

ERRORES O EQUIVOCACIONES POR ACCIÓN U OMISIÓN EN ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DIRIGIDAS A GESTANTES EN MANIZALES, 2007

*Consuelo Vélez Álvarez**
*Diana Eugenia Gómez Gómez***
*María Cecilia González Robledo****

Recibido en junio 9 de 2008, aceptado en septiembre 1 de 2008

Resumen

El propósito del presente trabajo es mostrar los resultados de la investigación sobre errores y equivocaciones por acción u omisión en acciones de promoción y prevención dirigidas a gestantes en Manizales realizada durante el año 2007. El estudio realizado fue de tipo descriptivo retrospectivo y evaluativo. Éste se llevó a cabo con usuarios de los programas de promoción y prevención y profesionales responsables de dicho programa; la muestra de los usuarios a encuestar se determinó mediante un muestreo aleatorio simple con una confianza del 95% y un error del 5%, y la de los profesionales se realizó a conveniencia tendiendo en cuenta quiénes realizaban los controles o consultas. Se aplicó una entrevista individual. Se analizó en Epiinfo 2002 y SPSS. Entre los resultados, queremos mencionar que los errores y equivocaciones más frecuentes por parte de los usuarios fueron inasistencia a actividades propias del programa, automedicación y escaso cumplimiento de recomendaciones de autocuidado; entre los errores y equivocaciones por parte de los profesionales se resaltan falta de interrogatorio, no seguimiento a inasistentes, escasas explicaciones durante el control o la consulta y omisión de exámenes paraclínicos; también se identificaron errores en el sistema relacionados con falta de oportunidad en la entrega de medicamentos y en la asignación de citas.

Palabras clave

Errores, acción, omisión, promoción de la salud, prevención, atención primaria.

* Enfermera, Doctora en Salud Pública. Universidad Autónoma de Manizales. Secretaría de Salud Pública de Manizales. Miembro Comunidad Académica Cuerpo Movimiento. Manizales, Colombia. E-mail: cva@autonoma.edu.co

** Fisioterapeuta, Especialista en Gerencia Hospitalaria. Universidad Autónoma de Manizales, Miembro Comunidad Académica Cuerpo Movimiento y Grupo de Salud Pública. Manizales, Colombia. E-mail: dgomez@autonoma.edu.co

*** Odontóloga, Candidata a Doctora en Salud Pública. Universidad Autónoma de Manizales. Manizales, Colombia. E-mail: mcgonzalez@autonoma.edu.co

ERRORS AND MISTAKES DUE TO ACTION OR OMISSION IN PROMOTIONAL AND PREVENTIONAL ACTIONS DIRECTED TO PREGNANT MOTHERS IN MANIZALES, 2007

Abstract

The purpose of this paper is to show the research results on the errors and mistakes due to action or omission in promotion and prevention aimed at pregnant mothers in Manizales in 2007. It was a retrospective, descriptive and evaluative study, that was carried out with users of promotion and prevention programs, and the responsible professionals of these programs. The sample of users was determined with a random sample, with a confidence margin of 95% and a margin error of 5%. The sample of the professionals was conducted in concordance with the people who were in charge of the check-ups or consultations. Individual interviews were carried out, with the data being analyzed with Epiinfo 2002 and SPSS. Among the results, we would like to mention that the most frequent errors and mistakes by users had been the absence in program activities, self-medication and not thoroughly following medical indications. The most relevant professional mistakes include few questions regarding the patients' clinical history; not following-up on absent patients; few explanations on the importance of controls, and omission of paraclinical exams. Errors in the system regarding convenient medicine delivery and in the assignment of medical appointments were also identified.

Key words

Errors, mistakes, action, omission, health promotion, prevention, primary care.

ERROS OU EQUIVOCAÇÕES POR AÇÃO OU OMISSÃO EM A AÇÕES DE PROMOÇÃO DIRIGIDA A GESTANTES EM MANIZALES, 2007

Resumo

O propósito do presente pesquisa é apresentar os resultados da averiguação sobre erros e equívocos por ação ou omissão em ações de promoção e prevenção dirigidas a gestantes em Manizales feitas durante o ano 2007. A pesquisa realizada foi de tipo descritivo retrospectivo e avaliativo. Este se levou a cabo com usuários dos programas de promoção e prevenção e profissionais responsáveis de dito programa, a amostra dos usuários a enquete se determino mediante uma amostragem aleatório simple com uma confiança do 95% e um erro do 5% , e dos profissionais se realizou a convivência tendendo em conta a quens realizavam os controles ou consultas. Aplico-se uma entrevista individual. Analisou-se em Epiinfo 2002 e em SPSS. Entre os resultados, queremos mencionar que os erros e equívocos mais freqüentes por parte dos usuários foram a não assistência a atividades próprias do programa, automedicam-se e escasso cumprimento das recomendações de autocuidado, entre os erros e equívocos por parte dos profissionais ressaltam a falta de interrogatório, não seguimento à não assistência, escassas explicações durante o controle ou a consulta e omissão das análise para- clínicos, também identificaram-se erros no sistema relacionados com a ausência de oportunidade na entrega de medicamentos e na concessão de encontros.

Palavras chave

Erros, ação, omissão, promoção da saúde, prevenção, atenção primaria.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación pretende abordar un tópico que ha generado preocupación frente al cumplimiento de los objetivos de los programas y que ha sido poco estudiado en el contexto nacional, en este sentido aborda la problemática relacionada con riesgos asistenciales como los errores y equivocaciones por acción y omisión en el programa de gestantes que se ejecuta en el municipio de Manizales, para su identificación se abordaron los dos actores principales involucrados en el proceso, usuarios y profesionales que a través de la aplicación de un cuestionario respondieron todas las inquietudes planteadas sobre el tema. El texto base para la identificación de dichos errores se enmarca en las normas y guías de atención emanadas por el Ministerio de Salud, sobre las cuales los profesionales deben basar su intervención.

