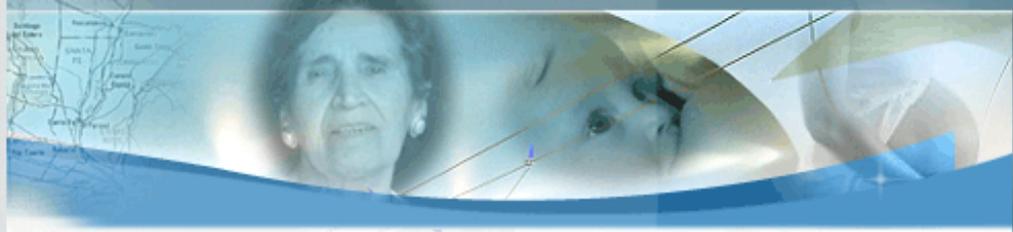
**Relación equipo de salud-paciente-familia:** se define un conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos que se dan como supuestos de los encuentros clínicos. Consideraciones acerca de este tema relacionado con los errores en la atención primaria. Modelos médicos. Comunicación entre los diferentes actores de la relación equipo de salud y paciente.

**Soluciones para disminuir los errores en la práctica diaria:** necesidades de tener información y capacitación del equipo de salud para mejorar la calidad de la atención. Acciones para minimizar o prevenir errores en el proceso de atención. Acciones individuales, grupales del nivel de la institución atención primaria.

**Durante la lectura de estos últimos grupos focales se pudieron analizar otras categorías empíricas que se describen a continuación:**

**Atención primaria de la salud:** La APS es la asistencia ambulatoria basada en métodos y tecnología práctica, científicamente fundamentada y socialmente aceptada; puesta al alcance de la comunidad, con énfasis en los individuos, la familia y el ambiente.

**Referencia y contrarreferencia:** Por referencia se entiende, la derivación del paciente entre un establecimiento de menor o igual complejidad en la asistencia, complementación diagnóstica o terapéutica debido a que los recursos propios y disponibles de primera atención no permiten dar respuesta a las necesidades del paciente, en especial cuando estas requieren la intervención de otro tipo de especialización u otra tecnología diferente de la cuenta el primer nivel de atención, nuestro caso. Contrarreferencia, la derivación de los pacientes en sentido inverso, en el cual se reenvía al establecimiento que refiere la información sobre los servicios prestados y las respuestas e indicaciones a las solicitudes de apoyo asistencial Su objetivo persigue articular los establecimientos de salud según niveles de atención y grados de complejidad, ofreciéndose al usuario los servicios de atención en un nivel de recursos y tecnologías adecuada a sus necesidades, aplicando criterios de oportunidad, eficiencia y eficacia, para que de esta forma "al nivel adecuado llegue el paciente adecuado".



## 11. RESULTADOS

### Resultados de la fase de acción

#### Análisis de las categorías de los grupos focales de médicos

##### Error medico

Los errores son desvíos de lo correcto, es un acto negativo. Manifiestan que es omitir algún hecho y lo relacionan con el diagnóstico y el tratamiento

***“el error yo pienso que es realizar o hacer algo incorrecto sería , se basa me parece en la definición negativa de lo incorrecto, de lo correcto y en cuanto a la atención médica es hacer algo incorrecto principalmente en dos cosas, hay dos errores principales, o en el diagnóstico, o en el tratamiento, son las dos cosas principales”***

Relacionan al error medico con la comunicación entre los que forman parte del equipo de salud y con el paciente y los olvidos pueden aparecer en la anamnesis

***“...es una falta de comunicación no? Volviendo al ejemplo con todo esto, a falta de este...olvido del médico de preguntar falta de información de la madre y preocupación de avisar el estado de la alergia del chico...”***

##### Causas de errores

Los médicos hacen referencia al contexto en el que se desempeñan, como uno de los facilitadores de cometer más errores en la práctica diaria.

***“puede influir digamos porque muchas veces por ejemplo cuando uno lo analiza desde otro punto de vista no es lo mismo porque uno está digamos en el ámbito laboral en diferentes momentos no? Digamos que todo es dinámico y a veces los contextos te llevan a cometer errores”***

Los errores, según los médicos, pueden aumentar por un aumento en la demanda, la saturación de la Unidades sanitarias o los hospitales. Ellos relacionan el aumento de los errores con una atención de baja calidad

***“después otras veces pasa que por ahí un médico está sobresaturado de pacientes y bueno por esa sobresaturación a veces te lleva hacer una consulta demasiado rápida? Sumado a la anterior, también te puede llevar a cometer un error de olvidarte de algo como en éste caso”***

Dentro de las causas también manifiestan que los pacientes pueden olvidar referir algún dato de interés importante que puede llevar a que se pueda cometer un error en el consultorio de APS

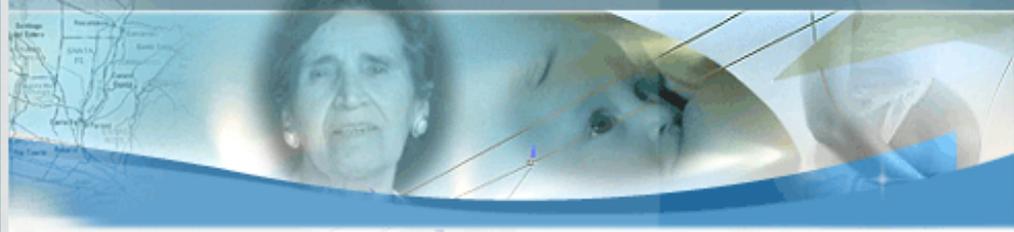
***“puede ser que se le haya pasado a la madre, tampoco el otro médico no le dijo o no se dio cuenta decirle de que si era alérgica a tal medicamento”***

Las historias clínicas con datos relevantes que se encuentran desorganizadas, donde no se puede leer en forma rápida los antecedentes de los pacientes. Esta característica de los Centros de salud lo ven como uno de los factores causantes de errores

Los médicos hacen referencia a la organización del centro de salud como una de las causas de error. Ponen como ejemplo la mala distribución de los turnos e implican a la parte de administración. No se puede profundizar en por que esto puede causar errores en APS.

***“la mala organización de la unidad sanitaria en cuanto a los turnos, otra cosa que puede llevarte a un error”***

Los médicos manifiestan en estas discusiones que la falta comunicación entre el equipos de salud, esta en relación con los errores. Aquí podemos apreciar que no solamente se incluye a los médicos sino a otras disciplinas que interactúan en la APS.



## BECAS DE INVESTIGACIÓN RAMÓN CARRILLO - ARTURO OÑATIVIA

Se pudo percibir la necesidad de un trabajo en conjunto con el resto del equipo de salud. Al analizar el discurso de los médicos podemos apreciar que existe en las Unidades Sanitarias una disgregación entre los médicos y el resto de los trabajadores de la salud y que no está instaurada una cultura de trabajo interdisciplinario en forma cotidiana. Estas características se pueden observar en otras áreas programáticas y se pudieron escuchar tanto de los médicos como del resto del equipo de salud.

***“...alguna falta de comunicación entre los integrantes del equipo de salud para realizar determinada acción digamos, por omitir, desconocimiento, como la comunicación como dije recién una (dice pensando)...”***

***que trabajen separados, o que por ahí no son equipo, son gente que trabajan en el mismo lugar (dice afirmando), como la asistente social que trabaja separada del médico, el médico del enfermero, cada uno hace por ahí una determinada actividad digamos, muy asistencial no hay una comunicación entre ellos muy adecuada***

La calidad de la atención médica de las Unidades Sanitarias también fue tema de conversación en los grupos focales en donde se deja en claro que si no existe una buena atención, uso de protocolos por los que los médicos se puedan guiar frente a determinadas acciones, hace los errores se puedan cometer con mayor facilidad

***“no se manejan con determinados protocolos, claro que por ahí uno tiene su forma de atender, tampoco se veía una bonificación digamos cada médico en su atención maneja un idioma particular, entonces eso también entre una de las cosas disminuye la calidad de la atención”***

En los diferentes grupos focales poder observar en forma reiterada que se hace hincapié en la cantidad de pacientes que se atienden en los hospitales sobre todo en las guardias, donde no existe una oferta de recursos humanos para solventar esta demanda.

***“... en la guardia acá, ahora porque están ellos que te dan una mano bárbara pero sino normalmente siempre yo veía entre 100 y 120 pacientes todas las guardias que es una cosa imposible (dice enfatizando) porque llegaba a la ocho de la noche realmente no podía absorber lo que me decía la persona, no tiene sentido, ahora bueno porque están ellos se me alivia muchísimo***

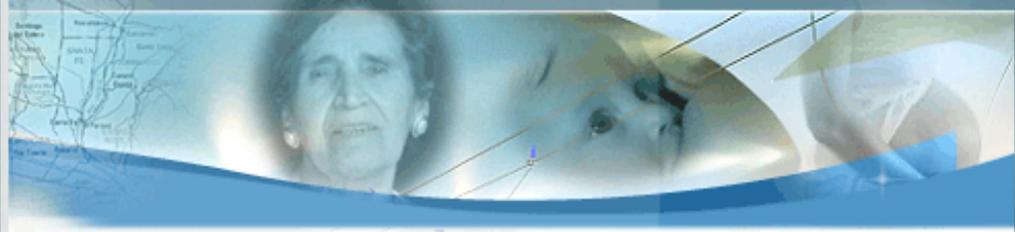
Relacionan las consultas cortas con la existencia de los errores. Hacen comparación entre los consultorios de salud pública y los de salud privada. Refieren que los errores se ven menos en los consultorios privados porque se tiene más tiempo para estar con los pacientes.

