



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

issemym

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL
ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL

**“PERCEPCIÓN DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR ANTE
LOS ERRORES CLÍNICOS EN LA ATENCIÓN MEDICA EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE NEZAHUALCÓYOTL”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. AGUILA CUAPIO GILBERTO GEMAYEL

HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL

2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

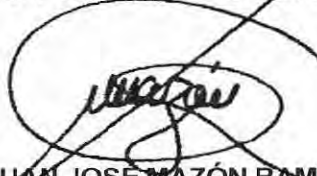
**“PERCEPCIÓN DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR ANTE
LOS ERRORES CLÍNICOS EN LA ATENCIÓN MEDICA EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE NEZAHUALCÓYOTL”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DR. AGUILA CUAPIO GILBERTO GEMAYEL

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISION
DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. GEOVANNI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.


**“PERCEPCIÓN DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR ANTE
LOS ERRORES CLÍNICOS EN LA ATENCIÓN MEDICA EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE NEZAHUALCÓYOTL”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

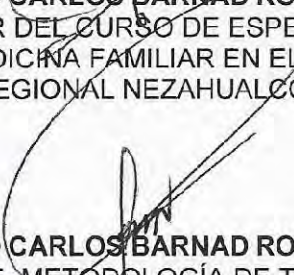
PRESENTA:

DR. AGUILA CUAPIO GILBERTO GEMAYEL

AUTORIZACIONES:



DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL



DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO
ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL



DR. GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
JEFA DE DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA EN
SALUD

DEDICATORIA

A mí querida familia:

Quedo en deuda con cada uno de ustedes que en diferentes momentos y en diferentes formas me han brindado su invaluable apoyo para conseguir esta meta más en mi vida profesional, dedico a ustedes este trabajo, pero en especial a mi querida esposa Monserrat, siendo la fuerza que me impulsa a seguir adelante, con firmeza y constancia, para ser mejor persona y mejor profesional.

ÍNDICE.

1. MARCO TEORICO.....	6
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	29
3. JUSTIFICACION.....	30
4. OBJETIVOS.....	31
OBEJTIVO GENERAL.....	31
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	31
5. MATERIAL Y METODOS.....	32
TIPO DE ESTUDIO.....	32
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.....	32
MUESTRA.....	32
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION.....	32
VARIABLES, DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES.....	33
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	34
METODO DE RECOLECCION DE DATOS.....	35
ANALISIS DE INFORMACION.....	35
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	36
7. RESULTADOS.....	38
8. ANALISIS DE RESULTADOS.....	42
9. CONCLUSIONES.....	43
10. ANEXOS.....	44
11. BIBLIOGRAFIA.....	45

1.- MARCO TEORICO

El modelo médico tradicional en la cultura de los errores que suceden en el cuidado de la salud, se caracteriza por el ocultamiento del error, el oprobio y medidas punitivas a quienes los cometen. Estos frecuentes aspectos y las falencias que aún hoy ocurren en la seguridad del paciente principalmente se presentan porque todavía no se logró el imprescindible cambio de cultura.¹ La actitud de ocultar el error a pacientes y familiares no respeta los principios éticos de nuestra profesión, al no ser honestos con nuestros pacientes al no decir la verdad. Entre los desafíos actuales en la seguridad del paciente, este es un complejo problema. No obstante, en instituciones en las que se realizaron muchos esfuerzos para cambiar la cultura tradicional y se sembraron medidas que todos debían cumplir (incluso las autoridades), se está logrando reducir el ocultamiento de los errores. Múltiples iniciativas, programas especiales y publicaciones contribuyen a generar un cambio en la actitud de los médicos.^{1, 2}

Varios motivos justifican comunicar los errores cometidos, creo que el más importante es que respeta el derecho inalienable que todo ser humano tiene de saber sobre su salud o el de sus familiares y el resultado del tratamiento realizado. Es así que múltiples encuestas señalan que la inmensa mayoría de la gente desea que cuando se ha cometido un error, reciba una información explícita de como ocurrió y cuáles fueron sus consecuencias.²

El Dr. Gallagher y col., publicaron una encuesta realizada a más de 2600 médicos para conocer cuántos comunicaban los errores a sus pacientes y cómo lo hacían.³ Solo el 42% mencionó la palabra error y hubo significativa diferencia en la información según la especialidad: 58% de los médicos clínicos expresaron que hubo un error contra 19% de las disciplinas quirúrgicas. El gran impacto de este estudio llevó a que el New York Times, publicara un editorial titulado "Cuando los doctores ocultan los errores médicos" ("When Doctors hide medical errors") en donde mencionaban los datos publicados y señalaban las consecuencias que esta actitud no honesta podría provocar, ya que perjudicaba tanto a los pacientes como a la profesión médica.²

Las causas que llevan a la no comunicación del error son varias; en primer lugar, como señalamos, es la persistencia de la cultura tradicional de ocultamiento, que en nuestro país ocurre en la enorme mayoría de las instituciones médicas.

Esta conducta se asocia a factores presentes en los médicos, tales como miedo al juicio, a las medidas punitivas, al daño de su reputación y a la pérdida de confianza del paciente. En la práctica, suele surgir una actitud defensiva que lleva a no aceptar el error cometido. Esta situación es compleja y perjudicial en el médico porque mientras no acepte su falibilidad, y que puede cometer errores como todo ser humano, no podrá comunicarlos ni aprender de ellos. La falta de actitud crítica en nuestra profesión, lamentablemente frecuente, es uno de los aspectos negativos que más impide ejercer correctamente la medicina ya que mantiene el aura y la falsa creencia de que somos infalibles.^{2,3}

Otro aspecto a señalar es que muchos profesionales suponen que el error cometido no trascenderá y por lo tanto, el paciente no se enterará. Este razonamiento es sin duda equivocado ya que por diversos factores los pacientes o familiares se van a enterar. Esto se debe a situaciones en donde los pacientes o familiares preguntarán que pasó, por ejemplo, si hay un cambio de tratamiento, si se los traslada a cuidados especiales o intensivos y si hay modificaciones en el cuadro clínico. A esto se suma el hecho que en los cuidados médicos actuales sea habitual que se trabaje en equipo con otros profesionales y personal que realiza diversas tareas. A través de ellos el error puede trascender y llegar al paciente o familiares y eso suele ocasionar complicaciones al profesional involucrado al haber perdido la confianza que tenían en él.⁴

El temor al juicio es causa muy frecuente de ocultamiento del error y se observa usualmente cuando ocurren en el quirófano, en obstetricia y en los errores de diagnóstico, en especial cuando han producido daño. Sin embargo, el motivo más importante de juicio ocurre cuando el médico ocultó el error. Hay múltiples encuestas publicadas que señalan que las demandas disminuyen marcadamente cuando se comunicaban los errores. En contra de lo que muchos suponen, el factor más importante en las decisiones de la gente para demandar no es la

negligencia, es una deficiente comunicación con ellos que lleva al ocultamiento del error cometido. Los juicios frecuentemente resultan cuando ante un evento adverso inesperado los médicos actúan sin empatía, al no dar explicaciones y no mencionan honestamente lo sucedido. La falta de honestidad es lo que más enojo produce en los pacientes e inevitablemente les ocasiona la pérdida total de la confianza, que es uno de los principales factores que motivan las demandas.

ERROR EN EL CAMPO CLINICO

El cambio de cultura acerca del error en medicina es uno de los desafíos más trascendentes de la medicina y de otras disciplinas que participan en el cuidado de la salud. Este cambio, que comenzó hace más de 20 años, aún se ha extendido muy escasamente por lo cual tenemos un desafío enorme por delante. No obstante, y aunque lentamente, varios logros se alcanzaron en la seguridad del paciente que contribuyen a reducir los errores y disminuir los riesgos en la atención médica.⁴

Los errores de diagnóstico han merecido recientemente más atención y se está comenzando a conocer mejor sus mecanismos y eventos adversos. Se desconoce su verdadera frecuencia aunque nuestras decisiones incorrectas son más frecuentes de lo que creemos ya que se estima que el error no es inferior a 25% de los diagnósticos. Una revisión sistemática evaluó miles de autopsias desde 1966 a 2002, detectando errores de diagnóstico como posible causa de muerte. La tasa media de errores fue de 23,5%.^{3, 4}

Es de destacar que los errores de diagnóstico ocasionan más eventos adversos que otros, que alcanzan un 15% a 20% y son los más difíciles de evitar. A pesar de estos datos muy preocupantes, la literatura médica es más escasa que en otros errores.

Asimismo, es de notar que representan la principal causa de juicios por mala praxis y superan ampliamente a las demandas así como los errores de medicación.

Hay varios factores desfavorables en la práctica médica que influyen en las fallas de diagnóstico, en especial al interferir perniciosamente en la relación médico-paciente. La realidad creciente de consultas cada vez más breves motiva un muy escaso diálogo con el paciente o los padres y por lo tanto no se los escucha. Desde tiempos ancestrales nuestro lenguaje fue instrumento de indagación y de conocimiento sustentado en tres condiciones imprescindibles: empatía, habilidades de comunicación y el tiempo necesario para que la palabra desplegara toda su potencia. Hoy en día, esto es un bien infrecuente ya que por varios motivos la comunicación se desplazó desde el diálogo hacia una larga serie de sustitutos tecnológicos.⁵

Asimismo, actualmente hay un enorme acceso a la información médica, la mayoría irrelevante y sumamente mayor que la necesaria para ser un buen médico. Esto puede llevar al riesgo, tal vez ya hemos llegado, de que aquellos médicos que sólo tengan copiosa y nueva información supongan que también saben mucho, lo cual, suele ser justo lo contrario.