En este sentido para estructurar el documento a lo largo del texto se evidencia, en primera instancia, un referente teórico que enmarca todos aquellos elementos que influyen sobre la ocurrencia de errores y equivocaciones; en segunda instancia, se presenta la estrategia metodológica para el abordaje del problema; como punto final se presentan todos los resultados encontrados no solo en usuarios, sino también en profesionales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La seguridad clínica es un componente esencial de la calidad asistencial, tanto de la práctica clínica como de su organización; sin embargo, esta práctica supone un riesgo, y por tanto, es imperativo identificar qué procedimientos clínicos, diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces; así mismo, estar seguros de que se apliquen a quien los necesite y realizarlo correctamente y sin errores (1). La aparición de la tecnología y su vertiginoso avance han hecho que

el personal de salud se enfrente ante la posibilidad de incurrir en una diversidad de errores médicos, entendiéndose éstos como el resultado de un daño no intencional o complicación que es causado por una intervención médica durante el proceso de una enfermedad (2).

Numerosos estudios realizados han mostrado efectos indeseables de los medicamentos en las personas, infecciones nosocomiales, complicaciones del curso clínico y errores diagnósticos y terapéuticos, lo que demuestra que el interés por los riesgos relacionados con la atención sanitaria, no es nuevo (3, 1); no obstante el concepto de riesgo asistencial ha sido impreciso e incluye cualquier situación o acto relacionado con la atención sanitaria recibida que puede tener consecuencias negativas para los pacientes. Se puede hablar de riesgos asistenciales cuando se hace referencia a condiciones como las siguientes(4): efectos adversos o acontecimientos que tienen consecuencias negativas para el paciente, errores o equivocaciones, casi-errores (*near miss*), accidentes, incidentes, negligencias o errores difícilmente justificables y malapaxis.

Dada la anterior clasificación de los riesgos sanitarios, no ha sido fácil la comparación de los resultados de las diferentes investigaciones, y la distinción de los efectos adversos y los errores y equivocaciones relacionados con la asistencia sanitaria, con aquellos otros relacionados intrínsecamente con la propia enfermedad, todo esto porque los efectos adversos incluyen cualquier situación o acto relacionado con la atención sanitaria recibida que puede tener consecuencias negativas para los pacientes, y los errores y equivocaciones son derivados de una deficiente ejecución de una acción indicada o por la realización de una actividad inadecuada o innecesaria para lograr un fin. Esto ha hecho necesario asumir que los errores pueden ocurrir, pero siempre se puede intentar minimizar sus consecuencias (5).

Estos errores médicos abarcan todos los efectos nocivos que pueden derivarse de la atención

médica, e incidir sobre los pacientes y sus familiares y se consideran importantes porque pueden causar enfermedad, lesiones, discapacidad y hasta la muerte, en las personas que lo sufren, aclarando además, que en su mayoría son daños o situaciones que generalmente pueden ser prevenibles. Aspectos como la calidad asistencial y la orientación en el servicio son claves para generar procesos de promoción y prevención que busquen mejorar, mantener o fortalecer la salud. En Atención Primaria es prioritaria la prevención y atención sanitaria oportuna y de calidad para disminuir, entre otros, la mortalidad materno infantil.

En Colombia la mortalidad materna es considerada problemática de salud pública que debe ser intervenida, para lo cual se genera la Resolución 0412 a partir de la cual se adoptan las normas técnicas y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública; del adecuado cumplimiento de estas normas y guías de atención depende en gran medida la prevención de los errores y equivocaciones que se pueden generar al ejecutar acciones o actividades tendientes a proteger la salud o detectar tempranamente aquellos eventos que pueden poner en riesgo la salud de las madres gestantes. Los anteriores planteamientos nos llevaron a formular la siguiente pregunta: ¿cuáles son los errores o equivocaciones por acción u omisión en acciones de promoción y prevención dirigidas a gestantes en Manizales?

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Desde la promoción de la salud y la prevención es posible diseñar estrategias que busquen mejorar, mantener o fortalecer la salud a nivel individual o colectivo, estas estrategias pueden ser de alto riesgo, y buscan la identificación de las personas que tienen mayor probabilidad de desarrollar una enfermedad y la intervención sobre dicho grupo y poblacional que pretende cubrir a toda la población independiente de que exista o no un factor de riesgo.

En prevención en salud existen tres niveles: **Prevención primaria**, se realiza con el fin de evitar la aparición de enfermedades. Su objetivo es reducir la probabilidad de que se desarrolle una enfermedad actuando sobre al desarrollo de las mejores condiciones de salud individual y colectiva y sobre los factores de riesgo. Es un campo de actuación específico de los profesionales de la salud. Se incluyen estrategias de promoción de la salud y protección específica como son: educación para la salud, mercadeo social, fortalecimiento de la participación comunitaria, empoderamiento y formulación de políticas públicas saludables. **Prevención secundaria**, se refiere a las acciones que se realizan para detectar precozmente una enfermedad antes de su manifestación clínica, pero que se puede detectar desde lo biológico. Incluye el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la limitación del daño. Utiliza dos estrategias, una enfocada a la realización de programas masivos de detección que permiten hacer pruebas discriminatorias para identificar cuáles grupos poblacionales tienen una enfermedad y cuáles no, para actuar rápidamente en los primeros. La otra, al diagnóstico precoz de la enfermedad para realizar tratamientos oportunos y prevenir el daño. **Prevención terciaria**, se enfoca básicamente al trabajo con personas enfermas con el fin de prevenir complicaciones y la muerte. Se basa en dos modelos, uno de prácticas clínicas preventivas cuyo sustento son las evidencias clínicas y, otro, el de rehabilitación. Sus estrategias son el manejo clínico adecuado y eficaz de la enfermedad, la readaptación y la rehabilitación.