***“...yo lo comparo así en forma muy intuitiva, muy grosera con el consultorio, yo con un paciente por ahí estoy media hora (dice enfatizando), entonces el error tanto de las cosas que puedo hablar con la persona este con el paciente y todo este hacen que el error sea mucho más frecuente en el hospital, este simplemente por una cuestión de tiempo, desde el interrogatorio he yo puedo hablar más en privado...”***

Los médicos refieren que al existir una mala organización en la unidad sanitaria, se suma la cantidad de pacientes que atender diariamente. Esto provoca agotamiento de los profesionales. Manifestando que estos puntos no son vistos por nadie y siguen estando poniendo en riesgo a los profesionales y a los pacientes. Dejan en claro que a las autoridades del municipio les interesa solamente los números estadísticos en cuanto a la cantidad de pacientes se ven por día, interpretando que una de las prioridades es el asistencialismo para evitar disturbios de parte de las personas que no pueden ser atendidas.

***“...A nadie le importa eso, lo que importa es que la gente no genere el disturbio, de ir a quejarse a la prensa (dice indignada) de que viste no la atendieron, nadie pregunta a ese que no atendieron a ver cuanto, cuantos habían antes...”***

***“...a nadie le importa que vos ve...viste el 30 y en el 30 te podés comer algo serio viste? Porque estas agotado, y a nadie le importa eso...”***



## BECAS DE INVESTIGACIÓN RAMÓN CARRILLO - ARTURO OÑATIVIA

### Frecuencia de errores

Los errores que se cometen en la atención médica son muy frecuentes. Esto se relaciona al tipo de ciencia en la que se encuentra la medicina. Refieren que al no ser una ciencia exacta los errores se producen con más facilidad

***“referido a la atención médica es que por ejemplo, según los tipos de ciencia hay mayor o menor posibilidad de error, no sé, en matemática o en física o en algunas cosas por ahí los errores son más acotados o menos probables pero en ciencias como la medicina que es tan blanda por así decirlo es que los errores son muchísimos más frecuentes”***

Dentro de los errores más frecuentes en APS se habla de hacer tratamientos no correctos o prácticas no recomendadas por la presión que ejerce el paciente en la consulta, haciéndose difícil poder explicar o negar al paciente determinada práctica

***a lo mejor, que vienen y también tener en cuenta la expectativa de ellos, porque por ahí vienen pacientes que te exigen cosas un error si tenemos en cuenta la definición que diste me pareció muy bien eso de hacer lo incorrecto muchas veces hay cosas que sabemos que no tenemos que hacer pero vienen los pacientes a exigirte prácticamente (dice enfatizando), vos decís, bueno no le va a hacer mal (dice resignada) y haces cosas aunque vaya en contra del protocolo aunque vaya en contra de lo que vos sabes que está correcto o sea, eso de acuerdos esa definición sería un error, y muchas veces está o sea influye mucho el ámbito”***

Pudimos observar al analizar los grupos que los errores en diagnóstico y tratamiento serían, para los profesionales, los más frecuentes en la atención en los consultorios de APS. Esto también lo pudimos apreciar al analizar los grupos focales en la fase exploratoria. Se refieren a utilizar tratamiento que no se conocen con exactitud y que se encuentran en el mercado. Esto lleva a que puedan aparecer efectos adversos indeseados que no se conocían.

***“...muchas veces por ser innovador a todas las cosas nuevas que no tienen una suficiente experiencia en el tratamiento y eso muchas veces lleva a cometer errores por estar demasiado actualizado y lo vemos en la literatura, en medicamentos que se sacan desde un año para otro del mercado porque se ve que hacen pie en el efecto adverso que si no lo hubieran probado esos pocos años y uno lo usa permanentemente este no no hubieran cometido ese error...”***

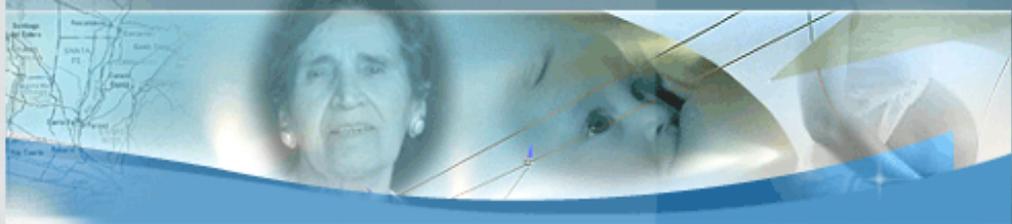
***“...y acá yo pienso que la atención primaria es lo principales errores son del diagnóstico, en general cuando más se sube en cuanto a la especialidad por ahí los diagnósticos erróneos son menores por así decirlo y hay muchas más fallas en cuanto a complicaciones del tratamiento y eso...”***

Se manifiesta que los médicos que atienden en APS pueden cometer más errores de diagnóstico que el resto de los profesionales. Esto lo justifican porque no se cuenta con adecuada tecnología en los centros de salud. Se observan diferentes opiniones con respecto a este punto. Alguno de los médicos opinan que se pueden utilizar reglas de predicción clínica sin ser necesarios estudios que confirmen la enfermedad. Y que no creen que el exceso de métodos complementarios reduce los errores. También una de las manifestaciones que aparecen es que en APS se manejan patologías poco graves o banales y que se puede subdiagnosticar enfermedades complejas por el sesgo que existe en este nivel.

***“...la atención primaria parece que es el diagnóstico más difícil porque uno en general no usa, o usa pocos métodos complementarios este ven mucha cantidad de pacientes este con patologías en general banales por así decirlo y por ahí se pasan patologías más severas, me parece que es en el diagnóstico no se me ocurre ahora justo algo puntual...”***

***“...un ejemplo sencillo que es una angina pultácea bueno, si lo más probable que pueda hacer una angina por estreptococo pero bueno, puede ser una mononucleosis, también, uno a veces no hace en la atención primaria otra...hay...ciertos parámetros que te dicen que hay tanta posibilidad de que sea una angina pultácea que no una mononucleosis, le das antibióticos, después no le haces, el examen de fauces, no le haces la serología para mononucleosis, por ahí la medicas y en realidad es una mononucleosis, te quiero decir que uno se basa más que nada en el examen...”***

***Por ahí uno subdiagnostica ciertas enfermedades...***



## BECAS DE INVESTIGACIÓN RAMÓN CARRILLO - ARTURO OÑATIVIA

Se habla de inequidad social en los pacientes como errores en general. Enfermedades sociales que diariamente se pueden ver en APS y que los profesionales de la salud no pueden disminuir. La falta de comunicación intersectorial creen que puede ser un error en el ámbito de su trabajo. Con indignación se habla de un falta de perspectiva socio sanitaria.

Los médicos refieren que uno de los errores que existe dentro de las consultas de APS es la mala comunicación entre los diferentes niveles de atención. También hacer referencia del mal uso de las interconsultas y de las derivaciones al 2° o 3° nivel de atención.

Pudimos observar que la mala comunicación entre las mismas áreas de atención en el primer nivel de atención también están pasando por un periodo de falta de comunicación entre ellas, sin conocer que trabajos hacen ellos mismos.

***“...creo que en realidad...no digo que todos tengan la culpa los del hospital o que tengan la culpa los de administrativos, en realidad creo que no nos comunicamos bien, y también nosotros muchas veces no sabemos priorizar, sabemos que los pacientes que pueden esperar los pedimos con la misma urgencia que los pacientes que no pueden esperar, pero creo que error fundamental es la***

***falta de conocimiento y la falta de comunicación que hay entre todos los niveles, los coordinadores de los distintos sectores no comunican muchas veces...”***

***“...nosotros estamos en 2 áreas nos llegan información distintas desde las 2 áreas, hay muchas veces que se contradicen (dice sorprendida) no porque en la reunión de coordinadores (dice como recordando)... y o sea en cosas del sistema en sí entonces creo que uno de los principales errores uno de los principales responsables es la falta de comunicación que tenemos todos y todos participamos de esa falta de comunicación (dice enfatizando)***

En uno de los grupos focales al preguntar sobre los errores mas frecuentes que pueden aparecer uno de los participantes queda sorprendido y durante la dinámica de las respuestas sobre esta categoría no pudo dar ningún ejemplo.