Una de las causas principales son las fallas o sesgos en la cognición, aunque hay que destacar que no es mayormente la falta de conocimiento lo que genera errores, sino los problemas en el pensamiento del médico.

El pensamiento es una acción sujeta a reglas, plagada de cortocircuitos automáticos, de estereotipos y del que raramente tomamos conciencia. No es habitual que los médicos expliciten como piensan; la pausa reflexiva imprescindible para sacar a la luz las formas de su razonamiento, formular hipótesis, extraer conclusiones, suelen no estar en nuestra agenda cotidiana.

Una falla cognitiva frecuente en el pensamiento, no saber que uno no sabe, provoca que el médico crea que el diagnóstico que realizó es apropiado o que tomó la decisión correcta, cuando no es así. En gran medida, esto ocurre porque hay ausencia del deseo y capacidad de reflexión sobre el proceso del pensamiento y asimismo, examinar críticamente nuestro juicio clínico antes tomar

las decisiones. Es de señalar, que los diagnósticos erróneos mayormente no ocurren en enfermedades graves sino en las más comunes.⁵

Varios mecanismos están involucrados en las fallas cognitivas, principalmente en los complejos mediante los cuales nuestros cerebros reciben y procesan la información. Los psicólogos que estudian la cognición han aportado grandes contribuciones, tales como la vulnerabilidad de la mente a los sesgos cognitivos, las falacias en el pensamiento lógico, las falsas presunciones y otras fallas del razonamiento. Está comprobado que nuestro pensamiento es defectuoso en varias acciones que realizamos cotidianamente.⁵

Los dos modos principales en este mecanismo se denominan automáticos y controlados o “intuitivos” y “analíticos” en el lenguaje habitual. El proceso intuitivo es innato, evoluciona a través de la experiencia y requiere escaso razonamiento porque mayormente es reflejo y automático. Asimismo, es subconsciente y rápido lo cual nos permite manejar gran parte de nuestras acciones diarias en todos los campos de la actividad humana. En general, avanzamos en la vida yendo de una de las asociaciones del modo intuitivo a la siguiente en una sucesión de patrones de acción en su mayor parte mecánicos. Aun cuando resultan indispensables, en ellos están presentes las fallas cognitivas y la mayoría de los sesgos y fracasos del pensamiento.⁶

La intuición es una muy buena cualidad y suele dar adecuados resultados en la asistencia clínica, podemos confiar en ella pero en todo momento debemos tener presente que inevitablemente fallará con algunos pacientes ya que no siempre es lo suficientemente fiable. Aquí, la actitud crítica y la auto reflexión nos ayudarán, ya que son aspectos esenciales para alcanzar la práctica de una buena medicina.

Los procesos analíticos en cambio, son conscientes, deliberados, más lentos y generalmente confiables. Siguen las leyes de la ciencia y la lógica, por lo cual es probable que sean racionales. No obstante, pueden ocurrir fallas, pero en general suceden cuando se siguen reglas equivocadas o intervienen otros factores, escaso tiempo en la consulta, exceso de trabajo, cansancio, falta de sueño,

trastornos emocionales, estrés, etc. El mayor inconveniente del razonamiento analítico es que necesita muchos recursos y en la mayoría de los campos de la medicina sería poco práctico e improbable resolver cada decisión en forma analítica.^{7,8}

Otro aspecto que contribuye al error en este campo es el exceso de confianza del médico en la precisión de sus diagnósticos, algo que se produce cuando la relación entre precisión en el juicio clínico y la confianza no están bien calibradas debido a que la confianza es mayor de lo que debiera ser.

Muchos profesionales tienen el concepto de que “saben todo lo que deben saber”, una actitud omnipotente y arrogante que expresa un desinterés hacia cualquier modificación de la conducta. En esta conducta juega un rol trascendente la falla cognitiva que ya señalamos: no saber lo que no sabe. La frase de Charles Darwin “La confianza es más un producto de la ignorancia que del conocimiento”, es sin duda aplicable a esta situación.

La actitud dominante del exceso de confianza puede enmascarar las dudas en la práctica médica, esto suele llevar a no tolerar la incertidumbre y suponer que en la medicina prevalece la certeza. La tendencia a un exceso de confianza en los diagnósticos podría relacionarse a que si bien los médicos tienen conciencia de la posibilidad del error, suelen creer que, quienes los cometen, son otros. Asimismo, una revisión de la práctica médica en Estados Unidos encontró que una alta proporción de médicos no sigue las guías de las sociedades médicas. Por ejemplo, en la evaluación del tratamiento de la hipercolesterolemia se observó que el 95% de los médicos conocía las recomendaciones pero sólo el 18% las seguía. En un estudio reciente se halló, entre otras cosas, que la precisión diagnóstica disminuía cuando los médicos enfrentaban casos más difíciles. Sin embargo, en estas situaciones la confianza casi no se modificó, algo que es opuesto a lo esperado ya que tanto la precisión como la confianza deberían disminuir frente a esos casos. Los autores concluyen que no habría buena asociación entre la precisión diagnóstica de los médicos y su confianza en esa precisión, y que mejorar estas asociaciones podría disminuir el error diagnóstico.⁵

Como ya señalamos, es cierto que los problemas que subyacen en los sistemas de atención de la salud contribuyen a diagnósticos equivocados y demorados, por lo cual es perentorio que mejoren. Pero también es cierto que los sesgos cognitivos de los médicos juegan un papel trascendente en gran parte de los errores de diagnóstico y por lo tanto, el lograr mejorar, está en cada uno de nosotros. Para eso es imprescindible que la psicología cognitiva esté considerada dentro de las competencias de la medicina a fin de que podamos lograr el objetivo principal de involucrar a estudiantes y médicos en la “metacognición” (reflexionar sobre su propio pensamiento), con la esperanza de que van a conocer algo de su mal uso de la heurística (técnica de la indagación) antes de que causen daño.

Las continuas fallas en los errores del pensamiento en la toma de decisiones médicas, pone en grave riesgo la seguridad del paciente. Muchos médicos no conocen sus limitaciones o no les interesan los aspectos sobre sus decisiones; en especial debido a que no han cultivado desde la universidad el pensamiento crítico que los lleve a la reflexión profunda de sus acciones.

Es por lo tanto que estas recomendaciones no se deben considerar como opcionales, sino como una parte integral de la educación médica, un principio ético ineludible, y por extensión, un deber moral y profesional.

ERRORES EN LA ATENCION PRIMARIA

La seguridad de los pacientes es una dimensión de la calidad que ha adquirido un gran interés, tanto desde el ámbito político como científico. El informe publicado por el Institute of Medicine titulado «To err is Human» ha sido determinante en la creación de este renovado interés. En este informe se define el evento adverso como el daño o la lesión producidos a los pacientes de manera directa o indirecta por la atención médica. A partir de este informe, múltiples países han iniciado líneas de investigación en esta área, pero estos esfuerzos se han centrado básicamente en los procesos atendidos en el marco hospitalario, donde varios estudios de relevancia internacional^{2,4} han permitido definir y clasificar los Médicos de atención primaria.^{8,9}

En el ámbito de la atención primaria, esto no ha ocurrido por diferentes razones: la atención se presta en entornos y ámbitos diversos, involucra múltiples visitas y, por ende, la variedad de provisión de los servicios (por teléfono, a domicilio, en el consultorio, incluso el correo electrónico), profesionales y, sobre todo, la variedad de registros dificultan los trabajos de campo. Tras una revisión sistemática de artículos relacionados con errores, elaboraron un sistema de clasificación que tiene numerosos puntos de coincidencia Sánchez y Casajuana¹¹. Plantean que los eventos adversos pueden clasificarse en tres categorías: diagnóstico, tratamiento y servicios preventivos, a los que Sánchez añade los de tipo administrativo y de comunicación. La American Academy of Family Physicians (Dovey SM) ha realizado un notable esfuerzo por desarrollar una taxonomía^{12, 13} que, a grandes rasgos, coincide con la sintetizada en la siguiente tabla.

TABLA 1 Una aproximación a los errores clínicos y su causa

Área clínica
Ec-Ea diagnósticos: anamnesis insuficiente, exploración física con olvido de maniobras sensibles o específicas en relación con el problema analizado, fallo en el reconocimiento de signos o síntomas, falta de conocimientos, etc.
Ec-Ea en la fase terapéutica: perfil en la prescripción de fármacos con elevada probabilidad de iatrogenia, no adaptar posologías al perfil del paciente, falta de control de los efectos de la medicación, errores de ejecución y errores de destreza en los procedimientos, etc.
Ec-Ea en la fase de seguimiento: insuficiente seguimiento, indicaciones insuficientes al paciente, no dar relevancia a consultas telefónicas del paciente, etc. Área de comunicación con el paciente
No se acomoda emocionalmente al paciente, no atender a las expectativas del paciente, no verificar la comprensión de la información, diferencias culturales y de lenguaje que repercuten en el valor que se atribuye a una indicación, etc.
Área de comunicación con otros profesionales de la salud
Falta de intercambio de información relevante, retraso o información inoportuna o tardía
Área administrativa
Retraso o extravío de pruebas, identificación errónea de pruebas, error en las unidades, etc.
Área organizativa e institucional
Tipo de vinculación con la empresa, regulaciones laborales, tipo de contrato, etc.

Tabla de elaboración propia a partir de Sánchez et al¹¹, Elder et al¹⁰, Fischer et al⁶ y Silk et al⁷.