La promoción de la salud es una de las funciones esenciales de la salud pública y su objetivo es aplicar métodos y estrategias para ayudar a las personas a asumir estilos de vida saludables, usar mejor los servicios de salud, adoptar prácticas de autocuidado y participar activamente en la identificación de necesidades y problemas en salud, así como en el diseño y ejecución de programas para desarrollar la salud. En el contexto de las políticas de salud pública, la promoción de la salud

se convierte en una estrategia fundamental para brindar alternativas de trabajo intersectorial que favorezcan la disminución de las desigualdades sociales, la potenciación de la salud a nivel individual y colectivo, y el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones.

Desde la perspectiva de la Carta de Ottawa el objetivo de la promoción de la salud es el de capacitar a las personas para ganar control sobre su salud y mejorarla. Green y Kreuter (6) definen operativamente promoción de la salud como la combinación de apoyos educativos y ambientales para las acciones y condiciones de vida que conducen a la salud. Lo cual significa que hay acciones individuales y colectivas, estas últimas dependen de las organizaciones, comunidades y de los demás sectores sociales, como políticas, programas, ambiente o servicios de salud.

Para el diseño y ejecución de programas de promoción y prevención se deben tener en cuenta múltiples factores que delimitan su viabilidad y pertinencia y justifican su eficacia y eficiencia. Estos factores se pueden agrupar en tres grupos (7): los referentes al problema de salud particular, los relativos a la aplicación del programa y los que se refieren a la prueba o pruebas a realizar.

En el proceso de integración entre Atención primaria en Salud y promoción de la salud y prevención existen una serie de obstáculos que según Zurro (1989) (7) se pueden clasificar en: relación médico-paciente inadecuada y sin continuidad temporal que lleva a poca aceptabilidad y cumplimiento de las actividades o acciones propuestas. Trabajo aislado de los profesionales; el trabajo en equipo favorece la complementación, intercambio y contrastación de las actividades. Falta de tiempo por escasez de recurso humano o sobrecarga excesiva en el trabajo asistencial curativo. Déficit en los sistemas de registro y citaciones. Falta de instrumental o material necesario para la ejecución de las actividades.

Escasa valoración por parte de los profesionales y de la población sobre la importancia del problema a prevenir. Ausencia de coordinación intersectorial. Inexistencia de acuerdos en cuanto a las recomendaciones sobre la pertinencia, periodicidad o forma de realizar actividades preventivas. Vacíos en los procesos de formación de los profesionales en salud en cuanto a la promoción de la salud y la prevención.

Con el fin de identificar la incidencia de los obstáculos sobre los programas es indispensable realizar procesos sistemáticos de evaluación que permiten conocer el grado de cumplimiento de los objetivos previamente definidos durante y después de la ejecución de las acciones y corregir los efectos adversos o errores cometidos en la intervención.

Dentro del manejo de la prevención en la atención sanitaria, se puede decir que los profesionales conocen la existencia de guías y recomendaciones sobre intervenciones preventivas. Sin embargo, no las recomiendan a todos los pacientes. Tres tipos de factores se han identificado como barreras para la mayor frecuencia en la recomendación de intervenciones de prevención (8): relacionados con los profesionales: falta de tiempo, distracción por otros problemas de salud, falta de experiencia, falta de retroalimentación y desacuerdo con las recomendaciones. Relacionados con los pacientes. Relacionados con el sistema sanitario.

La existencia de dichos obstáculos y barreras en los procesos de promoción y prevención en salud pueden suponer riesgos en la atención sanitaria, estos riesgos pueden enmarcarse dentro de las siguientes definiciones conceptuales: Efectos adversos o acontecimientos que tienen consecuencias negativas para el paciente. Su trascendencia se expresa en forma de lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria, incremento del consumo de recursos asistenciales o fallecimiento relacionado con el proceso asistencial. Pueden ser evitables (no se producirían, en caso de hacer alguna actuación)

o inevitables (imposibles de predecir o evitar) (3, 9), también denominados como desviaciones; se ha señalado la conveniencia de diferenciarlos de las complicaciones. En tanto que las primeras son trastornos objetivos ocurridos en la evolución de la enfermedad, caracterizados por su relación con la atención recibida y la no intencionalidad; las complicaciones son alteraciones del curso natural de la enfermedad, derivadas de la misma y no provocadas por la actuación de los profesionales sanitarios. Errores o equivocaciones ocasionados por una deficiente ejecución de una acción bien indicada o por la realización de una actividad inadecuada o innecesaria para lograr un fin. Casi-errores (*near miss*): categoría imprecisa que incluye sucesos como aquellos casos en los que un accidente ha sido evitado por poco o estuvo próximo a ocurrir (1, 10); situaciones en las que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias (11), hechos que en otras circunstancias podrían haber tenido graves consecuencias (12), o acontecimientos peligrosos que no han producido daños personales, pero sí materiales y que sirven de aviso de posibles sucesos. Accidentes: sucesos aleatorios imprevistos e inesperados que producen daño al paciente o pérdidas materiales o de cualquier otro tipo (13). Incidentes: acontecimientos igualmente imprevistos e inesperados, pero que no producen daño al paciente ni pérdidas. También pueden definirse como acontecimientos que en circunstancias distintas podrían haber sido un accidente (14); o como hechos que de no ser descubiertos o corregidos a tiempo pueden implicar problemas para el paciente (15). Negligencias o errores difícilmente justificables, ocasionados por desidia, abandono, apatía, estudio insuficiente, falta de diligencia, omisión de precauciones debidas o falta de cuidado en la aplicación del conocimiento que debería tener y utilizar un profesional cualificado (16). A diferencia de los errores, un rasgo esencial de los mismos es su evitabilidad y en sentido estricto, únicamente podrían determinarse por la administración de justicia (17). Malapraxis: concepto muy próximo al anterior, consiste en una

deficiente práctica clínica que ha ocasionado un daño al paciente. Se entiende como tal, cuando los resultados son claramente peores a los que, previsiblemente, hubieran obtenido profesionales distintos y de cualificación similar, en idénticas circunstancias. Litigios o disputas tramitadas ante la Administración de Justicia, que pueden estar motivados por un desacuerdo con la atención recibida o con los efectos no deseados de la misma. Con relativa frecuencia no se deben a la existencia de negligencia o praxis deficiente (18).