***“...¿Errores en la unidad sanitaria?...”***

### Percepciones sobre los errores

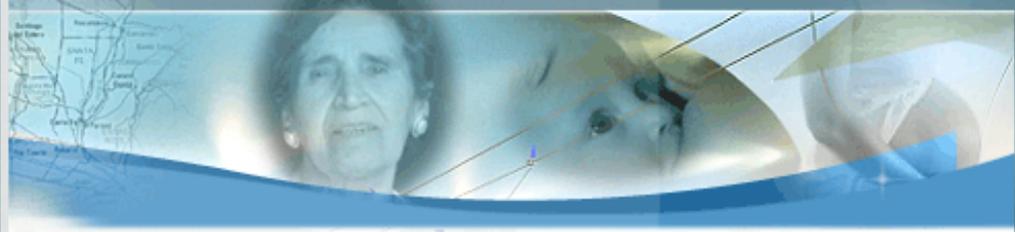
Refieren que los médicos y el personal de salud no pueden tener problemas y lo llaman omnipotente. Creen que no hay una concepción del errores entre la gente. Se nombra al medico bueno como uno de los que no tienen errores o que las personas usuarias le permiten tenerlos. Si se conoce que un medico es malo tal vez a este no se le permita la equivocación dentro del consultorio

***“...y a veces que la gente es como que te hace omnipotente, no te permite que llegue tarde (dice indignada), no te permite, o sea muchas veces acá lo que nos pasa, es que como hace tanto que estoy esperando me tengo que ir a trabajar y esas demandas o porqué tardás tanto con otros, no!”***

***“...no obviamente, negativamente, es más o sea viste el hecho así como de boca en boca va el tema de decir, he tal médico es bueno, osea por una, por un error que ellos asumen como error que por ahí no fue error del punto de vista médico, del punto de vista hee también viste que se divulga de boca en boca hace que por ahí todos tengan un concepto erróneo y no***

### Soluciones para disminuir la frecuencia de errores

Se habla en uno de los grupos del uso de consensos internacionales sobre enfermedades mas frecuentes como ejemplo citan a la hipertensión arterial. Basarse en la experiencia personal o en el reporte de casos para tomar determinada decisión sobre un tratamiento podría llevar a errores y disminuir la calidad de



## BECAS DE INVESTIGACIÓN RAMÓN CARRILLO - ARTURO OÑATIVIA

atención de los pacientes. Se puede ver la controversia entre la práctica basada en la experiencia o la práctica basada en la evidencia como caminos para disminuir los errores.

***“...decidir no por mi experiencia con mis pacientes (dice simulando cierta soberbia), cuando hablas de hipertensión por ejemplo, mi experiencia con mis pacientes, o de diabetes ( agrega), que no es que uno invalide su experiencia pero si estamos hablando de consensos internacionales que se basan en estudios multicéntricos que llegaron a otras conclusiones (dice en un tono como señalando una obviedad) hablar a propósito de un caso o mi experiencia de una enfermedad tan prevalente en realidad eso dificulta la calidad de atención, si?”***

***“...lo que pasa no solamente basarse en la experiencia (lo dice con cierto nerviosismo) leer también, actualizarse (dice como remarcando la palabra) este tomarlo todo con pinzas en el sentido de que lo que hoy se hace por consenso muchas veces después por los mismos consensos se debate o se dice lo contrario y eso demostraría como que lo que hice antes siempre está mal, entonces me parece que a todo eso hay que sumarle la experiencia, me parece que es importante, o hasta podría llamarle la lo que mal llamado ojo clínico que no se sabe bien exactamente que es pero que es la suma de todo lo que leíste lo que viste...”***

Uno de los médicos que formo el grupo focal propone que desde la residencia se hagan actividades científicas para construir el conocimiento para disminuir los errores. Dentro de ellas hacer grupos de trabajo para comentar la actividad diaria y las acciones realizadas para poder discutirlos y cambiarlos de ser necesarias con base teórica. También se propone que se mejore la comunicación entre los integrantes del equipo.

***“...que recién empezamos es desde el punto de vista científico y la parte científica el desconocimiento hace te equivocas porque desconoces cosas si? desde la residencia o sea en ese sentido estamos muy apoyados o lo que o lo que estamos haciendo es tratando de ver entre todos los que hacemos son por ejemplo toda la cantidad de pacientes que veamos 10 que veamos 20 por día cada uno comenta hace un comentario no solamente busca que pase no? No hacemos las búsquedas individuales si no un comentario grupal yo hubiera hecho tal cosa, mas que nada lo que decía Marcelo porque por ahí la conducta varía o puede variar de acuerdo a las distintas opiniones o sea en ese sentido hemos tratado de hacer algo para solucionar muchos errores que teníamos desde el punto de vista científicos si?”***

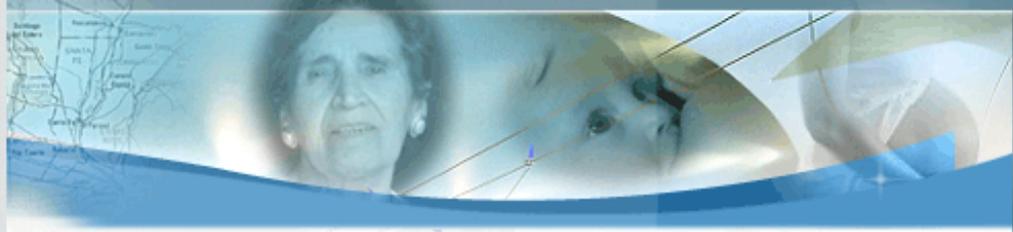
***“...creo que uno de los principales errores es la comunicación (dice enfatizando) la comunicación entre el equipo médico la hemos mejorado un montón, la comunicación en el equipo, en el equipo de trabajo en sí nos cuesta por falta de disponibilidad por ejemplo, tenemos psicólogo, tenemos asistente social, tenemos psicopedagoga que reinicia ahora ginecólogos...”***

### Relación medico paciente familia

La comunicación adecuada con los pacientes y sus familiares en una de las prácticas a las que hacen hincapié algunos profesionales, relacionando esto con los errores en APS. También se propone dentro de la relación medico paciente que el paciente forme parte de las decisiones de las prácticas o tratamientos que se les indicaran y que se pueda negociar con el propio paciente las conductas que el equipo de salud tomara.

***“...tienen que por ahí considerar al paciente no? Como persona, integrarlo como dice la definición, ahí es la literatura actualizada la experiencia del médico y el paciente digamos es la conjugación de ese triángulo así que bueno también tener en cuenta que el paciente es importante...”***

Los médicos hablan de los pacientes en una oportunidad como uno de los responsables que se cometan errores haciendo referencia a que padecen enfermedades psicosomáticas y que, estas son inventadas por ellos para acudir sin sentido a los consultorios y aumentar la demanda. Se puede apreciar que se cree que



## BECAS DE INVESTIGACIÓN RAMÓN CARRILLO - ARTURO OÑATIVIA

los pacientes hacen determinada acción para que los médicos o el equipo de salud tengan exceso de trabajo.

***“...por así decirlo entre comillas no sé si psicosomático o problemas que de alguna manera hasta inconscientemente inventan enfermedades o concurren al médico por distintas dolencias y ahí se produce una catarata de estudios y re consulta (dice indignado) por cosas que por ahí con inherentes al paciente que hacen aumentar el error, este cuando presentan pacientes...es lo que llaman pacientes difícil...”***

Se habla en uno de los grupos la importancia que juega el papel de la relación medico paciente familia como una de las habilidades importantes que debe tener el medico para mejorar la calidad de atención. E incorporar a la familia como parte del diagnostico, tratamiento.

***“...y yo también creo que es importante diferenciar (hace una pausa y continúa) supongamos el mismo error médico en aquel médico que le explicó porque lo hacía y que se fundamentó y que se relacionó con esa familia y que estuvo el espíritu bajo presión con otro médico que no (dice enfatizando) que tuvo un perfil mas distante que no charló que no lo comprendió según lo que el paciente cree, lo toman totalmente distinto, creo que eso también influye***

Se hace una crítica de la situación actual del sistema de salud dando como ejemplos la falta de presupuestos, nombramientos para las Unidades sanitarias y el hospital.

APS- primer nivel de atención- referencia contrarreferencia

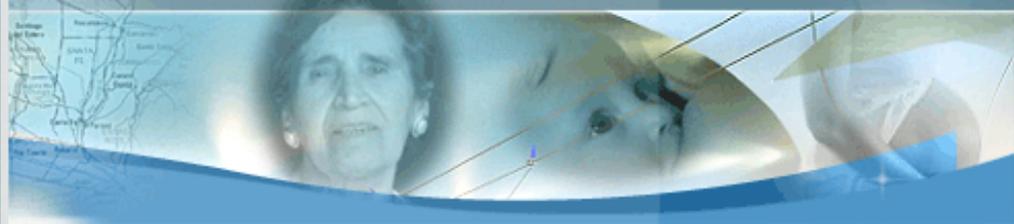
***“...No hay presupuesto para poner más personal en las unidades sanitarias, y no hay presupuesto para nombramientos en los hospitales, no hay presupuesto! (Afirma indignada) que va a ser (dice resignada) los nombramientos se quedan y se pierden, nadie saben a donde van donde están, pero no acá, acá en el hospital...”***

Los médicos del primer nivel de atención manifiestan que una de las características que observan es la falta de conocimiento que existe en general de los médicos de APS y el tipo de labor diario que realizan desde los centros de salud. Hablan de subestimación del trabajo que se hace en el primer nivel de atención, lo que lleva a una mala comunicación entre los profesionales y las diferentes especialidades. Ellos relacionan esto con una mala calidad en la atención o en la referencia y contrarreferencia.

***Cada uno de nosotros,, es todo un tema de comunicación también, los que están en los otros niveles de atención subestiman lo que es la atención primaria o creen que tienen que hacer otro tipo de tarea, los que organizan el primer nivel de atención, lo mismo y quien queda quien queda en el medio luchando entre todos nosotros? La gente, pasa con los turnos cuando necesitamos hacer una consulta cardiológica no tenes el paciente que necesita con prioridad una consulta cardiológica nunca lo logramos si no vamos a hablar personalmente y le explicamos le presentamos y le rogamos o sino tienen turnos de acá a cuatro meses, nos pasa en embarazadas que tienen la primer consulta en la semana 32 (dice indignada) que tiene bajo peso con antecedentes de tabaquismos o alguna adicción, y cuando necesitamos ya alguna ecografía, nos dan ecografía a 2 ó 3 meses que pasa la fecha probable de parto supuesta***

Hacen diferencias entre la atención en el hospital y en la Unidad Sanitaria, manifestando que los pacientes tienen diferentes reacciones cuando son atendidos en el hospital. Explican que en la Unidad Sanitaria se esta mas vulnerable a la presión de los pacientes y a las quejas diarias, esto no lo ven así en el hospital. Se refieren a que los pacientes piensan que la excelencia de los médicos se encuentra en el hospital y que los médicos de las Unidades son de baja calidad en relación a la atención.