Una interrogante a desarrollar en el ámbito de la atención primaria cómo afronta y reacciona ante el error o evento adverso¹⁴. Se ha observado una tasa algo superior de respuestas (212 encuestados, de los que respondió el 40%), de los que el 18,3% afirmaba no haberse equivocado nunca de una manera importante. Como acontecimiento adverso más común se identificó el retraso diagnóstico en un escenario clínico de paciente neoplásico, seguido de una prueba complementaria interpretada de manera errónea. El 29% de los profesionales pensaba en el error cometido de manera obsesiva y se reconocían 0,4 reclamaciones orales o escritas por año y médico. Cuantos más años de vida profesional, más acontecimientos adversos se declaraban.

En la práctica diaria de un médico de familia, muchas situaciones son rutinarias y no requieren de una elevada competencia para ser resueltas. Sin embargo, los pacientes complejos en atención primaria presentan múltiples problemas, algunos no bien definidos, a menudo en una etapa temprana de la enfermedad cuando los síntomas y signos no son evidentes. Además, todos los motivos de consulta están dentro de su campo de trabajo, por lo que no pueden ser definidas unas patologías propias de su especialidad. En este sentido, algunos autores definen la competencia como la capacidad de resolver situaciones inesperadas o complejas, tomar decisiones en entornos de incertidumbre o con información ambigua o incompleta.¹⁰

ATENCION PRIMARIA

La declaración de Alma Ata (Organización Mundial de la Salud, 1978), “Salud para todos en el año 2000”, situó por primera vez en el centro de la escena el debate sobre el concepto, los objetivos y los fundamentos de la Atención Primaria de la Salud (APS).¹²

Allí se definió que la Atención Primaria de la Salud (APS) es el cuidado esencial de la salud basado en métodos prácticos, científicamente sólidos y socialmente aceptables, tecnología universalmente accesible para los individuos y las familias de la comunidad, a través de su participación total y a un costo al que la

comunidad y el país puedan acceder. Forma parte integral tanto del sistema de salud del país, del que constituye su función central y el foco principal, como del desarrollo social y económico de la comunidad.

De acuerdo con esta declaración, los componentes de la Atención Primaria de la Salud deben incluir, al menos, las siguientes características:

- Educación en relación con los problemas de salud prevalentes y los métodos para prevenirlos o controlarlos.
- Promoción del abastecimiento de alimentos y de una adecuada nutrición.
- Adecuado suministro de agua potable y de servicios sanitarios básicos.
- Atención de la salud materno infantil, incluyendo planificación familiar.
- Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- Prevención y control de las enfermedades endémicas locales.
- Tratamiento apropiado de las enfermedades y las lesiones comunes.
- Provisión de medicamentos esenciales.

Como vemos, la APS, en tanto estrategia global para mejorar la salud de las comunidades, debe ser una estrategia intersectorial, que incluye al sector salud pero también atraviesa transversalmente otros sectores sociales (educación, vivienda, seguridad social, etc.), cuya implementación no depende solo de los profesionales de la salud sino que requiere del aporte integrado de muchas disciplinas y, fundamentalmente, de decisiones políticas firmes.

La contribución a la APS por parte de los médicos y de otros profesionales del equipo de salud, como los enfermeros, los trabajadores sociales, los psicoterapeutas, las obstétricas o matronas, nutricionistas, odontólogos, farmacéuticos, agentes sanitarios o promotores de la salud, y los miembros del personal administrativo, se conoce como Atención Médica Primaria. Es importante puntualizar las diferencias, ya que los médicos podemos contribuir

significativamente al mejoramiento de la salud solo cuando otras intervenciones para mejorar las condiciones sanitarias (agua corriente, saneamiento ambiental, alimentación, etc.) tienen lugar antes.¹⁰

La Medicina Familiar, que por definición es la especialidad médica efectora de la APS, al igual que la mayoría de las demás especialidades médicas, posee un cuerpo de conocimientos que le es propio, así como instrumentos y habilidades que le permiten diferenciarse en el objeto de su práctica. Dado que el propósito y unidad funcional de los cuidados primarios es la familia y no el individuo, el abordaje de la atención de la salud para la Medicina Familiar se desarrolla dentro de este contexto micro social, evitando fragmentar el grupo familiar en distintos componentes, cada uno con un proveedor de salud diferente.¹⁵

La Medicina Familiar es la especialidad clínica que se ocupa del mantenimiento y la resolución de los problemas de salud frecuentes en los individuos, familias o comunidades, independientemente de la edad, sexo o el órgano o sistema afectado. Es también la especialidad que integra en profundidad las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta.

Ya que se trata de una especialidad que por definición está vinculada a las necesidades de la población que atiende, no existe un solo tipo de médico de familia sino tantos como diferentes necesidades existan en cada comunidad.

El médico de familia es el médico primariamente responsable de proveer atención integral y continua a cualquier individuo que busca atención médica. Lo hace a través de sus servicios o coordinando el uso apropiado de ellos en otros niveles de atención, teniendo en cuenta tanto las necesidades de su población como los recursos disponibles en la comunidad que sirve.¹⁵

Los orígenes de la medicina familiar en México pueden rastrearse hasta el año de 1953, época en que el Instituto Mexicano del Seguro Social estaba en pleno crecimiento. La atención de la medicina general se encontraba en una etapa de pobre organización. Los médicos tenían poco conocimiento de los problemas de sus pacientes y se abusaba de la visita domiciliaria. Ante esta situación, un grupo

de médicos que laboraba en dicha Institución, en Nuevo Laredo, Tamaulipas, planteó la posibilidad de estructurar el sistema de atención médica e inició un ensayo dirigido a valorar su propuesta. En 1954, el IMSS presentó, en un seminario de seguridad social, celebrado en Panamá, un trabajo denominado "El médico de la familia", basado en la experiencia obtenida. En esta propuesta se delimitaban las características de las acciones que este profesional debería desarrollar, sobresaliendo el hecho de que atendería núcleos de población bien determinados y que trabajaría en equipos de médicos.¹⁸

En 1955, el IMSS dio su aprobación para experimentar en forma más amplia el sistema médico familiar en dos clínicas del Distrito Federal. Los elementos más notables que se introdujeron consistieron en la adscripción de una población definida, sin importar la edad o el sexo, a cada médico de la familia.¹⁸

A finales de los años cincuenta el sistema había mostrado sus bondades y se había extendido a todas las unidades del IMSS en el país; sin embargo, se había introducido una variante: la subdivisión de médico familiar de adultos y médico familiar de menores. Casi veinte años habrían de transcurrir para regresar al esquema anterior, es decir, al del médico familiar que se hace cargo de la atención de todos los miembros de la familia, sin importar la edad, el sexo o el padecimiento.¹⁸

Durante ese tiempo, el IMSS no contaba con médicos lo suficientemente capacitados, por lo que no fungían como auténticos médicos de familia. Los profesionales que ocupaban estos puestos eran médicos generales con conocimientos limitados, o médicos especialistas tradicionales que no estaban capacitados en el manejo de esta especialidad y, sobre todo, que no poseían la actitud requerida para cumplir satisfactoriamente con su papel como médicos familiares.

Ante este panorama, y con la necesidad de formar médicos especialistas en medicina familiar, el IMSS elaboró un programa educacional que inició en 1971 con treinta y dos alumnos, bajo la forma de residencia médica, en el D.F. El

programa se desarrolló originalmente en una sede y tuvo una duración de dos años; con el tiempo el programa se ha extendido y modificado.

En 1974, la Facultad de Medicina de la UNAM llevó a la medicina familiar a la categoría de especialidad, al otorgarle el reconocimiento universitario al programa respectivo.

El Consejo Técnico de la Facultad de Medicina de la UNAM aprobó en 1975 la creación del Departamento de Medicina General Familiar y Comunitaria, primero en su tipo en Iberoamérica. En 1977, la Escuela de Medicina de la Universidad de Nuevo León inició su propio programa académico para la formación de médicos familiares.

A partir de 1978, la Facultad de Medicina de la UNAM entró en contacto con las autoridades de las otras grandes instituciones de salud: la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), con el propósito de evaluar la factibilidad de desarrollar un curso de especialización en medicina familiar.¹⁸

Ambas instituciones mostraron interés, de tal forma que, bajo el liderazgo del Dr. José Narro Robles, quien fungía como jefe del Departamento de Medicina General Familiar y Comunitaria, y con el apoyo de la fundación Kellogg, se desarrolló un proyecto que incluía la creación de un curso de especialización bajo la forma de residencia médica, dos unidades de educación continua para el médico general familiar y un programa de formación de profesores de medicina familiar. Lo anterior se realizó bajo un convenio de participación conjunta entre la UNAM y cada una de las Instituciones mencionadas.¹⁸

Una vez seleccionadas las sedes para el programa de residencia en la SSA, se reformaron los primeros centros de salud y se adaptaron al sistema de atención médico-familiar. En el caso del ISSSTE, por ser clínicas de nueva creación, desde el inicio funcionaron con el sistema. En todas las sedes del primer nivel se incorporó el concepto de Unidad Académica de Medicina Familiar. Finalmente, el curso se inició en marzo de 1980. Las primeras sedes fueron: en la SSA, el Centro

de Salud "Portales", como unidad académica, y el Hospital "Dr. Manuel Gea González", como sede hospitalaria. En el ISSSTE, la Clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez" y el Hospital "López Mateos", como unidades académica y hospitalaria, respectivamente.