Causas de los problemas de seguridad para los pacientes

Entre los factores contribuyentes que propone la Joint Comisión (19) y que deberían formar parte del análisis de cualquier evento adverso, destacan los siguientes: factores humanos, factores del proceso, equipamiento, factores ambientales, gestión de la información, liderazgo y supervisión adecuada. Por tanto, podríamos decir que muchos de los eventos adversos se deben a situaciones latentes del propio sistema y no a negligencias o imprudencias del personal. La existencia de eventos adversos es atribuible a los factores sistémicos que la determinan: la estrategia de una organización, su cultura, su planteamiento de la gestión de la calidad y de la prevención de riesgos y su capacidad para aprender de los errores (20).

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN MADRES GESTANTES (10)

La mortalidad materna se constituye en un problema de salud pública a nivel mundial, una atención adecuada durante el embarazo permite mejorar las condiciones de salud de la madre y de su hijo, se dice que al realizar el primer control prenatal precozmente, realizar controles prenatales periódicos y si el parto es atendido en una institución de salud adecuada se puede disminuir la mortalidad prenatal. Al realizar un programa que favorezca el

seguimiento de la gestación se puede: disminuir la morbi-mortalidad perinatal, reducir la incidencia del bajo peso al nacer, contribuir a la reducción de abortos, disminuir la morbi-mortalidad de causa obstétrica y promover la lactancia materna.

El objetivo principal de la atención de una madre gestante es realizar un seguimiento al normal desarrollo del embarazo y detectar precozmente cualquier riesgo o complicación que puede poner en peligro la vida de la madre o de su hijo.

En todo programa de atención a la madre gestante se deben incluir: La consulta de primera vez, para confirmar el diagnóstico de embarazo, elaborar la historia clínica y detectar factores de riesgo. El control prenatal, que se enfoca a realizar seguimiento y control del progreso de la gestación en cuanto a los cambios que se deben suceder tanto en la madre como en el hijo y a la detección de factores de riesgo o complicaciones. La educación para la maternidad que busca educar para la salud y conseguir que las madres desarrollen estilos de vida saludables y actitudes positivas hacia ellas. El aporte de micronutrientes como factor protector para alteraciones del embarazo y del feto. La salud oral para prevenir las alteraciones en el sistema estomatognático.

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

En la Conferencia Internacional OMS-UNICEF sobre Atención Primaria de Salud, desarrollada en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1978, surge la Declaración de Alma-Ata (21) en la cual se define la Atención Primaria de Salud APS como “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante tanto del

Sistema de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo económico y global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.

Retomando a H. Vuori (1984) los contenidos de la APS se deben analizar desde las siguientes perspectivas (10): **conjunto de actividades** dirigidas a la resolución de las necesidades y problemas de salud propios de cada comunidad. **Nivel de asistencia**, implica reconocerla como el primer punto de contacto del individuo y de la comunidad con el sistema de salud. **Estrategia de organización de los servicios de salud**, que permita atender a toda a población de forma accesible y con calidad. **Filosofía**, exige de un sistema de salud que reconozca el derecho a la salud en el marco de los derechos fundamentales de las personas.

Para que se fortalezca la APS como parte integrante de los sistemas de salud debe caracterizarse por ser (10): **integral**, considera al ser humano desde una visión integral. **Integrada**, existe interrelación permanente entre promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación y reinserción social como parte de las acciones desarrolladas y que se integra funcionalmente con la estructura restante del sistema de salud. **Continua y permanente**, incluye actividades para todos los grupos poblacionales de acuerdo al ciclo vital en los diferentes ámbitos de actuación de las personas y en cualquier circunstancia. **Activa**, el equipo de salud se constituye en un ente activo que busca y da solución a las necesidades de salud de la comunidad, especialmente en lo referente a la promoción y prevención. **Accesible**, las personas deben poder tomar contacto y utilizar los servicios y recursos de salud sin dificultad en cuanto a lo económico, burocrático, racial y ubicación

geográfica, bajo los principios de justicia social y equidad. **Basada en el trabajo en equipo**, el equipo de salud está conformado por profesionales sanitarios y no sanitarios que desarrollan de forma continua y compartida las funciones y actividades propias de la APS. **Comunitaria y participativa**, la APS se basa en la participación comunitaria en todas las fases del proceso y responde a los problemas de salud tanto individuales como colectivos. **Programada y evaluable**, se desarrollan programas con objetivos, metas, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación claramente definidos. **Docente e investigadora**, propicia actividades de formación a nivel de pre y postgrado y educación continuada, así como investigación básica y aplicada en los temas propios de su ámbito.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los errores o equivocaciones por acción u omisión en acciones de promoción y prevención dirigidas a gestantes en Manizales, 2007.

Objetivos Específicos

- ✓ Identificar los errores o equivocaciones por acción u omisión en acciones de promoción y prevención detectados por los profesionales responsables de la atención.
- ✓ Identificar los errores o equivocaciones por acción u omisión en acciones de promoción y prevención detectados por las usuarias del programa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: la presente investigación es de tipo descriptivo retrospectivo y evaluativo. Desarrolló técnicas descriptivas para conocer en forma sistemática los errores y equivocaciones en las acciones de promoción y prevención dirigidas a gestantes. Es retrospectivo porque las variables

fueron estudiadas en un momento posterior a haber recibido la atención, Es evaluativo porque retomó las guías de atención propuestas en la Resolución 0412 tratando de identificar si éstas se están cumpliendo en la población objeto.

Población: profesionales responsables de programas de promoción y prevención; usuarias del programa de promoción y prevención.

Muestra: la muestra de las personas a encuestar se determinó mediante un muestreo aleatorio simple, el cual tuvo una confianza del 95% y un error del 5%; tomando como estimador un valor de referencia de 0,5 debido al desconocimiento del resultado del comportamiento de las variables de acción y omisión, dando como resultado un valor de $n=384$ personas, que por razón de la posible pérdida se aproximaron a 400.