***“...O sea hay una mucha vulnerabilidad nosotros también no? O sea mas el paciente los que estamos dentro de las unidades sanitarias realmente se nota esta.... o el maltrato no hacia los que trabajamos acá...pero bueno...”***



## BECAS DE INVESTIGACIÓN RAMÓN CARRILLO - ARTURO OÑATIVIA

***“...lo que pasa que la reacción de la gente es distinta, en el hospital te bajan la ventanilla y ya no da mas turnos, y la gente da media vuelta y se va y la gente va protestando (dice asegurando) pero acá, acá no es así...”***

***“...en el hospital están los médicos de primer nivel***

***“...nosotros somos de segundo o de tercero...”***

### Responsabilidad

Se habla de tres responsables o partes fundamentales en la existencia de cometer un error, uno es el sistema que se encuentra desorganizado, con la falta de comunicación, el aumento de la demanda de los pacientes a los centros de salud publica y de los propios pacientes que acuden a los sistemas de salud. Esto lo explican manifestando que no existe una cultura del uso correcto de los centros de salud, los consultorios y las guardias. Y por ultimo nombran como responsable el problema social que existe actualmente en nuestro país, esto aumenta las demandas, donde los profesionales se sienten desbordados por la asistencia.

***“...para mí hay tres cosas...tres partes del error...”***

***“... es el sistema que por dos cosas principales una es la falta de de acople yo la atención básica y la atención de la que se especializa el hospital y la otra es el exceso de pacientes en que sentido por parte de los pacientes, que no hay una buena educación en cuanto a los pacientes de cuanto concurrir al médico cuánto concurren a la guardia y la parte social influye mucho hay mucha gente...”***

El sistema en donde están trabajando para los médicos es uno de los responsables y manifiestan que si el sistema no funciona como corresponde, mas especificamente los que dirigen estos centros no están organizados, refieren que tampoco lo estarna las personas que ellos supervisan

***“...La falla de acá es el sistema (dice afirmando) y obviamente si el sistema falla todo lo que vaya abajo se van a seguir cometiendo fallas (dice indignada) por parte del médico, de la enfermera, no será voluntarias, fallas del paciente, todo lo que quieras...”***

### Análisis de categorías grupo focal equipo de salud

#### Error conceptualizacion

Al analizar esta categoría en uno de los grupos focales pudimos apreciar que los integrantes presentan escasa conceptualizacion del error en la atención primaria de la salud no pudiendo dar ninguna opinión al respecto. O evadiendo la respuesta hacia otros caminos.

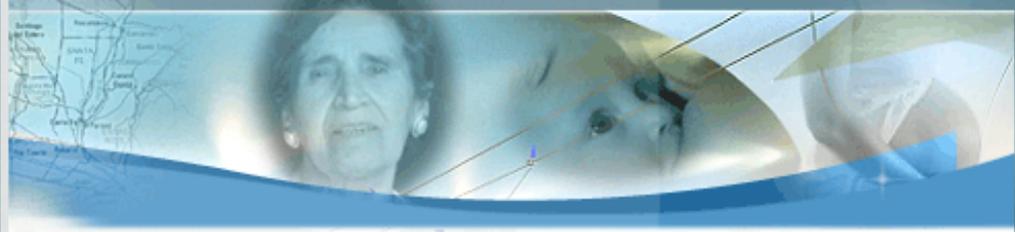
Por el contrario, en otro de los grupos se manifiesta que los errores están relacionados con omisiones en la consulta. Lo relacionan con la negligencia y se refieren a que son actos mal realizados que se producen por una acción no concreta.

***“...equivocación....olvido...un acto mal realizado o no realizado (con mas énfasis) por omisión, por descuido...inacción ...”***

#### Frecuencia de errores en APS

Se relaciona la cantidad de pacientes con la frecuencia de errores, creen que teniendo mas variedad de pacientes (Ej. médicos de familia vs. ginecólogo) también aumentan los errores

***“A mas pacientes que uno atiende tiene más posibilidades de cometer un error pero vos hablas por la cantidad o por al variedad ? digamos vos... por variedad y por cantidad”***



## BECAS DE INVESTIGACIÓN RAMÓN CARRILLO - ARTURO OÑATIVIA

Se refieren en uno de los grupos a un error que ven frecuentemente que es el mal manejo de la información aportada por los pacientes, no respetando el secreto profesional. Esto es visto desde el punto de vista de la lectura de las historias clínicas por personal que no está capacitado para realizarlo.

***“- es como un manoseo de la información, las historias clínicas las pueden tener cualquiera...”***

Una de los errores que pueden ver con frecuencia es el uso irracional de medicación. Esto está justificado por la presión que ejercen los pacientes en el consultorio al solicitar medicación como una de las soluciones a sus problemas.

***los medicamentos!! (sonríe) muchas veces se dan por obligación...a todo nivel...la gente cree que el medicamento es la solución!***

### Causas de errores

Se vuelve a mencionar como en otras oportunidades el trabajo en equipo, encontrando resistencia a poder realizarlo desde la APS. Las personas que forman parte de los centros de salud y comparten el mismo trabajo rechazan trabajar conjuntamente. Manifestando que primero haya que manejar la problemática de los pacientes y luego trabajar sobre los problemas del trabajo en sí mismo, ya que esto perjudicaría la calidad en la atención. La comunicación y la cooperación entre los actores dentro del centro de salud es un pilar faltante para mejorar el trabajo diario con los compañeros y con los pacientes.

***yo veo el trabajo en equipo que es complicado, siempre hay una parte que se resiste al trabajo en equipo, no sé uds. Logran eso, pero siempre hay una parte que, que no colabora o que no le parece, o que no quiere trabajar con tal profesional o a veces están en el medio pacientes y el equipo de salud pone si hay algún problema entre medio del paciente y el equipo y...bueno...no se puede trabajar, primero es el paciente y después los problemas se arreglan si es que hay algún problema, no?***

***“falta comunicación, falta eh...  
Cooperación...”***

Se refieren a la falta de uso de guías o unificación de criterios de atención frente a determinadas acciones. Implican esto directamente con el aumento de errores en la práctica diaria.

***“igualación de criterios, eh... nos manejamos de forma diferente...para nosotros un buen control de embarazo es más de 5 controles en una embarazada, y para otros con 4 controles está bien se considera un embarazo controlado, no? entonces no aunamos criterios y ahí se cometen errores porque yo creo lo que yo hago está bien y vos crees que lo que vos haces estás bien.”***

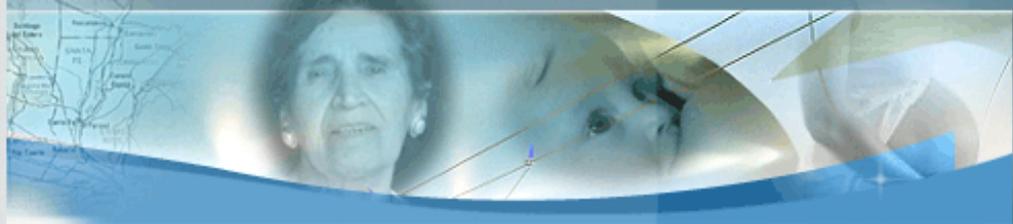
Dentro de las causas de errores se habla de la falta de capacitación que tiene el personal del equipo de salud para afrontar determinadas situaciones problemáticas. Uno de los grupos discute la falta de capacitación para poder realizar una adecuada historia clínica.

***“...que pasa es que hay lugares donde se trabaja detrás de la demanda...y falta formación para anotar todos los detalles (se refiere a los médicos, que no están formados para hacer una buena HC)***

***“puede haber error de diagnóstico la falta de capacitación de los profesionales hace que haya más errores humanos, eso también...es común”***

En las discusiones se aprecia que una de las causas que pueden favorecer a los errores es la rápida atención que se ofrece en las unidades sanitarias. Relacionan esto con la APS, en donde refieren que en este nivel la atención es superficial.

***Puede pasar Unidad Sanitaria, que la atención es rápida...es como ver el síntoma y nada más...si...mas que todo un unidad sanitaria....una atención superficial***



## BECAS DE INVESTIGACIÓN RAMÓN CARRILLO - ARTURO OÑATIVIA

Se discute como una de las causas importantes que los integrantes del equipo de salud tiene un perfil no holístico, con una sola mirada de los pacientes que se atienden. Y refieren no ser fácil cambiar esas visiones.

**“...falta ¡¡la mirada holística!...”**

Refieren que los profesionales no están estimulados a trabajar en óptimas condiciones, se exige la asistencia y nada más. Esto esta relacionado a políticas internas de sus empleadores. También lo observan en la atención privada.