Con el tiempo, las sedes de los programas de medicina familiar se han ido extendiendo. Llegando a nuestra institución en el año 2007 con un convenio entre el Instituto Seguridad Social del Estado de México Y Municipios (ISSEMyM) y en ese año el Departamento de Medicina Familiar, UNAM, actualmente la Subdivisión de Medicina Familiar y que a través del Programa Único de Especialidades Médicas (PUEM), se realiza el abordaje de los aspectos de formación y preparación del Médico Familiar.

EL MEDICO FAMILIAR

En el médico familiar las habilidades clínicas pueden agruparse en: a) habilidades de comunicación y anamnesis; b) habilidades en exploración física, y c) habilidades en la toma de decisiones, tanto de abordaje diagnóstico como terapéutico.¹⁶

El razonamiento médico 42 consiste en una serie de procesos mentales por los que, se recoge, analiza e interpreta la información del paciente, para llegar a un diagnóstico y a la indicación de medidas terapéuticas.

Se han descrito 2 grandes métodos de razonar en el acto clínico:

- método intuitivo, de reconocimiento de patrones. El médico reconoce cuadros de forma rápida, por similitud directa con patrones clínicos que tiene almacenados en su memoria, sin necesidad de un proceso de búsqueda y evaluación de información. En este método tiene gran importancia la experiencia del médico, que estructura el conocimiento en "guiones" (scripts) sobre casos previos. En esta aproximación tiene muchas veces un gran peso la primera

impresión y la intuición junto con la utilización de heurísticas (reglas empíricas) y atajos mentales (rutinas).

- método analítico, aplica la racionalidad y utiliza el razonamiento deductivo, la lógica, y el cálculo de probabilidades, especialmente si se dispone de suficiente información. Se trata de procesos conscientes y activos. Puede ser deductivo (a partir de hipótesis, que guían la búsqueda de información para confirmarlas o refutarlas, el médico trabaja desde el diagnóstico a los datos) o inductivo (el médico actúa siguiendo un esquema de conocimiento o algoritmo de decisión, desde los datos de presentación hasta el diagnóstico)

En la práctica, en atención primaria, ambos métodos se combinan, lo cual es deseable, o se alternan en función del motivo de consulta: la aproximación intuitiva requiere menos tiempo y esfuerzo y por lo tanto se prioriza en las circunstancias habituales, cuando el médico no tiene dificultades en reconocer enfermedades que se manifiestan de forma completa y característica. ¹⁶

En cualquier aproximación, el razonamiento clínico supone tomar una serie de decisiones sobre métodos, procedimientos y acciones específicas que se escogen, y otras que se descartan. El seleccionar unas determinadas preguntas en la anamnesis o ciertas maniobras en la exploración física está determinado por los conocimientos y la experiencia previa del médico, la evidencia disponible, la probabilidad de que el paciente presente o no una determinada patología, y en el caso del médico de familia especialmente, la consideración de la persona y su contexto.

En el razonamiento clínico, para llegar a un diagnóstico correcto, es la anamnesis la que tiene mayor importancia, el examen físico añade menos información, y los exámenes complementarios son sólo necesarios en el 20 al 23 % de los casos. En las consultas por síntomas comunes, los más frecuentes en Atención Primaria, la evidencia señala que la anamnesis y el examen físico aportan del 73% al 94% de la información para el diagnóstico, mientras que otros procedimientos y pruebas contribuyen mucho menos.¹⁶

Diversos autores denuncian que asistimos a un deterioro universal de la clínica, especialmente un menosprecio del valor de la anamnesis y la exploración física, desplazando todo el valor del acto clínico a las exploraciones complementarias. Existe preocupación por el hecho de que, en ausencia de una buena historia clínica, el abuso tecnológico en lugar de ayudar, conduce a que los errores médicos se hagan más frecuentes.

Anamnesis

La anamnesis es una parte esencial de la consulta médica en la que el buen profesional escucha y pregunta para la obtención de información necesaria para la toma de decisiones, en un diálogo con pacientes y/o acompañantes que constituye la esencia de la relación médico paciente. En la práctica médica, en general, un interrogatorio minucioso por sí sólo es capaz de llevar al diagnóstico en el 56 al 62 % de los enfermos. La anamnesis es, pues, la parte más rentable del acto médico, al mismo tiempo se la considera más difícil y dependiente de mayores habilidades que, por ejemplo, la exploración física, y más influenciada por la relación médico-paciente.

Clásicamente se han considerado las habilidades de anamnesis como una serie de preguntas sobre el motivo de consulta que han de incluir como mínimo: definición (¿qué es?), calidad (¿cómo es?), intensidad o gravedad, inicio (¿desde cuándo?), localización corporal, temporalidad y cronología, evolución de las anteriores características, factores desencadenantes, factores que agravan o alivian. Además, se considera adecuado preguntar sobre antecedentes patológicos del paciente, medicación habitual, procesos concomitantes, datos biográficos, etc.

Algunas tareas concretas de la anamnesis (minuciosidad en la exploración del motivo de consulta, proximidad al paciente cuando hace preguntas, clarificación o confirmación de la información proporcionada por el paciente y hacer resúmenes de la información disponible) se han relacionado positivamente con la competencia diagnóstica. Estas habilidades están presentes en los primeros minutos de la

entrevista y son indicadores de que el profesional trabaja con una hipótesis diagnóstica temprana. La generación de una hipótesis dentro del primer minuto de entrevista juega un papel crucial para alcanzar un diagnóstico correcto. El médico que recopila muchos datos y que formula muchas preguntas no directamente relacionadas con el motivo de consulta no hace mejores diagnósticos.

Las habilidades de comunicación están relacionadas directamente con las habilidades de anamnesis: para obtener datos fiables y valiosos hay que saber preguntar, pero también hay que saber escuchar, no interrumpir, facilitar la narración espontánea del paciente, orientar y apoyar el diálogo para obtener la información preelaborada, lo que se engloba en una serie de técnicas que llamamos escucha activa.

Para una buena anamnesis, es necesario aplicar técnicas correctas de comunicación, pero no es suficiente: un buen comunicador puede hacer una mala anamnesis, porque para interrogar bien hay que tener además buenos conocimientos clínicos y de diagnóstico diferencial.

La anamnesis correcta es, pues:

- adecuada al motivo de consulta
- individualizada para ese paciente y su contexto
- adaptada al tiempo disponible
- priorizando aquellas preguntas que confirman o descartan las hipótesis generadas tempranamente.

Según el modelo biopsicosocial hay además aspectos psicológicos y sociales del paciente que influyen en la enfermedad y su evolución, en el resultado terapéutico final, y en la relación profesional-paciente. Según la persona y el motivo de consulta, los factores psicológicos y sociales tendrán mayor o menor importancia en la anamnesis, pero en algunos casos son la clave que puede llevar a un diagnóstico y manejo correcto del problema del paciente.

Una evolución posterior de este modelo incluye la narrativa del paciente sobre su proceso como una parte importantísima tanto en el diagnóstico como en el tratamiento: se constata que el simple hecho de poder hablar con el médico sobre la opinión que el paciente tiene acerca de la naturaleza de su problema se asocia de forma significativa a la mejoría del proceso. Surge así el modelo de atención centrada en el paciente (patient centred care, por oposición al modelo centrado en el síntoma-enfermedad, o en el profesional). Este modelo incorpora en la anamnesis elementos novedosos e imprescindibles para el abordaje de algunos problemas de salud: el médico no debe explorar solamente la enfermedad, sino la vivencia de la enfermedad por el paciente.

Debe entonces reunir información hasta comprender la idea que tiene el paciente sobre la naturaleza y el origen de la enfermedad, los sentimientos que le produce, el impacto en su vida diaria y sus expectativas respecto al profesional.

En Atención Primaria no es recomendable la anamnesis completa y sistemática que puede ser relevante en un paciente ingresado en Medicina Interna, por ejemplo. En nuestro entorno, se ha propuesto la anamnesis en “paquetes” de preguntas: anamnesis focalizada en el problema, anamnesis psicosocial, y anamnesis centrada en el paciente. Estas preguntas, relacionadas con los motivos de consulta más habituales, organizadas en paquetes y aprendidas de forma que surjan casi automáticamente, facilitan la labor del médico de familia, optimizan el tiempo disponible, y proporcionan datos de calidad.

Exploración Física

La exploración física tiene un menor peso relativo en el acto clínico: aunque es muy variable según el motivo de consulta, la anamnesis por sí sola puede llevar a diagnóstico del 65-90% de los pacientes y la exploración física solamente es imprescindible para diagnosticar el 10-30%.

Existen pocos datos sobre si la metodología exploratoria es correcta y, cuál es el valor predictivo de muchas maniobras exploratorias. Tampoco está bien establecido para muchos motivos de consulta cuál es la exploración física

adecuada, esto es: correctamente orientada a los problemas que presenta el paciente, y destinada a confirmar o descartar hipótesis diagnósticas iniciales.

Se ha demostrado que los resultados del examen clínico inicial del paciente sirven para calcular la posibilidad pre-test de que éste presente una determinada patología, y nos ayudan a decidir adecuadamente las exploraciones complementarias subsecuentes, y por tanto mejoran la eficiencia disminuyendo los costes de la atención.

La exploración física básica es aquella que tenga un buen rendimiento para una determinada situación en la consulta del médico de familia, dirigida al cribado de aquellas condiciones de salud/enfermedad más prevalentes, vulnerables a nuestra acción, importantes y coste-efectivas. Esta exploración básica será diferente según se le asigne el valor de cribado o de seguimiento de un problema de salud.

Podemos definir la exploración física orientada a los problemas como: maniobras exploratorias agrupadas de una determinada secuencia, que para una o varias situaciones clínicas ofrecen una buena sensibilidad, aceptable especificidad y valores predictivos positivos o negativos conocidos.