Por otro lado, se seleccionaron de cada una de las IPS y ESE de Manizales, los funcionarios que intervienen en el desarrollo e implementación de las acciones de promoción y prevención en gestantes.

Criterios de inclusión: haber sido usuaria del programa de atención a la gestante en el último año.

Para los profesionales, haber sido responsables de realizar acciones de promoción y prevención para gestantes en el último año.

Recolección de información

Fuentes: se hizo uso de fuentes primarias de información que corresponden a:

- Encuesta para aplicar en usuarios de los servicios de salud, que dio cuenta de variables sociodemográficas, percepción de la atención en salud.
- Encuesta para aplicar a los funcionarios de IPS y ESE responsables de realizar acciones de promoción y prevención para gestantes en el último año.

Técnicas e instrumentos

- ☆ Encuestas individuales.
- ☆ Cuestionarios y guías de preguntas.

Sistematización

Se realizó utilizando los programas Excel, Epiinfo 2002 y SPSS.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de las encuestas realizadas a las gestantes; es necesario aclarar que el número de respuestas no siempre será equivalente al total de la población encuestada, ya que en algunas preguntas la respuesta depende de quién realiza el control de la gestante.

Caracterización de la población estudiada: la edad promedio de las gestantes participantes en el estudio fue de 21,9 años, con una edad mínima de

13 años y máxima de 43 años, y una desviación estándar de 5,5 años. Un 7% de las encuestadas se encontraba sin afiliación a la seguridad social, al momento de la encuesta, lo anterior se resalta dado que en el actual sistema todas las gestantes son consideradas grupos prioritarios y deben estar afiliadas al régimen contributivo o para este caso deberían estar cubiertas por el subsidiado.

Frente a las indicaciones y recomendaciones sobre conductas de autocuidado, las gestantes manifestaron que estas en algunos casos son regular tanto por médico como por enfermera. Para las gestantes los médicos utilizan con mayor frecuencia términos desconocidos en la consulta. Nótese cómo las gestantes manifestaron en porcentajes muy similares que tanto la información dada por médicos y enfermeras es suficiente (74% y 70% respectivamente), sin embargo se resalta cómo un 20% de las gestantes manifiestan que la información brindada es angustiante y complicada en ambos casos (Tabla 1).

Tabla 1. Calificación de la información frente al estado de salud.

	Suficiente	Insuficiente	Excesiva	Angustiante	Complicada	Contradictoria
MÉDICO	273 (74%)	14 (4%)	7 (2%)	15 (4%)	54 (15%)	5 (1%)
ENFERMERA	194 (70%)	16 (6%)	6 (2%)	14 (5%)	44 (16%)	3 (1%)

Frente a la satisfacción con el examen físico, las gestantes manifiestan que están satisfechas, sin embargo existen algunas que no lo están; al indagar las razones por las cuales no existe satisfacción manifiestan que lo hacen rápido o que el tiempo no es suficiente, que la revisión es superficial, demuestran poco interés o realizan lo básico.

Frente a la claridad de las explicaciones los porcentajes entre bueno y excelente resultaron ser muy similares,

existiendo diferencia en la calificación de regular, donde el mayor porcentaje fue para las enfermeras. Al indagar el por qué de estas calificaciones se encontró que las gestantes manifestaron que las formulas son muy claras y fáciles de entender en la mayoría, sin embargo las explicaciones algunas veces son muy rápidas, complicadas y les falta ser más de profundas (Tabla 2).

Tabla 2. Calificación de las explicaciones frente a toma de medicamentos.

	Excelente	Bueno	Regular	Malo
MÉDICO	98 (26,8%)	247 (67,5%)	21 (5,7%)	
ENFERMERA	74 (27%)	176 (64,2%)	23 (8,4%)	1 (0,4%)

En cuanto a la realización de los exámenes, al 97,8% de las gestantes le solicitaron los exámenes, de acuerdo a la norma técnica; los menos solicitados fueron: hemoclasificación, serología y glicemia en ayunas, y el de mayor solicitud: hemograma completo y prueba de VIH; el 96,5% de las

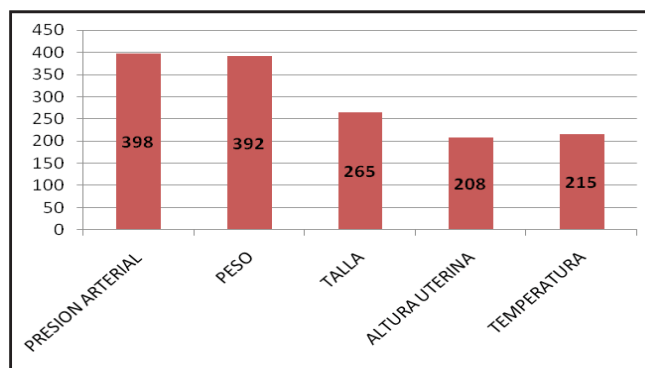
gestantes manifestó que se realizó los exámenes. La causa de la no realización de exámenes fue expresada como por razones de olvido, falta de dinero o de tiempo y específicamente de VIH por miedo (Tabla 3).

Tabla 3. Exámenes ordenados.

Examen	Si	No
Hemograma completo	381	19
Hemoclasificación	317	83
Serología	335	65
Uroanálisis	369	31
Glicemia en ayunas	334	66
Prueba VIH-Sida	382	18

Respecto al examen físico, el 100% de las gestantes manifestó que éste fue realizado, lo cual se ajusta a lo planteado en la norma técnica; se hace evidente que no a todas las gestantes les tomaron las medidas

definidas, las menos tomadas corresponden a talla, altura uterina y temperatura. Este comportamiento también es evidente en los controles posteriores (Gráfica 1).

Gráfica 1. Medidas tomadas al examen físico.

Al observar la frecuencia con que las madres se tomaron los medicamentos formulados es evidente el gran porcentaje de madres (90,2%) que siempre lo hicieron, y las pocas que lo hicieron algunas veces manifestaron como causas el haberse olvidado o la no entrega oportuna.