**“...y hay una falta de estímulo a los profesionales...atendes...atendes...atendes”**

Manifiestan que no existen espacios de reflexión para poder discutir situaciones problemáticas, tener una preparación académica constante. Son situaciones que ellos notan como faltantes en el lugar donde trabajan y lo relacionen con los errores

**“...Faltan espacios de crecimiento científico, momentos para juntarse...grupos...donde digamos que nos pasa...cuales son nuestros problemas...”**

### Responsabilidad

Refieren que la responsabilidad no estaría depositada en una sola persona. Aparece la figura de la enfermera como uno de los responsables de los errores y no solo el medico. Durante la reunión se manifiesta que el equipos de salud es el responsable que se cometan errores en la atención en los consultorios

**“...la verdad, un poco la pregunta es la responsabilidad, un poco compartida...”**

**“...la enfermera también puede preguntar si es alérgica...”**

**“...el equipo de salud!...”**

Los participantes hacen responsables de la aparición de errores a los pacientes por no tener un papel mas activo con su enfermedad. Hablan de la falta de empoderamiento con respecto a la salud de cada uno de ellos.

**sí, para mi también el equipo de salud tiene que ver, pero también el paciente, porque a veces no se hace cargo de poder relevar su enfermedad.**

**y es también un poco el empoderamiento del paciente por ahí tomar su salud como un bien para él mismo y bueno...**

Se implica al estado como uno de los responsables de la aparición de errores en la atención, y se manifiesta la imposibilidad del equipo de salud de ser ellos solos los que puedan dar solución a esta problemática.

**yo no sé si se van a solucionar espero que si en algún momento, pero,,hay que hacer de todo un**

**poco, hay que ir a la donde está a la comunidad, atender bien a la gente donde estamos...a lo mejor no sé tener más profesionales disponibles...somos pocos tampoco la respuesta es solamente nuestra tiene que ver el estado...la política, todo tiene que ver!-enfatisa-nosotros me parece, no podemos hacer todo lo que queremos...**

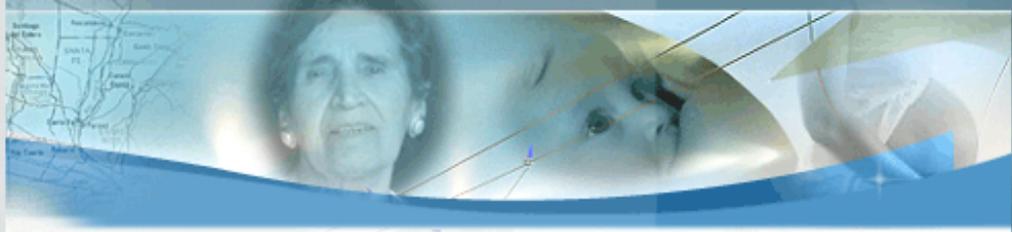
Los responsables son los integrantes del equipo de salud en su totalidad, aunque en algunos momentos también ven como responsables a los pacientes que utilizan las unidades sanitarias.

**“...de todos!**

**de las características actuales de los pacientes...”**

### Percepciones acerca del error

Con respecto a este punto, se ve al error como una situación que no debe presentarse en los consultorios dado que la población atendida en ellos podría enojarse.



## BECAS DE INVESTIGACIÓN RAMÓN CARRILLO - ARTURO OÑATIVIA *"la gente se enoja"*

Los integrantes de uno de los grupos relacionan el tipo de errores con el tipo de percepción que se pueda crear en torno a una equivocación. Esto dependería de las consecuencias que puedan tener los errores en los pacientes. También hablan del enojo de los pacientes frente a estas situaciones.

*"...depende la consecuencia del error"*

**A: la gente cambia de medico porque se equivoca o piensa que cometió un error...por ahí no es un error pero el paciente lo ve así...que no se le dio un antibiótico por ejemplo... y va a buscar una segunda opinión...hasta que consigue alguien que le da lo quiere...y ese medico es un ídolo!**

### Relación medico paciente familia

Se puede apreciar que en todos los grupos focales, la comunicación del equipo de salud con el paciente es un pilar importante que lo relacionan a con los errores en la atención en los ámbitos de salud. Tratar de mantener una buena relación de colaboración entre el equipo de salud y el paciente, explicar claramente el problema y conocer las dificultades del paciente frente a este problema.

***"...Es que si le decís a una persona que es alérgica a un medicamento, explicarle que medicamentos no puede tomar..."***

Dentro de la relación medico paciente estimular la escucha activa y reflexiva del medico hacia el paciente sería una de

Las discusiones se orientan en algunos momentos sobre la referencia a los pacientes a los Hospitales de segundo nivel de atención. Esto lleva a que no sean atendidos por los médicos de estos niveles por la saturación de los servicios y sean remitidos nuevamente a los consultorios de APS.

***"A mi me pasa, yo derivo pacientes y que las mandan una y una y otra vez, y la paciente no es para atención primaria, yo hago atención primaria, no hago alto riesgo, Puede ser porque el servicio esta sobrecargado, eso se entiende...porque no hay lugar para internar a los pacientes...por tantas cosas pero se complica, se complica o van los pacientes de un lado para el otro de acá al Municipal del Municipal al Penna y del Penna al Municipal y del Municipal acá, y no podemos tener a los pacientes así"***

Se manifiesta la importancia de dar información al paciente, que pueda ser comprendida por ellos. Tratar de no ser dogmático frente a los pacientes, esto evitaría dar determinado tratamiento y que el paciente luego no pueda cumplirlo o sentirse angustiado por no poder cumplirlo.

***"...para mi lo es la comunicación uno tiene que hablar claro con el paciente y el paciente tiene que expresar claramente lo que va a hacer o no va a hacer o lo que puede hacer, porque muchas veces uno les dice, mirá tenés que hacer esto y esto y no pueden--primero en tono firme y luego casi lamentándose-- por su trabajo, por su economía por lo que fuere..."***

Percibimos que el equipo de salud nota que existe un paciente pasivo, no estimulando otras formas de participar dentro del consultorio. Se lee en el discurso una situación que tiene como único culpable, el paciente. No pudiendo observar una crítica del equipo de su relación con el paciente o la familia.

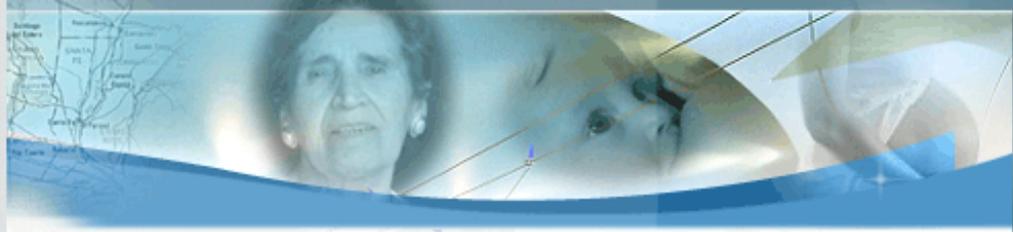
***"...pero también los pacientes tienen una actitud muy pasiva...no tienen deseo de trabajar sobre lo propio..."***

***"... hay una pasividad total! Y encima son exigentes..."***

### Soluciones para disminuir la frecuencia de errores

Una de las soluciones que aparecen en el equipo de salud dentro de la relación medico paciente es estimular la escucha activa y reflexiva del medico hacia el paciente.

También se manifiesta poder mantener una buena coordinación entre el primer de atención y el segundo nivel. Esto como vemos se ve reflejado en los otros discursos que anteriormente se fueron analizando.



**BECAS DE INVESTIGACIÓN RAMÓN CARRILLO - ARTURO OÑATIVIA**

***“Formar una buena red de atención entre lo que es primer nivel, segundo nivel, este...pasa. Pasa. A mi me pasa, yo derivó pacientes y que las mandan una y una y otra vez”***

En las discusiones parece como una manifestación de respuesta y de solución frente a los errores el trabajo interdisciplinario en los centros de salud. Crear espacios formales para poder discutir y hablar de situaciones que pasaron y así poder enriquecerse entre las diferentes disciplinas. También se utilizarían estos espacios para comentar diferentes casos complejos y mantener un adecuado resguardo y confidencialidad de los pacientes y sus problemáticas.

***y tal vez no hay espacio como para compartir que estén más formalizados, digamos tomen otra dimensión, no?***

***si acá hubiera espacios de discusión con los colegas esto evitaría la comunicación en el pasillo***

Dentro de las soluciones que se perciben en los discursos de algunos grupos focales encontramos un cambio en la APS, siendo este fundamental para que la gente pueda también estar informada no solamente desde el consultivo sino desde su propio medico. Hacer trabajos tanto intramuros como extramuros.

***“No sé creo que hay un poco de eso política de salir nosotros un poco más del consultorio, tal vez falta un poco más de información a la población para que digamos facilite la comunicación  
5-Si, porque es más fácil que nosotras salgamos a que la gente se acerque a nosotras  
5-aparte uno lleva el aprendizaje a ellos a su medio***

Se reitera la necesidad de tener mayor recurso humano en los centros de salud para poder mejorar la atención y evitar la aparición de errores.

***“El recurso humano que falta, piensan que si existiera más recurso humano disminuiría...”***

Otra solución propuesta es el resguardo de las historias clínicas, que sean manejadas por personas que no divulguen la información y no hagan lectura de las mismas.

***“y que tenga un resguardo también la historia clínica digamos acá viene gente del plan trabajar y digamos van variando entonces uno atiende muchas gente y los que trabajan en el plan tienen acceso a las historias clínicas”***

Proponen mantener una longitudinalidad en el trabajo, no ser llevados de un lado hacia otro.

***“estar en un lugar fijo todos los días sería una buena idea...yo estoy 3días acá... 2 días en otro lado...eh... estoy hace 3 años y he estado en todas la áreas, entonces nunca conocés a la gente, no podés trabajar con la gente no podés hacer nada, pero este es mi caso particular....”***

Utilizar protocolos de acción sería una de las soluciones propuestas. Para que los criterios que se usan en los consultorios de unidades sanitarias sean entre si similares.