En las últimas décadas se ha generalizado un interés por determinar la sensibilidad y especificidad de la exploración física. Dos grandes series editoriales ha arrojado luz sobre la mejor evidencia y recomendaciones en exploración física: The rational clinical examination⁶⁴, en JAMA, y Clinical assessment of the reliability of the examination (CARE) en Evidence Based Medicine, del grupo BMJ.

Existe numerosa literatura científica que investiga sobre la exploración física: se estudia el impacto que tienen determinadas maniobras exploratorias en el manejo, la sensibilidad y especificidad que tienen con respecto a algunas enfermedades.

La exploración física ha demostrado muy poca utilidad (valores predictivos bajos) en Atención Primaria para el diagnóstico de: hernia discal lumbar, rotura de menisco, infecciones de vías respiratorias, arritmias, neumonía, trombosis venosa profunda entre otros.

Muchas maniobras exploratorias siguen sin ser convenientemente testadas, y las que sí lo han sido, ofrecen en ocasiones variaciones inter-observador muy altas. (por ejemplo, la auscultación respiratoria presenta un 24% de discrepancia entre especialistas) Existe una creciente preocupación por la pérdida de habilidades clínicas de los médicos en detrimento de las exploraciones complementarias, lo que ha estimulado el intento de mejorar la enseñanza y la evaluación de estas habilidades, de su validez, fiabilidad y valores predictivos. Algunos autores señalan con “ironía” la relativa escasez de inversiones en comprender y mejorar el examen clínico, en comparación con el gran esfuerzo económico e investigador para evaluar exploraciones complementarias, muchas de las cuales serían innecesarias si conociéramos más y mejor la exploración física.^{15,16}

Actualmente, aunque existe mucha investigación sobre exploración física, hay pocas maniobras que hayan demostrado sensibilidad y especificidad adecuadas para un contexto clínico concreto.

La mayor parte de la investigación sobre la competencia de los médicos de familia se ha centrado en la historia clínica (anamnesis) y las habilidades de comunicación, a pesar de que la exploración física (EF) es una parte crucial del encuentro, sobre todo cuando un hallazgo físico puede guiar a un diagnóstico relevante, por ejemplo para una hepatomegalia: tumor hepático, cirrosis o hígado graso, fallo cardíaco y otros.

Pruebas complementarias y diagnóstico

El proceso de diagnóstico se compone de diferentes actividades orientadas a la obtención de información del problema de salud del paciente, unido a un proceso de generación de hipótesis y comprobación que aproxima al médico a un diagnóstico probable para poder diseñar un plan terapéutico apropiado. La estimación del médico de la probabilidad de que un paciente tenga una enfermedad en particular es el factor principal para escoger una de las siguientes opciones: no seguir con la investigación (probabilidad muy baja), obtener más datos por medio de pruebas (probabilidad intermedia), o tratar el problema sin

someter al paciente a los riesgos de nuevas pruebas de diagnóstico (probabilidad elevada). En Atención primaria, se utilizó la conducta expectante o el tratamiento empírico para confirmar el diagnóstico hasta en una cuarta parte de las consultas.

En el razonamiento clínico habitual del médico de familia, la orientación o encuadre inicial se ha de basar fundamentalmente en la anamnesis, apoyada por la exploración física. Una vez formulada la hipótesis o hipótesis diagnósticas, el médico de familia deberá seleccionar los procedimientos diagnósticos, en base a la pertinencia, validez y eficiencia. Un buen MF debe ser consciente de los valores predictivos limitados de las pruebas diagnósticas y de la posibilidad de resultados falsos (positivos o negativos) con los consiguientes perjuicios para el paciente.

Para la toma de decisiones clínicas del médico de familia es necesario tener en cuenta además dos características intrínsecas de la Atención Primaria, como son la menor prevalencia de patología detrás del síntoma (la normalidad es lo más frecuente) y la limitación, variable según entornos, en la accesibilidad a pruebas complementarias.

El médico de familia delibera constantemente entre las distintas alternativas de actuación para el diagnóstico, incluyendo la conducta expectante⁹⁰, y los beneficios potenciales de cada una de ellas, sin olvidar coste, posible iatrogenia o molestias para el paciente. En general se acepta que el beneficio para el paciente, teniendo en cuenta sus circunstancias y preferencias, es prioritario ante la etiqueta diagnóstica. En otras palabras, la meta del médico de familia no debe ser un diagnóstico certero e inequívoco de una enfermedad, sino reducir la incertidumbre hasta un nivel de certeza aceptable para ese paciente en su contexto concreto.

Habilidades de Comunicación

La competencia en comunicación es una de las 5 competencias básicas contempladas en el programa de la especialidad de Medicina de Familia y comunitaria. La comunicación, junto al profesionalismo, es la única competencia exigida universalmente por las instituciones que certifican la competencia de médicos de familia.

La calidad de la comunicación médico-paciente influye en la satisfacción del paciente, cumplimiento y resultados del tratamiento médico⁹⁹. Buenas habilidades de comunicación, tiempo de consulta adecuado y conocimiento de la historia personal del paciente son las variables que se correlacionan con una interacción médico-paciente exitosa. Una buena comunicación está relacionada con satisfacción del paciente, adherencia a las prescripciones y consejos médicos, prevención de manifestaciones somáticas, reconocimiento de trastornos mentales y porcentaje de derivaciones y prescripciones.

Por lo tanto, el impacto de la comunicación es sobre la salud del paciente y sobre la eficiencia de la atención sanitaria: pacientes insatisfechos o incumplidores y exceso de prescripciones o derivaciones innecesarias pueden producir malos resultados en salud y costes innecesarios.

En los encuentros médicos, incluso los más simples, la comunicación es crucial, ya que permite al médico la investigación de la naturaleza del problema del paciente, que se traduce en un diagnóstico. Comunicar este diagnóstico y el plan de abordaje y tratamiento al paciente depende en gran medida de una comunicación eficaz. Los pacientes, a su vez, quieren conocer y comprender su problema y quieren sentir también que el médico les conoce y les comprende. La competencia en comunicación del médico es pues transversal: influye en la calidad de la anamnesis, la exploración física, el diagnóstico, el plan de cuidados, la educación sanitaria, la información al paciente, la toma de decisiones compartida, aspectos bioéticos, etc.

Como se ha comentado anteriormente, Hay múltiples evidencias que demuestran que la comunicación centrada en el paciente mejora su satisfacción, la percepción de la calidad de la atención recibida, la adherencia al tratamiento, y el automanejo. Se ha objetivado un impacto positivo del este modelo de atención sobre la satisfacción del profesional, la relación profesional-paciente y sobre las conductas en salud de los pacientes, por lo que su aplicación al cuidado de pacientes crónicos ha mostrado diversos beneficios. Tras más de una década de ensayos clínicos aleatorizados, la atención centrada en el paciente ha demostrado mejorar

los resultados en salud en diversas patologías. Finalmente es de necesidad exponer la tabla formulada y publicada en la Revista de Archivos en Medicina Familiar, sobre los elementos esenciales de la Medicina Familiar.¹⁷

Área	Conocimientos	Habilidades	A actitudes y valores	Actividades
Asistencial	<ul style="list-style-type: none"> • Atención primaria • Perfil epidemiológico • Los clínicos requeridos por las necesidades de atención relacionados con el perfil epidemiológico • Modelos de abordaje de la atención médica • Modelos de relación médico-paciente • Conocimientos bioéticos • De ciencias sociales • Estudio de salud familiar • Informática 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser efectivo y eficiente • Orientador • Relación efectiva: médico-paciente-familia • Tomador de decisiones compartidas • Detección oportuna de enfermedades in diferenciadas • Usuario de modelos de abordaje de la atención médica más adecuada al problema de salud que enfrenta • Capacidad resolutoria y/o de referencia • Valorar con justicia los elementos subjetivos y objetivos durante la práctica médica • Capacidad empática 	<ul style="list-style-type: none"> • Respeto al individuo y su contexto (cultural) • Responsable • Humanista • Conciencia de sus alcances y limitaciones profesionales • Conciencia de su compromiso social • Respeto de normas éticas • Compromiso y solidaridad en el vínculo con el individuo y su familia • Compromiso de seguimiento del paciente durante su atención médica • Compasión • Sinceridad • Honestidad • Liderazgo 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención clínica continua e integral y trabajo con la comunidad • Orientar a la familia • Trabajar en equipo • Prevención, curación, rehabilitación y paliación • Atención de primer contacto • Atención centrada en la persona y la familia • Tomar decisiones compartidas • Detectar oportunamente • Manejar en forma Integral padecimientos agudos y/o crónicos • Utilizar modelos de abordaje de la atención

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mejora y el desarrollo profesional médico en la Atención Primaria (AP) cuyo colaborador se encuentra el médico de familia precisan métodos de evaluación correctamente diseñados y validados que aporten al profesional información sobre puntos fuertes y mejorables en relación a su desempeño. Ya que la competencia profesional es una entidad compleja y difícil de definir, esto es un constructo. No puede ser evaluada de forma directa y unívoca como los conocimientos.

Estas formas de evaluación permiten ver errores en la práctica médica cuando se observa que la actitud dominante del exceso de confianza puede enmascarar las dudas en la práctica médica, esto suele llevar a no tolerar la incertidumbre y suponer que en la medicina prevalece la certeza. La tendencia a un exceso de confianza en los diagnósticos podría relacionarse a que si bien los médicos tienen conciencia de la posibilidad del error, muchos profesionales tienen el concepto de que “saben todo lo que deben saber”, una actitud omnipotente y arrogante que expresa un desinterés hacia cualquier modificación de la conducta. En esta conducta juega un rol trascendente la falla cognitiva que ya señalamos: no saber lo que no sabe. La frase de Charles Darwin “La confianza es más un producto de la ignorancia que del conocimiento”, es sin duda aplicable a esta situación.