Al 5,7% no le han dado la información sobre la importancia de asistir al curso. Las gestantes que no asisten plantean como razones la falta de tiempo o de dinero, la pereza, el horario, el desconocimiento, la no programación por parte de la institución de salud o por que tienen que esperar hasta cumplir los 5 meses de gestación.

Un gran porcentaje de las gestantes encuestadas no ha recibido información sobre los signos del parto, ni sobre el procedimiento a seguir en el momento del parto (25,7% y 32,2% respectivamente).

Resultados de las encuestas a quienes realizan controles prenatales

Del total de personas encuestadas que realizan control prenatal 15 son médicos y 5 enfermeras. El 50% eran profesionales que trabajan en una IPS, y el otro 50% en una ESE. Se encontró cómo acorde a la Norma 0412 de 2000, el 100% de los profesionales ordenan los exámenes requeridos a excepción de la Serología para Hepatitis B, que al

Tabla 4. Frecuencia de orden sobre autocuidado.

Factor	Siempre	Algunas veces	Nunca
Dieta adecuada	18 (90%)	2 (10%)	0
Ejercicio regular	15 (75%)	5 (25%)	0
Hábitos higiénicos	16 (80%)	2 (10%)	2 (10%)
Sueño	13 (65%)	4 (20%)	3 (15%)
Control prenatal	19 (95%)	1 (5%)	0
Estimulación del feto	17 (85%)	3 (15%)	0
Lactancia materna	18 (90%)	2 (10%)	0
No automedicación	18 (90%)	2 (10%)	0
No consumo de tabaco	19 (95%)	1 (5%)	0
No consumo de alcohol	19 (95%)	1 (5%)	0
No consumo de sustancias psicoactivas	19 (95%)	1 (5%)	0

indagar por qué no se ordena, se encontró como razones: no está autorizado para las EPSs, por la limitación del nivel de atención, y la serología para Hepatitis B no se ordena de rutina en primer nivel. En la Tabla 4 se observa cómo la gran mayoría de los encuestados manifiesta que siempre le informa a las gestantes sobre la importancia de aspectos

como la dieta, el control prenatal, lactancia materna, no medicación, no consumo de tabaco, no consumo de alcohol, no consumo de sustancias psicoactivas; en la categoría de algunas veces el mayor porcentaje fue para indicaciones sobre ejercicio regular y el sueño, en la categoría de nunca aparecen hábitos higiénicos y sueño.

El 75% de los profesionales manifestó que siempre solicita a la madre examen de orina; el 25% informó que algunas veces o nunca lo hace. Dentro de los exámenes que los profesionales solicitan en las consultas de seguimiento realizadas durante el segundo trimestre se destacan: ecografía obstétrica, test de sullivan, serología, y parcial de orina, lo anterior acorde a la norma de atención. Durante el tercer trimestre los profesionales manifiestan que ordenan ecografía, parcial de orina y ecografía de control. Dentro de las medidas a las que los profesionales hacen seguimiento se encuentran

altura uterina, peso, frecuencia cardiaca fetal, tensión arterial; es de anotar que ningún profesional menciona la temperatura y que únicamente dos mencionan la medición de la talla, esto guarda coherencia con lo expresado por las gestantes. Obsérvese cómo la única indicación que siempre dan a las gestantes todos los profesionales es sobre la atención institucional del parto, la educación que menos se imparte es sobre sexualidad, es de anotar como sobre planificación familiar los profesionales reconocen que no siempre educan a la gestante. (Tabla 5).

Tabla 5. Frecuencia de educación.

Aspecto	Siempre	Algunas veces	Nunca
Planificación familiar	15 (75%)	4 (20%)	1 (5%)
Importancia de la atención institucional parto	20 (100%)	0	0
Sexualidad	11 (55%)	8 (40%)	1 (5%)

El 15% de los profesionales manifestó que considera regular el cumplimiento de las madres al programa. Un 10% de los encuestados manifestó que no cuenta con los recursos necesarios para el desarrollo del programa. El 10% de los profesionales manifestó que algunas veces brinda orientación a la gestante sobre proceso de gestación y parto, toma de micronutrientes y conductas de autocuidado, y el 40% manifestó que el interrogatorio que hace a la mamá lo enfoca sólo a aspectos relacionados con la condición actual en concordancia con lo que manifiestan los usuarios, el lenguaje que dicen los profesionales utilizar con los usuarios es entre común o ambos. El 80% de los encuestados manifiesta que realiza seguimiento a inasistentes al programa, y el 90% manifestó que indaga sobre las causas de esta inasistencia, entre las cuales se destacan: olvido, falta de dinero, pereza, desconocimiento del programa.

DISCUSIÓN

Zurro (7) plantea que en el proceso de integración entre la Atención Primaria en salud y la promoción y prevención se presenta como obstáculo la relación médico-paciente inadecuada; en el marco de este proyecto se habla de la relación profesional-usuario, error producido por relación deficiente entre ambos que puede deberse a la valoración de este aspecto por parte del profesional, a su desconocimiento de los factores psicológicos básicos de la relación o a la inseguridad y la angustia que surge ante la enfermedad del paciente o ante situaciones humanas extraprofesionales; en esta investigación se hizo evidente que las relaciones establecidas entre los profesionales y los usuarios en el programa de gestantes son en su mayoría excelentes y caracterizadas por empatía, y cordialidad por parte de los profesionales, es de

anotar que esta condición favorece el éxito de la aceptabilidad de cumplimiento de las acciones propuestas.