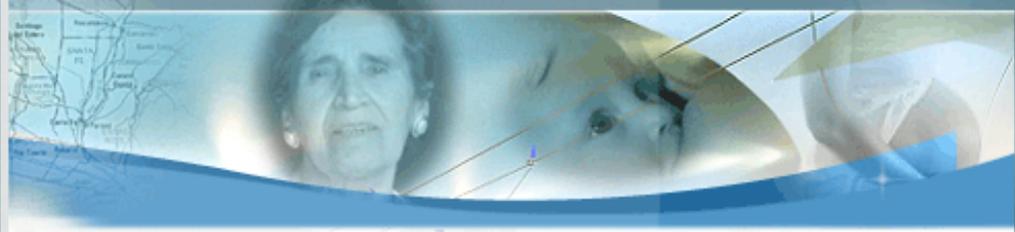
***“...una normativa de trabajo...protocolizar...hoy cada uno hace lo que quiere...”***

## **APS – Referencia y contrarreferencia**

Se observa en las discusiones, que existe un conceptualización débil de estos términos sobre todo, de APS y del trabajo que se realiza en este nivel. Aunque se hacen críticas de la misma, por situación que se presenta en esta ciudad con respeto a estos temas. Manifiestan que no se hace atención primaria en las unidades sanitarias, solamente se cubre una demanda excesiva sin tener en cuenta la calidad de la atención.

***“...La atención primaria debería recolectar mas datos sobre los pacientes...debería ser más completa...una mirada más amplia...”***

***“...no hay AP, si asistencialismo...”***



## Análisis de grupos focales de pacientes

### Conceptualización de errores en la atención

En estos grupos focales podemos percibir que en la mayor parte del discurso los participantes se centralizan en la interpretación del caso y en la descripción de experiencias propias en la atención. Los errores son abordados desde las relaciones que los pacientes establecen con los profesionales. Debido a estos puntos no podemos sacar definiciones o conceptualizaciones de algunas de las categorías.

### Causas de errores

Dentro de esta categoría encontramos nuevamente a la historia clínica como protagonista. Los pacientes creen que los errores pueden darse porque el médico no conoce al paciente.

***S recién venía a atenderse con él, él no la conocía todavía, no sabía su historia clínica, porque S venía con ( no se entiende) de los 6 meses), entonces al no saber también la historia que es clínica para él S no tiene nada, no se viste también, pero no jamás después de ahí jamás no tuve ni un solo problema, nunca***

Los pacientes también, al igual que en el resto de los grupos pueden observar que la cantidad excesiva de pacientes que se ven por día en las unidades sanitarias es un factor predisponente para que aparezcan errores

***“...La gente que te insulta de tanta gente que viene...”***

Los pacientes también relacionan la cantidad de pacientes con una deficiente atención, relacionando también el cansancio y el stress que pueden tener por su trabajo.

***“...están desesperados con tanta gente en el hospital, porque yo las pocas veces que he pasado al hospital últimamente a retirar análisis de mi nieto cosas así, he visto como muchísima cantidad de gente (dice asombrada) y yo creo que también porque los médicos son, son como nosotros, se estresan tienen problemas personales entonces...”***

### Frecuencia de errores

Los pacientes hacen referencia a las esperas prolongadas en la admisión cuando viene por los turnos, como un error en el primer nivel de atención.

También al esperar a las enfermeras cuando necesitan de su ayuda.

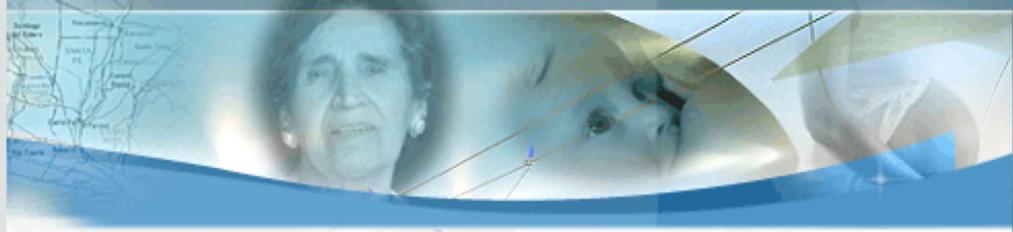
***“...yo lo único que a veces he venido y no ha habido gente durante mucho tiempo en la ventanilla...”***  
***“...por ahí golpeando la puerta de la enfermería...”***

Al igual que en otros grupos, los pacientes notan contando anécdotas que los errores que pueden presentarse en el consultorio son la errónea prescripción de medicamentos.

***“...una vez tuve un solo problema con B, le dio una medicación a S porque tenía a partir de los 2 años, le dio una medicación para los parásitos que no era, era una medicación para adultos...”***

Los pacientes refieren que un error es no mantener una adecuada relación médico paciente, ponen a esto a la misma altura que otros errores técnicos como es el uso de medicación no adecuada. Al no existir un conocimiento para mantener una buena relación médico paciente, esto podría ser un factor para producir otros errores

***“...no es tanto una mala medicación, sino es el contacto con el paciente, si vos eh...podes llegar a caer...y el contacto con el paciente no es el mismo y vos vas a tener tu decadencia, al no tener el***



## BECAS DE INVESTIGACIÓN RAMÓN CARRILLO - ARTURO OÑATIVIA

***control que vos realmente, que ya, que ya, vuelvo a repetir y soy insistente que te conocen eh...se cometen errores..."***

Uno de los errores que ven con mayor frecuencia es el diagnóstico equivocado, relatando para graficarlo anécdotas personales sobre este problema.

El verbatim que utilizamos para representar esta interpretación también nos demuestra el conocimiento que tienen las madres frente a los síntomas o la enfermedad, que en la mayoría de los casos no se toma en cuenta en la consulta. Algo que pudimos observar que los pacientes al acudir a ser atendidos lo hacen por preocupación o temor a tener enfermedades y los médicos les manifiestan que no tienen nada, esto les angustia y les molesta.

***"...el lunes lo lleve a mi nieto al hospital porque lloraba y le digo a mi hija vamos a llevarlo al hospital, a la tarde porque lloraba con unas ganas (recuerda con angustia) yo le tocaba el ombliguito pero no... le digo ponele una gota de la teta así cuando llegamos allá se le calma porque bueno llegamos allá y la doctora la revisaba y no le, no le encontraba nada ... le revisó todo el cuerpito así... y después dice esta nena no tiene nada, y le toco la cabecita y el oído no se lo tocó y yo le digo porque no le revisa los oídos (hace una pausa) me dice, no pero cuando yo le toqué aca la garganta y todo dice, le toqué acá dice hubiera llorado, pero digo mirele con el con ese no se como se llama le digo mirelé los oídos porque para ver (dice levantando la voz)capaz que tiene colorado, tiene algo, que se yo... y me dice bueno la mujer voy a revisar para que se quede mas tranquila me dice, pero... supongo que si es un bebé tendría que ya el médico mismo salir revisarla toda, por lo general..."***

***Porque yo tuve a mi hijo internado y venía hace rato y no tiene nada y no tiene nada, y hasta él mismo decía "como no tengo nada si a mí me duele mucho la boca de mi estómago", y no, no fue equivocación de los médicos porque mi hijo no tenía nada, está estresado nada más o por ahí la fiebre, cuando mi hijo tiene mucha fiebre y nos desesperamos y no, no es nada tener un poco de fiebre***

### Percepciones sobre los errores

En uno de los grupos de pacientes se habla de la necesidad que tiene el médico de tener horas de descanso en su trabajo como en cualquier profesión, pudiendo observar que se deja por momentos de lado la imagen del médico y del equipo de salud como algo sobrehumano que debe atender a los pacientes las 24 hs al día. Esta reflexión se hace solo para los enfermeros y para los médicos que se encuentran trabajando en los consultorios, o en ocasiones cuando los pacientes consultan solo para tomarse la presión.

***"...por eso a veces que no están en su lugar y eso el relativo porque todo puesto de trabajo hay una hs de descanso si***

***o no hay una hs, pero si la necesidad de uno ir a hacer sus necesidades. Si no es extremo!, no podemos llegar y que ya nos atienda, o esta ella primero o el o la que me tiene que atender esta haciendo sus necesidades o esta tomando su refrigerio o su te, su mate lo que fuera. No tengo que venir, este, en el caso que yo tuve que venir con la mano sangrando***

***"...el caso de emergencia ella contó lo que tiene que hacer.***

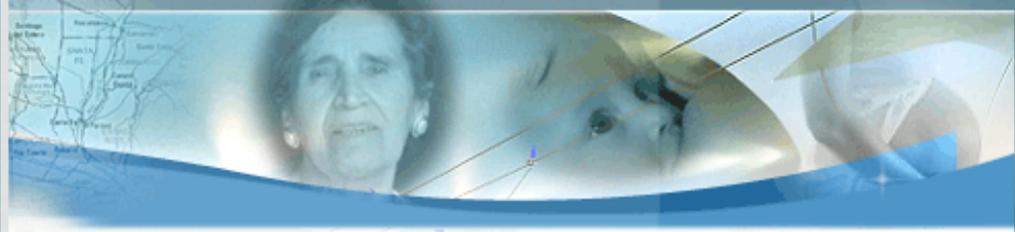
***eso es distinto, pero si venís para que te tome la presión o venís a ver al medico o al de guardia y bueno, capaz que el hombre son las 5 de la tarde y se tiro a una siesta porque por ahí..."***

En contra posición a los comentarios anteriores podemos percibir que por momentos el médico no puede tener errores durante sus consultas, ya que los pacientes y sus familiares no lo comprenderían

***todos en seguida ponemos el grito en el cielo!!  
por lo general, como se pueden equivocar!!***

Alguno de los pacientes tiene una visión diferente en cuanto a los errores que se pueden cometer en la atención y ponen al medico como humano y como tal puede equivocarse

***"...bueno yo decía que errar es humano(dice riendo) por ahí puede pasarle a los médicos..."***



## BECAS DE INVESTIGACIÓN RAMÓN CARRILLO - ARTURO OÑATIVIA

### Relación médico paciente familia

Podemos percibir al igual que en grupos focales anteriores que los pacientes refieren que se debe mantener la longitudinalidad en los consultorios. Esto ayuda a tener confianza con los médicos, empatía y de parte de los médicos un conocimiento mas completo y profundo del paciente y de su familia

***si, yo no, yo las espero a ellas porque yo...me atienden ellas y así pero bueno, me ha tocado que...cuando las cambias, esos cambios que uno no entiende, que yo no los entiendo para que, como... creo que estaba el director de acá cuando le dije, porque no se preocupan por las personas y dejan de moverse a los médicos, porque uno se acostumbra a al medico***

Tener confianza con el medico es un pilar importante para los pacientes. Mantener el respeto mutuo, la comunicación, dar lugar al paciente de manifestar sus miedos, preocupaciones o dudas.