De tal forma que las continuas fallas en los errores del pensamiento en la toma de decisiones médicas, pone en grave riesgo la seguridad del paciente. Muchos médicos no conocen sus limitaciones o no les interesan los aspectos sobre sus decisiones; en especial debido a que no han cultivado desde la universidad el pensamiento crítico que los lleve a la reflexión profunda de sus acciones. Es por lo tanto que estas recomendaciones no se deben considerar como opcionales, sino como una parte integral de la educación médica, un principio ético ineludible, y por extensión, un deber moral y profesional ante el reconocimiento de un error en la praxis médica. Por lo cual surge la siguiente interrogante:

¿Cuál es la percepción de los residentes de medicina familiar ante los errores clínicos en la atención médica en el Hospital Regional de Nezahualcóyotl?

3. JUSTIFICACION

En la práctica clínica, para un médico, cada nuevo paciente es un reto nuevo, un enfrentamiento con la incertidumbre, ya que aunque las enfermedades sean bien conocidas por él, su presentación y desarrollo en pacientes diferentes, puede ser también diferente. Esta reflexión no exime al médico de la práctica escrupulosa de los procedimientos clínicos, conforme a la “lex artis”, la toma de decisiones con base en las evidencias disponibles y el cumplimiento de los principios éticos fundamentales. Dentro de los compromisos del médico debe incluirse la indicación y aplicación de las medidas de seguridad requeridas para proteger al paciente. La omisión de procedimientos de la práctica clínica lleva implícito el riesgo de establecer un diagnóstico incorrecto y como consecuencia de ello, un tratamiento inadecuado, con lo cual se está cayendo en el error médico, lo que aunado a la omisión en la indicación de las medidas de seguridad, va a conducir probablemente a un evento adverso, daño para el paciente y responsabilidad profesional para el médico.

El riesgo de cometer un error, es prácticamente inherente a la práctica médica, razón que podría explicar las observaciones por Kohn y Corrigan en su reporte: “Errar es humano. Construyendo un sistema de salud seguro”, en el Instituto de Salud de los Estados Unidos en 1999. En congruencia con esto en el universo existen dos grandes paradigmas, uno físico y uno biológico. El físico está sujeto a las leyes matemáticas, está estructurado y es predecible, en tanto que el paradigma biológico es adaptativo, reactivo, creativo e impredecible.

La medicina y su práctica están sujetas al paradigma biológico. Y por lo tanto están sujetas a cambios y a incertidumbre, que estimulan la creatividad y la innovación; la medicina no es una ciencia exacta. El médico debe tener un grado considerable de autonomía que le permita tomar decisiones creativas, desarrollar nuevos criterios y tomar la iniciativa por arriba de las normas, especialmente en situaciones críticas, y de esa forma tener también la habilidad de la reflexión y raciocinio ante la idea de generarse un error en la práctica de ahí la importancia del presente trabajo.

4.- Objetivos

Objetivo General.

- Evaluar la percepción de los residentes de medicina familiar ante los errores clínicos en la atención médica en el Hospital Regional de Nezahualcóyotl.

Objetivos Específicos

- Identificar características de acuerdo a sexo de los residentes de medicina familiar en el Hospital Regional de Nezahualcóyotl.
- Determinar cuántos residentes de medicina familiar identifican errores en la práctica clínica.
- Identificar si los residentes de medicina familiar detectan una repercusión importante sobre la salud de los pacientes
- Determinar si los residentes de medicina familiar han aprendido de sus errores
- Determinar si presentan alguna conducta los residentes de medicina familiar para evitar errores
- Identificar frecuencia de errores cometidos en un año por los residentes de medicina familiar.
- Determinar cuál es el tipo de error más frecuente cometido: problema de diagnóstico, problema de tratamiento, problema de comunicación, seguimiento y revisión del paciente, solicitud de exámenes complementarios, referencia del paciente o gestión del tiempo.

5.- Material y Métodos

Tipo de estudio

Se llevó un estudio descriptivo, observacional, trasversal y prospectivo.

5.1 Población, Lugar y Tiempo

La población de estudio fue un total de 44 médicos residentes de medicina familiar, 17 residentes de primer año, 16 residentes de segundo año y 11 residentes de tercer año con sede en el Hospital Regional de Nezahualcóyotl en el periodo de Marzo de 2017 a Agosto de 2017.

5.2 Muestra

No probabilístico, fue el total de la muestra

5.3 Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación.

Criterios de Inclusión

- Médicos residentes de medicina familiar en la sede del Hospital Regional de Nezahualcóyotl
- Ambos sexos
- Médicos residentes de medicina familiar de cualquier grado académico.
- Que acepten participar en el estudio.

Criterios de Exclusión

- Médicos residentes de otras áreas clínicas: Medicina Interna y Pediatría.
- No firmar consentimiento informado.

Criterios de Eliminación

- Médicos de contrato o suplementes

5.4 Variables definición conceptual y operativa de las variables.

Variable	Tipo	Definición conceptual	Escala de Medición	Calificación	Fuente	Análisis
Sexo	Cualitativa	Clasificación de hombres o mujeres teniendo en cuenta características anatómicas y cromosómicas	Nominal	a)Femenino b)Masculino	Cedula	Graficas
Médico Familiar	Cualitativa	Especialista que atiende los problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar tomando en consideración el contexto biológico, social y psicológico	Nominal	a) Si b) No	Cedula	Graficas
Consulta Externa	Cualitativa	Es la atención por el médico a un paciente ambulatorio. Se incluyen entre las consultas médicas las brindadas a un consultante sano	Nominal	a) Médico Familiar b) Pediatría c) Medicina Interna d) Gineco-obstetricia	Cedula	Graficas
Error Medico	Cualitativa	Una acción que da lugar a un fallo, a una decisión equivocada, que produce daño al paciente (efecto adverso) o no le	Nominal	a)Has cometido un error en el ejercicio profesional b)Es posible cometer errores	Cedula	Tablas

		produce daño (incidente), y que es identificado como tal		c)Has cometido algún error grave d) El error ha tenido repercusión en el paciente y/o en ti. e)Has aprendido de tus errores f) Numero de errores cometidos en un año		
Tipo de error Medico	Cuantitativa	Es la conducta inadecuada del profesional de la medicina que supone una inobservancia técnica, capaz de producir daño o agravio a la salud mediante impericia, imprudencia o negligencia.	Nomina	a) Problema de diagnóstico. b) Problema de tratamiento. c) Problema de comunicación d) En el seguimiento y revisión del paciente. e) En la solicitud de exámenes complementarios. f) referencia del paciente. g) gestión del tiempo	Cedula	Gráficas

5.5. Instrumento de recolección de datos

. El instrumento se diseñó y construyó un cuestionario de preguntas con tres opciones de respuesta:

Sí, no, no sabe/no contesta. Asimismo, se incluyó al final del cuestionario una pregunta abierta en donde se solicitaba al residente describir el último error clínico que hubiera cometido y del que era consciente, finalmente clasificarlo en tipo de

error: problema de diagnóstico, problema de tratamiento, problema de comunicación, seguimiento y revisión del paciente, solicitud de exámenes complementarios, referencia del paciente y gestión del tiempo. La validación se realizó de manera cualitativa de contenido por expertos en cuestionarios, según la técnica de Argimón y Jiménez (2000), y Polit y Hungler (2000), con discusión y propuestas de modificación en donde se definió como error a una acción que da lugar a un fallo, a una decisión equivocada, que produce daño al paciente (efecto adverso) o no le produce daño (incidente), y que es identificado como tal por los residentes. Publicado posteriormente por José Saura Llamas en el estudio de "Resultados de la investigación formativa sobre Seguridad del Paciente en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria.

5.6 Método de recolección de datos

Dentro de las instalaciones del Hospital Regional de Nezahualcóyotl Issemym en el área de consulta externa se realiza abordaje de los Médicos Residentes con un total de 44 residentes de medicina familiar. Para posteriormente de acuerdo a los criterios de exclusión y selección, vaciar la información en el programa Microsoft Excel.

5.7. Análisis de la información

Toda vez que se obtuvieron los datos almacenados en el programa Excel, se procede a su análisis mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de resumen (porcentaje y frecuencias), y de tendencia central (media). La información obtenida se presenta en tablas y gráficas.

6. Consideraciones Éticas

DECLARACIÓN DE HELSINKI

RECOMENDACIONES PARA GUIAR A LOS MÉDICOS EN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS.

Adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29a Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975) y enmendada por las Asambleas Médicas Mundiales 35a (Venecia, 1983), 41a (Hong Kong, 1989), 48a. Sommerset West / África del Sur (1996) y 52a. Edimburgo / Escócia (2000).