Como elemento de análisis el mal uso del interrogatorio se convierte en la posibilidad de generar un error o equivocación, que se expresa básicamente en la manera como el paciente valora de acuerdo con las preguntas que le formulan los profesionales el grado de interés mostrado por el profesional sobre su problema; el paciente lo califica como deficiente por su brevedad; por indiscreto, apreciación del paciente cuando las preguntas no tienen una relación clara con su problema; por inducir síntomas, sobre todo en pacientes muy sugestionables; por utilización de términos que el paciente no conoce, deficiencia productora de grandes dificultades de comunicación; este error causa serias dudas sobre la capacidad del profesional; el interrogatorio mal encausado expresa que el profesional no se ha preocupado por escrutar qué espera de él su paciente y a qué nivel lo espera, de igual manera puede demostrar desconocimiento en el desarrollo de la guía ya que es claro, de acuerdo a la Resolución 0412, que éste debe tener una secuencia lógica en el desarrollo de los programas. En este mismo sentido IOM (9) plantea que los errores pueden incluir problemas en la práctica o procedimiento lo cual requiere de la existencia de un modelo valorado como correcto para poder establecer el error que para este caso serían las normas técnicas; el presente trabajo identificó como errores y equivocaciones relacionados con este tema la utilización de términos desconocidos por parte del profesional, insuficiencia en las preguntas relacionadas sobre la condición de salud, la inseguridad mostrada por las enfermeras, y que el interrogatorio se centra sólo en lo relacionado con la condición actual.

Entre los errores y equivocaciones por el mal empleo del examen físico, en el presente trabajo se identificaron aspectos como: en las gestantes no se realizan toma de medidas como temperatura, talla y altura uterina; es de anotar que las fallas en este

aspecto son más significativas para el paciente. La causa más frecuente de error por deficiencias en el examen físico es la subvaloración que realizan los profesionales que se expresa en la insatisfacción del paciente, tal como se encontró en este estudio. Coherente con lo anterior Zurro (7) plantea que existen obstáculos en el proceso de ejecución de los programas de promoción y prevención, uno de ellos es la escasa valoración por parte de los profesionales del problema a prevenir, que en este caso sería la mala realización del examen físico, de igual manera existen factores que delimitan la viabilidad y pertinencia y justifican la eficacia y eficiencia de los programas de promoción y prevención dentro de los cuales están los relativos a la aplicación del programa, y en los programas de gestantes es parte integral el examen físico.

Este trabajo no identificó errores o equivocaciones relacionados con el mal uso de los exámenes complementarios, sin embargo tal como plantea González-Hermoso (9) dentro de las desviaciones más frecuentes se encuentran errores de diagnóstico o en los exámenes complementarios, originados por diversas causas como equivocación al mandar el examen adecuado o no actuar conforme al resultado, o no emplear exámenes, específicamente lo encontrado en este trabajo se centra en un error por omisión en cuanto a la no formulación de algunos exámenes paraclínicos acorde a la norma técnica.

Hensrud, D.D. (8) resalta cómo dentro de la prevención en atención sanitaria existen tres tipos de factores que se constituyen como barreras para la mayor frecuencia en la recomendación de intervenciones de prevención; la falta de retroalimentación se constituye en una de las barreras relacionadas con los profesionales, la cual fue evidente en esta investigación expresada en errores y equivocaciones por acción y omisión identificadas por los usuarios como la no explicación al paciente sobre la importancia de los exámenes complementarios, la insuficiencia en la información que se brinda al usuario sobre

el estado actual, no información sobre signos de alarma del embarazo, no informar sobre la importancia de asistir al programa de preparación para el parto, signos de parto y procedimiento a seguir en el momento del parto; las gestantes catalogan la información recibida en algunos casos como complicada, angustiante y contradictoria, además manifiestan que las explicaciones dadas para la toma de medicamentos en algunos casos es regular. En este sentido los mismos profesionales manifiestan que cometen errores por omisión expresados en no educación sobre la importancia de consumo de medicamentos, y sobre autocuidado. En este mismo sentido la Joint comisión (19) propone que el factor gestión de la información se convierte en parte fundamental para el análisis de cualquier riesgo en la atención sanitaria, es por esto que este factor debe ser retomado como parte fundamental del proceso de retroalimentación interna y oportunidad de mejora por parte de los profesionales que intervienen en la realización de acciones de promoción y prevención.

Los errores y equivocaciones por acción u omisión relacionados con el uso deficiente de las prescripciones, pueden ser analizados en dos perspectivas. La primera, desde el profesional, en la cual se identificaron elementos como: el no realizar seguimiento a inasistentes al programa, la no entrega del carné, situaciones que dificultan el seguimiento y éxito del programa. La segunda, tiene que ver con los errores o equivocaciones generados por los usuarios, entre éstas están: el no tomarse los medicamentos, no asistir a las actividades grupales o a los controles y no practicar las acciones de autocuidado. Lo anterior Zurro (7) lo define como la escasa valoración por parte de la población (para este caso las gestantes) sobre la importancia del problema a prevenir, lo cual sin lugar a dudas obliga al profesional a realizar un trabajo arduo en torno a la reeducación y al seguimiento de esta población. Este problema ha sido identificado también por Hensrud, D.D. (8) cuando plantea que existen tres tipos de factores identificados como barreras para la recomendación

de intervenciones de prevención, uno de ellos está relacionado con los pacientes y en este caso específico con el no seguimiento de indicaciones dadas por el profesional y automedicación con tratamientos caseros

. En el proceso investigativo se identificaron barreras relacionadas con el sistema sanitario como: la no entrega oportuna de medicamentos, el desorden en la programación de actividades de los programas, la falta de recursos para que el profesional ejecute las actividades de promoción y prevención, dificultad en la asignación de citas, y en el proceso de atención a la gestante se hizo evidente la no posibilidad de el uso de exámenes complementarios contemplados en la norma por no ser competencia del nivel donde se realizan los controles prenatales, este error fue identificado por Hensrud, D.D. (8) y Zurro (7) como una de las barreras en la recomendación de intervenciones de prevención y además como uno de los obstáculos para el proceso de integración entre Atención Primaria y promoción y prevención.

Finalmente y como elemento básico derivado del proceso investigativo, donde es evidente que se generan múltiples errores y equivocaciones no solo derivados del profesional, sino también del usuario, cabe retomar lo planteado por H. Vuori (7) quien en sus planteamientos resalta que la atención primaria analizada como nivel de asistencia debe procurar por el potenciamiento del autocuidado y la auto responsabilidad en el usuario, así como dar respuesta a las necesidades y situaciones de salud a las que se enfrentan las comunidades a través de actividades de diagnóstico y tratamiento, prevención y promoción de la salud en consulta, atención continua, seguimiento y educación.