***“...si! mas confianza!!!...y aparte asi de golpe me ha pasado que con médicos que ni te hacen (duda), te miran con una cara que te da miedo, te dan ganas de salir cagando, que directamente...”***

Los pacientes relacionan la atención que reciben con la atención al público de un banco o cualquier otro lugar donde haya gente directamente atendiendo al público. Refieren que es necesario que el equipo de salud, tenga conocimientos básicos de relación con las personas

***“...falta aprender trato con el publico...esa seria la palabra, pero no solamente a ellos, eh ( aclara), anda al centro, anda al banco Provincia anda al banco Nación...”***  
***“... en cualquier lado...”***

Los pacientes de uno de los grupos refieren que existe un cambio entre los médicos de antes y las nuevas generaciones. Manifiestan que los médicos actuales mantienen otra actitud frente a los pacientes, tratándolos de igual a igual y dejando de lado el título que tienen. Ellos ven a estos médicos como “buenos médicos”

***Pero ésta generación que hay ahora que ha venido ahora es diferente en todo sentido porque vos venís y te tratan como si nos...fuera igual que ellos en cambio hay médicos que tratan (con voz insinuante)***  
***“cambio acá son mas humanos***  
***una persona se siente realmente contenta cuando el médico es un médico bueno (dice recalcando) o sea bueno, no se como decirte”***

### Responsabilidad

Crean que la responsabilidad la tiene el médico y los pacientes por igual. En el grupo se manifiestan que se traba en equipo y que son todos responsables que aparezca un error en el consultorio

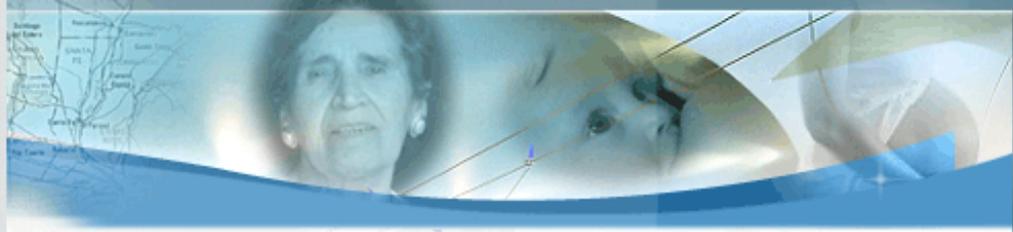
***“...claro del paciente como del mismo medico...”***  
***“...también, porque se supone que todo es un equipo...”***

Se nombra al laboratorio como otro responsable de cometer errores en la atención, ampliando esta visión

***“...no porque fue no sé si fue error de laboratorio...”***

Depositán la responsabilidad no solo en el medico sino en las madres que desconocen antecedentes importantes de sus hijos, esta conclusión se desprende de la discusión que disparo el caso clínico leído en el grupo.

***“...que la mamá tendría que haber sabido que la nena era alérgica, porque ya le había pasado una vez, porque lo primero que tenés que decirle al médico, la nena es alérgica a algo, ya me paso, entonces ya el médico está porque a veces por ahí es como todo y el médico también tiene que adivinar...”***



## BECAS DE INVESTIGACIÓN RAMÓN CARRILLO - ARTURO OÑATIVIA

Existen diferentes opiniones con respecto a esta categoría, algunos participantes como esta escrito previamente ven que la responsabilidad es compartida, pero en otros participantes se puede ver que el único responsable es el medico sin incluir a ningún otro actor frente a esta problemática

***“...culpa del médico (enfatisa) que lo atendió justo en el municipal...”***

### Soluciones para disminuir los errores

Proponen unificar las historias clínicas de cada paciente, las que se utilizan en el hospital y las que se usan en la unidad sanitaria para que los médicos puedan conocer que diagnósticos o tratamientos realizan cada uno de los pacientes, sobre todo los pacientes con enfermedades crónicas que en algunas circunstancias tienen que ser interconsultados con otros especialistas. Refieren que disminuirá las equivocaciones en relación a los tratamientos

Dentro de las propuestas que dan los pacientes se encuentra el adecuado registro de historias clínicas, esto ayudaría a disminuir los errores de prescripción de medicamentos y de efectos adversos que pueden producir los tratamientos

***“...y lo otro que sería importante es que se junten las historias clínicas, las que están en el hospital. y buscan la historia clínica, pero que también vean lo que tengo yo acá y porque me atendieron, que medicamento me dieron, y los que están allá que vengan acá y entonces, las chicas, las doctoras de acá, vean lo que me dieron allá y lo que me hicieron...”***

***“...porque ayuda al dr. y al paciente..., y ahí no va a haber mas errores, si tenes alergia a la penicilina, si tenes alergia a cualquier otro remedio, porque esta todo anotado. Los legajos son grandes, las historias clínicas son grandes. También es un montón de papel...”***

Dentro de las soluciones que proponen es aumentar la cantidad de recurso humano en las unidades sanitarias para que los médicos no tengan que soportar solos el aumento de la demanda y así poder distribuir el trabajo, lo que disminuiría el cansancio y el estrés

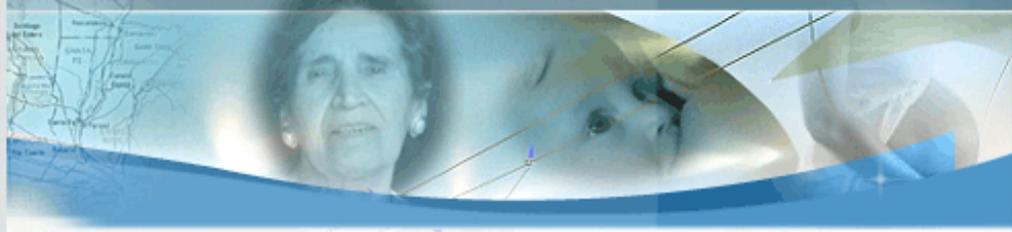
***exactamente a eso voy a que tendría q haber más profesionales para-----(habla entre labios y no se entiende) muchos más, porque a mi me parece que es mucha la cantidad de gente que se atiende en los hospitales (dice angustiada) pero mucha! (Afirma) porque no tan solo de la ciudad por mas que están es...esto lugares chiquitos, salas médicas a tal vez de toda la ciudad la periferia viene gente de afuera (dice asombrada)***

Como solución se propone la sinceridad de los médicos frente a los pacientes, informar sobre la enfermedad y en caso de no estar seguro del diagnostico o el tratamiento hacérselo saber a los pacientes. Ellos refieren que si se le informa que el medico cometió un error, ellos lo perdonarían, no siendo así si no se les informa y se oculta.

***claro, por ahí no dicen la verdad (dice indignada)  
si el médico le está dando por un fiambre o una intoxicación  
y por eso, cuando ellos se equivocan, con una mala medicación, después ni siquiera te piden disculpas (dice con indignación), siquiera dicen me equivoqué discúlpeme nada***

***y yo lo aceptaba, porque se que, cualquiera se puede equivocar (dice levantando la voz para enfatizar) yo me puedo equivocar usted se puede equivocar pero si por lo menos vos pedís disculpas y no te lavas las manos  
APS***

En los pacientes se hizo difícil que encuentren algún tipo de falla en el lugar donde se atienden Manifiestan tener una buena atención del equipo de salud de la unidad sanitaria



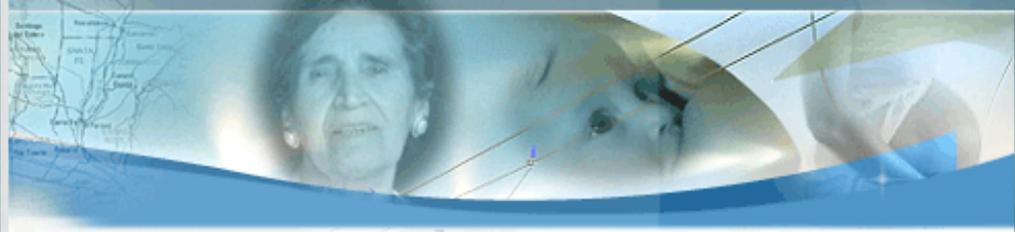
## BECAS DE INVESTIGACIÓN RAMÓN CARRILLO - ARTURO OÑATIVIA

*“...pero si no la atención... de todo asea...cuando te atienden, te atienden muy bien todo, hasta los médicos, enfermería...”*

Los pacientes creen que cuando existe una duda en el diagnostico o en el tratamiento que se realice una interconsulta con otro medico para que hayan dos opiniones y oriente al medico a resolver la duda

*“...por ejemplo acá si hay 2 médicos y un médico no está seguro de el medicamento que le va a dar ya sea al chico o al grande consultar con el otro médico...”*

# 1



## 12. DISCUSIÓN

Los errores que el ser humano comete pueden verse en todos los ámbitos donde desempeña sus actividades, y el equipo de salud no es la excepción. En una ciencia como la medicina donde se trabaja con una alta incertidumbre y complejidad, los errores son muy frecuentes y si bien las consecuencias en su mayoría pueden ser superables tanto para el equipo de salud como para el paciente, también pueden ser graves y perjudiciales.