A. INTRODUCCION

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

PRINCIPIOS BASICOS PARA TODA INVESTIGACIÓN MÉDICA

La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

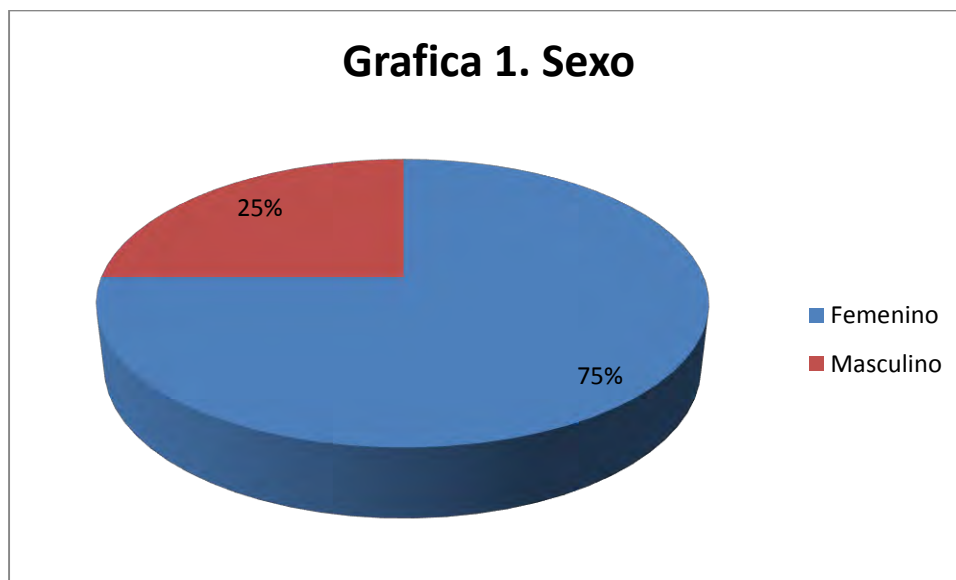
El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.

7. RESULTADOS

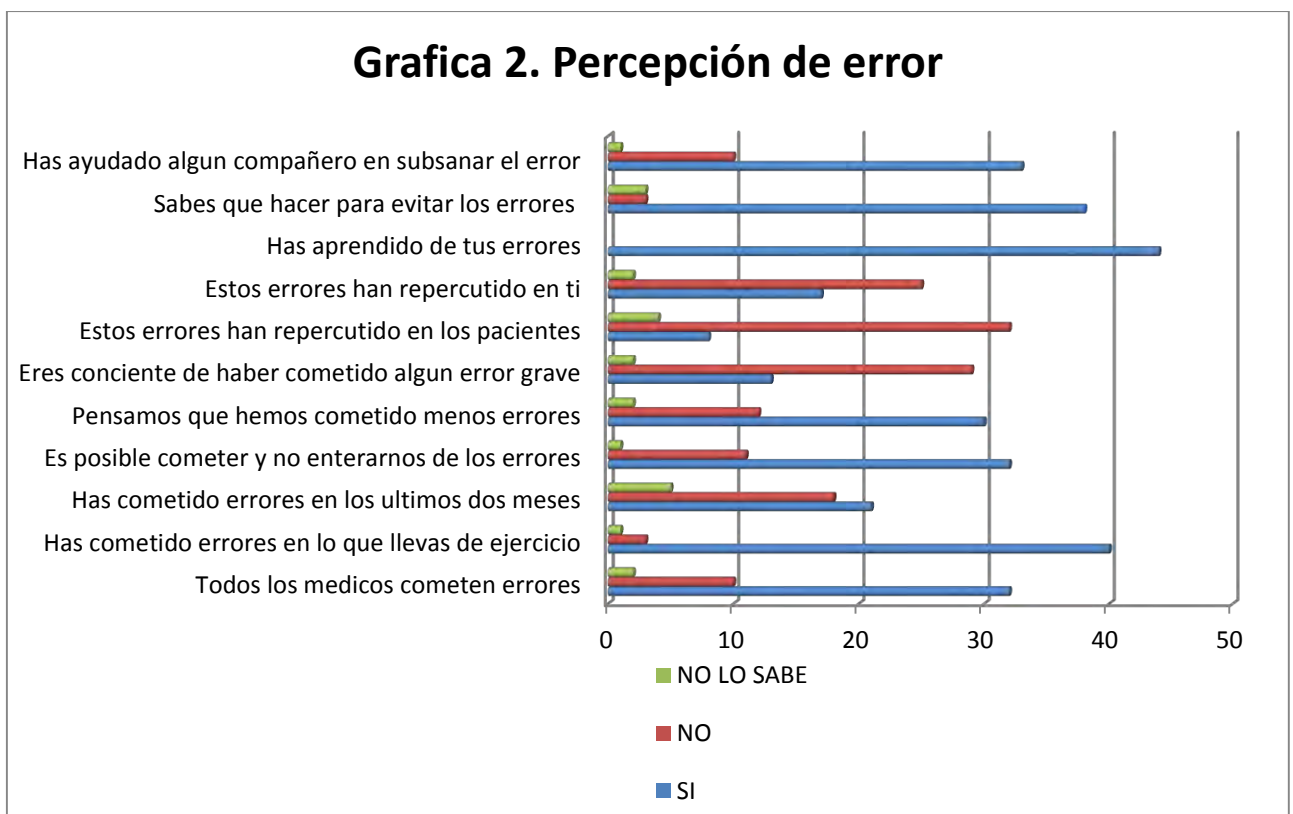
En el presente trabajo se incluyó un total de 44 residentes de medicina familiar consistente en 17 residentes de primer año, 16 residentes de medicina familiar de segundo y 11 residentes de tercer año con actividad en la consulta externa del Hospital Regional de Nezahualcóyotl Issemym. De los 44 residentes se observaron un total de 11 residentes de medicina familiar del sexo masculino y 33 del femenino. Grafica 1



Fuente: Percepción de error y tipo de error en residentes de medicina familiar

Al examinar la percepción sobre el error médico se observó que el 72% de los residentes cree que todos los médicos al atender pacientes cometen errores, 22% no lo creen y solo 6% no saben si esto sucede. El 90% de los residentes cree que en el tiempo que lleva de ejercicio profesional ha cometido algún error en la atención clínica a los pacientes, 7% de ellos no lo cree y 3 % no lo sabe. En la interrogante de haber cometido algún error médico en los dos últimos meses, 48% de los residentes si lo cree, 40% de los residentes no lo cree y 12% no lo sabe. Con 72% de los residentes cree es posible cometer errores y que no se entere de

haberlos cometidos, 25% refiere que no y 3% de ellos no lo sabe. En la pregunta de que si es verdad que siempre se piensa que se han cometido menos errores de los que en realidad se cometen el 68% de los residentes refiere que sí, 27% refiere que no y 5% no lo sabe. En la pregunta si es consciente de haber cometido algún error médico grave 29% de los residentes dice que sí, 66% de los residentes refiere que no y 5% no lo sabe. De que si algunos errores han tenido repercusión importante sobre la salud del paciente el 18% refiere que sí, 72% refiere que no y 10% no lo sabe. Alguno de estos errores ha tenido repercusión importante para el residente de medicina familiar, 38% dice que si, 57% dice que no y 5% no lo sabe. El 100% de los residentes ha aprendido de sus errores, el 86% sabe qué hacer para evitar los errores, el 7% no sabe qué hacer y el 7% no lo sabe. Finalmente si alguna ocasión ha ayudado a algún compañero a subsanar un error el 75% refiere que sí, el 23% dice que no y 2% no lo sabe. Grafica 2



Fuente: Percepción de error y tipo de error en residentes de medicina familiar

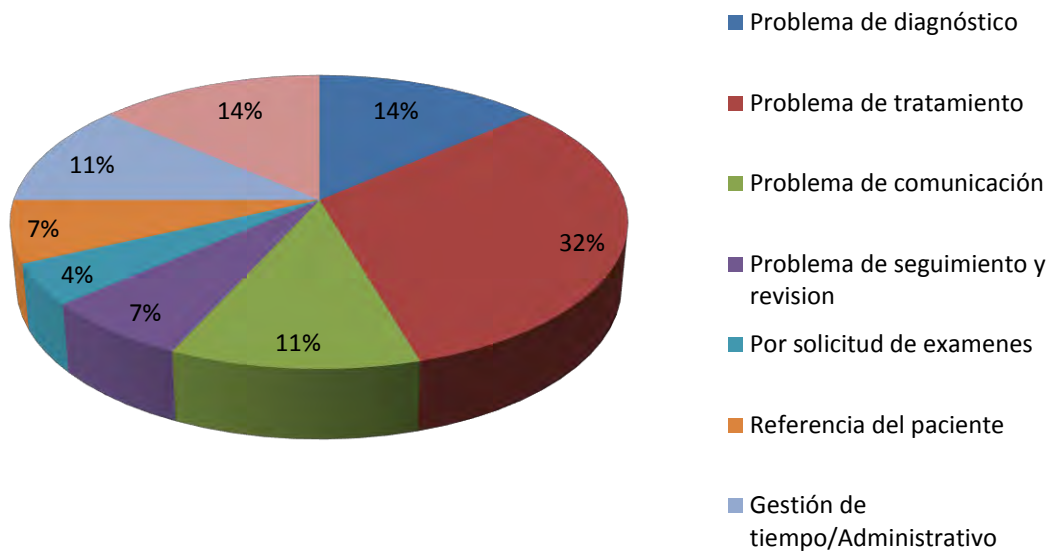
En referencia a cuantos errores los residentes creen haber cometido en un año 27 residentes de medicina familiar (61%) consideraron menos de 30 errores, 6 residentes (14%) de 30 a 149 errores, en la categoría de muchos 2 residentes (5%) y 9 residentes (20%) no lo saben. Grafica 3



Fuente: Percepción de error y tipo de error en residentes de medicina familiar

Por último el tipo de error más frecuente es el problema de tratamiento con 32% (14 residentes), 14% (6 residentes) por problema de diagnóstico, 14% (6 residentes) no contesto ninguna de las opciones, el 11% (5 residentes) por problemas de comunicación, de igual forma con el 11% (5 residentes) por cuestiones administrativas, con el 7% (3 residentes) por problema de seguimiento o revisión, con el mismo 7% (3 residentes) por mala referencia del paciente y finalmente con el 4% (2 residentes) por solicitud de exámenes. Grafica 4