CONCLUSIONES

Frente al mal uso de la relación médico-paciente, se encontró cómo según la evidencia dada tanto por usuarios como por profesionales, no hay errores y equivocaciones.

Existe en el estudio evidencia de que tanto usuarios como profesionales cometen errores y equivocaciones por omisión, entre éstos se resaltan: mal uso del carné del programa, educación escasa en temas clave acorde a la condición de salud, omisión de aspectos planteados en la norma; en cuanto a examen físico y exámenes de laboratorio, no toma de medicamentos e inasistencia a actividades programadas, no realización de actividades de autocuidado.

Como los principales errores y equivocaciones por acción identificados en el estudio, se resaltan deficiencia de información suministrada al usuario frente a tratamiento, toma de medicamentos y autocuidado, utilización de términos desconocidos en la consulta o control y énfasis en su condición actual únicamente, automedicación.

Como una categoría emergente del estudio aparecen los errores y equivocaciones por omisión en las instituciones, los cuales se manifiestan en no entrega oportuna de medicamentos, demora en la asignación de citas para especialistas, recursos para el desarrollo de los programas en mal estado, falta de articulación entre la norma y el nivel de atención en que se realizan los controles.

RECOMENDACIONES

En el proceso de atención en salud los profesionales deben tener en cuenta la calidad de la información suministrada, en virtud de las consecuencias que esta pueda generar en los usuarios; la información debe ser suficiente y estar

de acuerdo a su situación actual, para no generar en éstos reacciones de angustia e inseguridad que finalmente desencadenan el no seguimiento de las recomendaciones dadas; en cada uno de los contactos que el profesional tenga con los usuarios se debe insistir en la información clave que éstos requieren sobre su condición de salud, nada debe considerarse como obvio, ni repetitivo, ya que éstos manifiestan que la requieren.

Dado que muchos errores y equivocaciones de los identificados son generados en los usuarios, es importante reorientar los procesos de educación hacia éstos, donde ellos valoren el papel que tienen en el proceso y las consecuencias que se generan al no asumir la responsabilidad sobre su salud.

Es importante que a nivel institucional se estandaricen estrategias de seguimiento de los programas para gestantes no solo en el funcionamiento operativo del mismo, sino en el seguimiento de inasistentes a éstos; existen errores y equivocaciones de origen institucional que sin lugar a dudas afectan el desarrollo de los programas de promoción y prevención, sobre los cuales se recomienda generar acciones correctivas para intervenirlos y de esta manera garantizar el buen funcionamiento del programa.

Surge de este trabajo la necesidad de evidenciar a través de un proceso científico y riguroso los errores y equivocaciones que se están generando en otros programas y bajo la intervención de otros profesionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones. Madrid, España; 2005.
2. Martínez CM. Errores médicos en la práctica clínica, del paradigma biologicista al paradigma médico social. En: Revista Cubana de Salud Pública; 2006; V. 32 No. 1.
3. Donaldson L. Alianza mundial para la seguridad del paciente: desarrollo del programa 2005. Ginebra: OMS; 2004. Disponible en www.who.int/patientsafety (Accedido 22 de agosto de 2005).
4. Brennan TA, Leape LL, Laird N, Hebert M, Localio AR, Lawthers A, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard medical practice study I. *N Engl J Med*; 1991; 324: 370-376.
5. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (Eds.) Institute of Medicine. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington DC: National Academy Press; 2000.
6. Sarria S, Antonio. Promoción de la salud en la comunidad. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid; 2001; 64.
7. Zurro, AM y Cano P, JF. Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica. España: Editorial Mosby-Doyma Libros S.A.; 1996; p. 295-296.
8. Hensrud DD. Clinical preventive medicine in primary care: background and practice: Rationale and current preventive practices. *Mayo Clin Proc*; 2000; 75(2): 165-72.
9. González-Hermoso F. Errores médicos o desviaciones en la práctica asistencial diaria. *Revista de Cirugía Española*; 2001; Vol. 69, Número 6: 591-603.
10. Donaldson L. Alianza mundial para la seguridad del paciente: desarrollo del programa 2005. Ginebra: OMS; 2004. Disponible en www.who.int/patientsafety (Accedido 22 de agosto de 2005).
11. US Nuclear Regulatory Commission. Reporting safety concerns to the NRC. Washington, DC: US Nuclear Regulatory Commission; 1998.
12. Van der Schaff TW. Development of a near miss management system at a chemical process plant. En: Van der Schaff TW, Hale AR, Lucas DA, eds. *Near miss reporting as a safety tool*. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1991.
13. Robertson L. *Injury epidemiology, research and control strategies*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 1998.
14. National Research Council, Assembly of Engineering, Committee on Flight Airworthiness Certification Procedures. Improving aircraft safety: FAA certification of commercial passenger aircraft. Washington, DC: National Academy of Sciences; 1980.
15. Fiesta J. Incident reports-confidential or not? *Nurs Manage*; 1994; 25: 17-18.
16. Leape LL, Brennan T, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard medical Practice Study II, *N Engl J Med*; 1991; 324: 377-384.
17. Hebert PC, Levin AV, Robertson G. Bioethics for clinicians: disclosure of medical error. *CMAJ*; 2001; 164: 509-510.
18. Orentlicher D. Medical malpractice. Treating the causes instead of the symptoms. *Med Care*; 2000; 38(3): 247-9.
19. Bañeres J, Cavero E, López L, Orrego C, Suñol R. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Ministerio de Sanidad y Consumo. España. 2006.
20. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistemas de Registro y Notificación de incidentes y efectos adversos. Centro de Publicaciones. Madrid, España. 2006.
21. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS; 1978. Declaración de Alma-Ata. Disponible en: www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm (Accedido 25 de febrero de 2006).