El análisis de las grabaciones demuestra que existe una gran diversidad de conceptos acerca de los errores en la atención. Hay un desconocimiento general del tema, principalmente desde los mismos trabajadores de la salud quienes confunden error médico con mala praxis. Los usuarios del centro de salud respondieron a la pregunta sobre qué es el error con anécdotas, sin demostrar una idea concreta. Las causas que surgieron en los grupos focales son muchas y repetitivas pero rescatamos la situación socioeconómica por la que atraviesa el país y una falta de capacitación de todo el equipo de salud. Esto influye en la labor de los médicos quienes realizan varios trabajos a la vez con poco descanso y bajas remuneraciones. Generando un clima poco incentivador para los profesionales quienes no encuentran motivación para seguir capacitándose para una mejor calidad de atención. El problema es percibido como algo individual donde el único implicado es el médico sin involucrar a los restantes actores de los servicios de salud. En alguno de los grupos existe una visión más amplia de la responsabilidad en donde se incorpora al equipo de salud y al sistema.

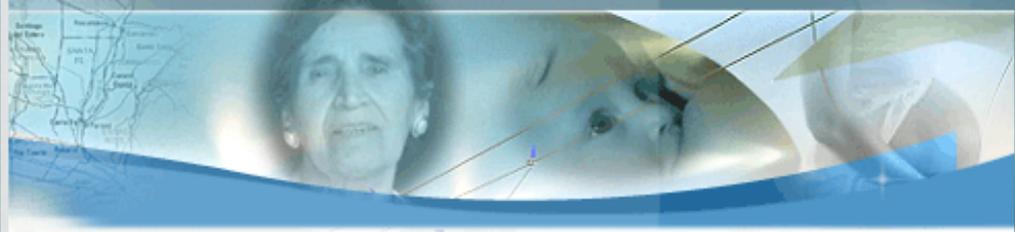
Algunos grupos demostraron una visión punitiva frente al que comete un error, demostrado principalmente en la fase exploratoria en grupos de pacientes. A pesar de encontrar en el discurso algunas discusiones en las que se acepta que el equipo de salud puede cometer errores, prevalece una visión del médico y otros profesionales como personas que no tiene derecho a equivocarse, o realizar actividades cotidianas en su trabajo (comer o dormir). La falta de espacios de discusión de los errores del personal de salud y los propios implicados, también es una observación de los participantes, quienes proponen realizar grupos o foros de debate para dejar este ocultamiento natural del ser humano cuando comete un error, sin temor a ser castigado por el resto de sus compañeros o la sociedad.

Poder pensar este problema como algo institucional, como lo ven algunos de los participantes, sería el primer paso de concientización, comprensión y resolución del problema.

Debemos comenzar a trabajar en esta problemática dando a conocer el verdadero concepto de error en la atención involucrando a todos los actores del sistema de salud (administrativos, personal no médico). Conociendo las creencias del error que surgieron en este trabajo nos permitirá abordarlo en forma más profunda para así poder establecer medidas de vigilancia. Actualmente no podemos dejar de considerar que el modelo médico y equipo de salud "hegemónico" está siendo cuestionado, aspecto que queda muy claro en las discusiones de los grupos analizados.

Destacamos la importancia de la **relación del médico con el resto del equipo de salud y fundamentalmente el equipo de salud con la familia y el paciente**. La calidad en la atención médica es un pilar fundamental para poder trabajar sobre "error en APS". Las experiencias desarrolladas demuestran que casi el 80% de los problemas de salud se resuelven en este nivel de atención siendo fundamental incluir aquí la discusión sobre esta problemática.

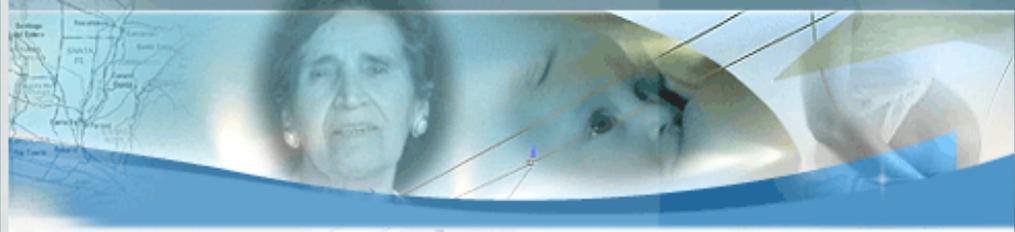
Una debilidad de nuestro trabajo es que al no contar con otro espacio, se realizaron algunas reuniones en el centro de salud lo que se podría pensar como un posible sesgo en algunas de las respuestas.



#### 14. Propuestas

De nuestra investigación surgen las siguientes propuestas que fueron formuladas a partir del análisis de los grupos, en conjunto con las soluciones que se propusieron en todos los grupos focales

- Realización de cursos, teórico prácticos, de relación medico-paciente- familia, utilizando entrevistas simuladas.
- Revertir el trabajo multidisciplinario actual hacia el interdisciplinario en todos los centros de salud de Bahía Blanca
- Generar espacio de reflexión, discusión y planificación entre los equipos de salud con el fin de identificar y resolver situaciones problemáticas.
- Hacer talleres para informar al equipo de salud y a la población y construir una cultura diferente en relación a los errores en la atención.
- Incorporar el concepto de error en la formación medica de pregrado y posgrado
- Establecer una relación dinámica y pertinentes entre la referencia y la contrarreferencia
- Mantener una capacitación y actualización continua del personal de salud, sobre las bases de la APS y salud comunitaria.
- Consensuar y protocolizar las conductas de prevención y terapéuticas en APS y distribución de las mismas hacia todas las unidades sanitarias



## BECAS DE INVESTIGACIÓN RAMÓN CARRILLO - ARTURO OÑATIVIA

### 13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Saúl López Silva; Errores en Medicina. En Lunes en la ciencia, 2000
- 2) Robert J. Blendon, Sc.D., Catherine M. Desroches et al. Views of practicing and public on medical errors. NEJM 2002; 347 (24): 1933-1940.
- 3) Troyen A. Brennan, M.D., J.D., M.P.H. The institute of medicine report on medical errors. Could it do harm? NEJM 2000; 32 (15): 1123-1125
- 4) Stephanie Fein, Lee Hilborne, Margie Kagawa- Singeret al; A conceptual model for disclosure of medical errors
- 5) Elena Lugo; Error y certeza en el juicio clínico. Implicaciones éticas de los errores en medicina. CAME 2001; 1: 135-152
- 6) Elisa Galvez Cabrera, Marta Galvez Cabrera, Marisa Díaz, Leonel Morales. Criterio profesional acerca del error médico. Rev Cubana Med Integr 1998; 14(1)
- 7) José Ceriani Cernadas. El error en medicina: reflexiones acerca de sus causas y sobre la necesidad de una actitud más crítica en nuestra profesión. Arch. Argent. de Pediatr. 2001; 99(6): 522- 529
- 8) Acad Alberto Agrest. Introducción al error médico. Espacio Editorial. 2004 CIE Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.
- 9) Medifam 2003; 13 (3): 143-150 Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de Atención Primaria
- 10) El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud Souza Minayo Maria Cecilia Lugar editorial. 2004.
- 11) Definiciones respecto al error en medicina. Rev. méd. Chile vol.129 n.12 Santiago Dec. 2001
- 12) M.A. Prieto Rodríguez y J.C. March Cerdáb. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. Aten Primaria 2002; 29 (6): 366-373.
- 13) J. Casas Anguita, J.R.Repullo Labrador y J. Donado Campos. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos ( I ). Aten primaria 2003; 31 (8): 527-38.
- 14) Cea D' Ancona, M. Ángeles. *Metodología cuantitativa: Estrategias y Técnicas de Investigación Social*. Editorial Síntesis. Madrid.( 1996)
- 15) García Ferrando, Manuel; Ibañez, Jesús; Alvira, Francisco. (Comp). *El análisis de la realidad social. Métodos y Técnicas de investigación*. Alianza Universidad Textos. Madrid.(1998)
- 16) Investigación cualitativa en los servicios de salud, María Lucía Magalhaes Bosi, Francisco Javier Mercado. 1°ed Buenos Aires: Lugar Editorial, 2007
- 17) Investigación social: teoría, método, y creatividad. Souza Minayo Maria Cecilia 1° ed. Reimp Buenos Aires: Lugar editorial, 2004
- 18) Barragán Avila y colab. (1994) Elementos conceptuales sobre la red de servicios en salud. Dirección de Atención a las Personas. Antioquía .Colombia