Grafica 4. Tipo de error medico



Fuente: Percepción de error y tipo de error en residentes de medicina familiar

8. ANALISIS DE RESULTADOS

En el presente estudio se observó que el 90% de los residentes cree que en el tiempo que lleva de ejercicio profesional ha cometido algún error en la atención clínica a los pacientes. En la interrogante de haber cometido algún error médico en los dos últimos meses, 48% de los residentes si lo cree, y si es consciente de haber cometido algún error médico grave 29% de los residentes dice que sí. Lo cual corresponde a lo observado en el estudio de José Saura Llamas, causas de los errores clínicos: percepción de los residentes de medicina familiar en donde la tasa de respuesta al cuestionario fue del 97.6%, en la que el 94.6% reconoció haber cometido errores. Se obtuvieron 165 encuestas de los asistentes, de las que 132 (80%) fueron válidas porque relataban el último error que habían cometido y lo hacían de forma legible; 20 % no reconoció haber cometido errores o no saber o no contestar, se identificaron más de una causa fundamental del error

También destaca que el 100% de los residentes ha aprendido de sus errores, el 86% sabe qué hacer para evitar los errores, el 7% no sabe qué hacer y el 7% no lo sabe. Tras ser analizadas, las causas de los errores agrupadas en cinco grandes grupos: de error más frecuente es el problema de tratamiento con 32% (14 residentes), 14% (6 residentes) por problema de diagnóstico, 14% (6 residentes) no contesto ninguna de las opciones, el 11% (5 residentes) por problemas de comunicación, de igual forma con el 11% (5 residentes) por cuestiones administrativas, con el 7% (3 residentes) por problema de seguimiento o revisión, con el mismo 7% (3 residentes) por mala referencia del paciente y finalmente con el 4% (2 residentes) por solicitud de exámenes

Aquí difiere con el estudio de José Saura Llamas en donde destaca la relacionadas con el diagnóstico el 37.4%, y en segundo término con el tratamiento 33.5%, con los cuidados 13.5%, con la comunicación asistencial 9.6% con la gestión y el sistema de información 5.8%. Cabe señalar que la suma de las causas relacionadas con el diagnóstico, el tratamiento y los cuidados representan más un 84% del total.

9. CONCLUSIONES

Los residentes son conscientes de cometer errores destacando los relacionados con el tratamiento y diagnóstico, y que persiste un miedo a reconocer los errores debido a un predominio de la cultura de la culpa. El presente trabajo tiene varias limitaciones: se basa en la percepción subjetiva recogida en una encuesta de unos profesionales que soportan un fuerte estrés cotidiano. Ello puede generar posiciones de rechazo o de victimismo ante algunas de las preguntas que se realizaron. De todas maneras, creemos que este trabajo ayuda a una comprensión más profunda de los aspectos éticos y psicológicos, y advierte de la necesidad de realizar actividades preventivas, en especial al entender que el residente debe perder ese rol que se le asigna de mano de obra, en realidad está en formación y los médicos adscritos y de base deben en forma inicial ejercer en mejor forma la enseñanza de pares, y no aprender en base a errores cometidos.

Mientras no se lleve en mejor forma la enseñanza de pares entre el médico de base y los residentes en formación, de tal manera que se cree una cadena entre los distintos grados van a persistir los problemas que subyacen en los sistemas de atención de la salud a diagnósticos y tratamientos equivocados y demorados, por lo cual es perentorio que mejoren. Pero también es cierto que los sesgos cognitivos de los médicos juegan un papel trascendente en gran parte de los errores de diagnóstico y por lo tanto, el lograr mejorar, está en cada uno de nosotros. Para eso es imprescindible que la psicología cognitiva esté considerada dentro de las competencias de la medicina a fin de que podamos lograr el objetivo principal de involucrar a estudiantes y médicos en la “metacognición” (reflexionar sobre su propio pensamiento), con la esperanza de que van a conocer algo de su mal uso de la heurística (técnica de la indagación) antes de que causen daño.

Es por lo tanto que estas recomendaciones no se deben considerar como opcionales, sino como una parte integral de la educación médica, un principio ético ineludible, y por extensión, un deber moral y profesional.

10.- ANEXOS

INSTRUMENTO

Pregunta	SI	NO	NO LO SABE
1. ¿Crees que todos los médicos al atender a sus pacientes cometen errores?			
2. ¿Crees que en el tiempo que llevas de ejercicio profesional has cometido algún error (en la atención clínica a los pacientes)?			
3. ¿Has cometido algún error médico en los dos últimos meses de ejercicio?			
4. ¿Es posible cometer errores y que no nos enteremos de que los hemos cometido?			
5. ¿Es verdad que siempre pensamos que hemos cometido menos errores de los que en realidad cometemos?			
6. ¿Eres consciente de haber cometido algún error médico grave?			
7. ¿Alguno de esos errores ha tenido repercusión importante sobre la salud de tus pacientes?			
8. ¿Alguno de esos errores ha tenido repercusión importante para ti?			
9. ¿Has aprendido de tus errores?			
10. ¿Sabes qué hacer para evitar los errores?			
11. ¿Has ayudado a algún compañero a subsanar un error?*			

	Muchas		Menos de 30		De 30 a 149		De 150 a 200		Más de 205		No sabe / no contesta	
		%		%		%		%		%		%
¿Cuántos errores médicos crees que puedes cometer al año?												

DESCRIBE EL ÚLTIMO ERROR MEDICO:

11.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Mórán Barrios Jesús. La evaluación del desempeño o de las competencias clínicas. 1er parte: tipos de formularios, diseño, errores en su uso, principios y planificación de evaluación. Educ Med 2017; 18(1).
- 2.- Mórán Barrios Jesús. La evaluación del desempeño o de las competencias clínicas. 2a parte: tipos de formularios, diseño, errores en su uso, principios y planificación de evaluación. Educ Med 2017; 18(2).
- 3.- Ceriani Cernadas José. Errores de diagnóstico en la práctica médica. Arch Argent Pediatr 2015; 113(3): 194-195.
- 4.- Borrell Carrio Francesc, Páez Regadera Carmen, Suñol Sala Rosa. Errores clínicos y eventos adversos: percepción de los médicos de atención primaria. Aten Primaria 2006; 38(1): 25-32.
- 5.- Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
- 6.- Brennan TA, Leape LL, Laird NM. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991;324:370-6.
- 7.- Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, et al. Incidence and ty-pe of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Med Care. 2000; 38:261-71.
- 8.- Saura Llamas José, Sebastián Delgado María Elena, Martínez Garre Nieves. Causas de los errores clínicos: Percepción de los residentes de medicina familiar de Murcia, España. Aten Fam. 2014; 21(3).
- 9.- Silk N. An analysis of 1,000 consecutive UK General Practice Negligence Claims (an abridged version was published in the November 2000 issue of Health Care Risk Report). Unpublished report from the Medical Protection Society. London: Leeds, Medical Protection Society; 2000.

- 10.- Suñol R, Bañeres J. Conceptos básicos sobre seguridad clínica. *Mapfre Medicina*. 2003;14:265-9.
- 11.- Elder N, Dovey S. Classification of medical errors and preventable adverse events in primary care: A synthesis of the literature. *J Fam Pract*. 2002; 51:927-32.
- 12.- Dovey SM, Phillips RL, Green LA, Fryer GE. Types of medical errors commonly reported by family physicians. *Am Fam Physician* 2003;67:697.
- 13.- De Pablo R, Domínguez J. Recursos humanos en atención primaria: evolución y situación actual. Una perspectiva de médicos asistenciales. *Centro de Salud*. 2002; 10:210-2.
- 14.- Saura Llamas J, Martínez Pastor A, Rubio Gil E, Blanco Sabio S, Gómez Portela J, Alarcón González JA. Iniciativa para mejorar la seguridad de los pacientes: prevenir los errores clínicos por medio de la formación de los Médicos de Familia. Comunicación Póster IX Jornadas de Gestión y Evaluación de 2012
15. Alcaraz-Martínez J, Marín Martínez JM, García Vivancos B, Escobar-Álvaro L, Lozano-Pastor VE, Ortiz González O, et al. Estudio regional de incidentes derivados de la atención en los servicios de urgencia del Servicio Murciano de Salud. Mesa de Experiencias Regionales 3. IX Congreso Regional de Calidad Asistencial. Murcia, 12 y 13 de junio de 2013.
- 16.- Borrell Carrió F, Páez Regadera C, Suñol Sala R, Orrego Villagan C, Gil Terrón N, Martí Nogués M. Errores clínicos y eventos adversos: percepción de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2013.
- 17.- Esmond J. Garret. Funciones del médico en la atención primaria de salud. *Educ Med Salud*. 1981;15(3).
- 18.- PUEM. Unidad de posgrado UNAM. Ciudad Universitaria, tercera edición, 2003.
- 19.- Elementos esenciales de la medicina familiar. *Archivos de Medicina Familiar*. 2005; 7 suppl 1.

20.- Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Ca-re Study. Med J Aust. 1995; 163:458-71.

21.- Bhasale AL, Miller GC, Reid SE, Britt HC. Analysing potential harm in Australian generalpractice: an incident monitoring study. Med J Australia. 1998; 169:73-6.

22.- Fischer G, Feters MD, Munro AP, Goldman EB. Adverse events in primary care identified from a risk management database. J Family Pract. 1997; 45:40-6.