

El error médico representa un desafío para los médicos residentes

Medical error represents a challenge for medical residents

Comentado de:

Møller JE, Kai LM, Skipper M, et al. *Qual Health Res.* 2025 Sep;35(10-11):1118-1130. DOI: 10.1177/10497323241286037. PMID: 39540634¹

Resumen estructurado

Objetivo

Indagar las percepciones de los médicos residentes sobre los errores y las maneras de gestionarlos.

Diseño y ámbito

Investigación cualitativa con enfoque constructivista, en la Universidad de Aarhus, Dinamarca.

Participantes y recolección de datos

Los investigadores realizaron entrevistas semi-estructuradas virtuales usando un muestreo intencional. Participaron residentes de todos los años de formación en grupos homogéneos según el año de residencia y heterogéneos en cuanto a especialidad. Uno de los entrevistadores tenía un vínculo académico previo con los participantes.

Análisis de los datos

Este estudio empleó el método de análisis reflexivo temático realizado por un grupo interdisciplinario. La codificación inicial fue individual, seguida de una comparación grupal. El informe final fue redactado por dos autores y revisado por el resto del equipo.

Resultados principales

De los 120 profesionales invitados, aceptaron participar 22, de once especialidades. El 77% eran mujeres, 45% estaba realizando el primer año de residencia y el 77% pertenecía a una especialidad clínica. Fueron identificados tres temas clave:

- 1) **Conceptualización de los errores.** Su definición varía según la situación en la que ocurren. Si el paciente había sufrido algún daño era considerado "error", de lo contrario eran catalogados como "imperfecciones" o "irregularidades". La *responsabilidad con respecto al error* podía ser individual (del médico) o sistémica debido a las condiciones de trabajo, según el caso.
- 2) **Hablar sobre el error.** Los participantes expresaron que había un discurso de "normalizar el error", sobre todo en los médicos con mayor experiencia, manifestado en expresiones como "errar es humano". Sin embargo, no manifestaron experiencias de errores concretos, lo que volvía a este apoyo algo superficial. Asimismo, existe una cultura de perfección médica. Fueron identifi-

cados diferentes patrones de respuesta de los médicos más experimentados ante el error de los residentes (ver **tabla 1**).

- 3) **Contextos en los que se habla del error.** Los contextos formales (p. ej., reuniones, conferencias, correos electrónicos) permiten un espacio académico para aprender sobre el error siempre que se mantenga en el anonimato al autor, si bien muchas veces la discusión en estos contextos toma un aspecto acusatorio. Los contextos informales (p. ej., almuerzos, pasillos) permiten conversaciones entre colegas con el mismo grado de experiencia. Al reunirse menos personas, se genera un espacio más seguro que permite ofrecer apoyo genuino y aprender del error. Por otro lado, la falta de discusión de los errores en espacios formales facilita que "corran rumores" sobre estos en espacios informales.

Tabla 1. Patrones de respuesta de los médicos experimentados a los médicos residentes ante la ocurrencia de errores.

Patrón de respuesta	Descripción
Repreensión/reto	Tono recriminatorio, marcando la responsabilidad sobre el individuo e incluso gritándole a la persona que cometió el error.
Retroalimentación inapropiada	Devolución que no toma en cuenta el contexto en el que se cometió el error o no se relaciona con sus causas reales.
Apoyo superficial	Ofrece apoyo sin una exploración genuina de lo ocurrido o de los sentimientos del residente. "No te preocupes por eso" "Hiciste todo lo que pudiste"
Apoyo y retroalimentación genuina	El colega se interesa de manera genuina en la situación, los detalles y las emociones del médico residente. Esta actitud permite aprender del error.

Conclusiones

Los médicos residentes experimentan los errores en la práctica clínica como elementos desafiantes en su vida laboral. Presentan dificultades para definir qué constituye un error, y su percepción depende



de la gravedad de las consecuencias negativas para los pacientes. Se enfrentan a una variedad de formas en que los errores son manejados en los distintos departamentos. Describen inconsistencias respecto a las intenciones detrás de las discusiones sobre errores en el entorno de aprendizaje, siendo algunas de estas discusiones percibidas como constructivas. Además, hay una discrepancia entre

la normalización del error y la falta de intercambio entre colegas

Fuente de financiamiento / Conflicto de interés de los autores: este estudio fue financiado por la Región de Dinamarca Central. Sus autores reportan no tener conflictos de interés.

Comentario

Según la Organización Mundial de la Salud, uno de cada diez pacientes sufre algún daño durante la atención sanitaria, y más de 3 millones de personas mueren anualmente como consecuencia de ello. En países de ingresos medios y bajos, esta cifra asciende a cuatro de cada 100 personas, siendo prevenibles más de la mitad de los casos².

Si bien el impacto en pacientes y familias es evidente, también existe un fuerte efecto emocional en los profesionales de la salud. A partir de esta realidad surgió el término “segunda víctima”, para describir el impacto emocional de los errores médicos en quienes los cometen, como sentimientos de angustia y culpa³. Una estrategia fundamental para afrontar esta situación es la posibilidad de compartir estas experiencias con colegas¹.

Esta investigación¹ aborda un problema frecuente en el ámbito sanitario, donde aún persiste una importante brecha de conocimiento. Los datos analizados indican que los residentes perciben los errores como experiencias desafiantes, y con frecuencia, con dificultades para definirlos como tales. Sus percepciones están influenciadas por las consecuencias para los pacientes. Además, señalan diferencias entre departamentos en el modo de manejar estas situaciones, discusiones que pueden ser constructivas pero inconsistentes, y una tensión entre la normalización del error y la falta de intercambio entre colegas.

A nivel metodológico, el estudio presenta fortalezas y debilidades. La muestra fue intencional, seleccionando participantes con características similares. Si bien los autores procuraron abarcar distintas especialidades, la mayoría de los participantes aún no había comenzado formalmente su formación específica, lo que podría limitar la profundidad de sus reflexiones. El uso de grupos focales permite comparar experiencias y enriquecer perspectivas, aunque puede inhibir la expresión de opiniones divergentes, en especial si el entorno no es percibido como seguro. Además, el formato virtual del encuentro puede afectar la espontaneidad y naturalidad de las interacciones⁴. El análisis de los datos incluyó triangulación de investigadores, lo que incrementa la fiabilidad interevaluador al reducir la influencia de interpretaciones individuales. Por otra parte, los autores pusieron en práctica su reflexividad al adoptar una mirada crítica sobre su propio rol en la investigación⁴.

Conclusiones de los comentadores

El estudio presenta conclusiones válidas que enriquecen la comprensión acerca de cómo los médicos en formación vivencian y gestionan el error médico. Al mismo tiempo, los resultados abren la posibilidad de futuras investigaciones centradas en la experiencia de médicos con mayor trayectoria y en las estrategias pedagógicas que permitan enseñar a partir del error, con el fin de fortalecer la formación en los sistemas de residencia médica.

Publicado el 13/09/2025

Agustina Cotic

[Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires.
agustina.cotic@hospitalitaliano.org.ar <https://orcid.org/0009-0007-9794-4428>]

José Ignacio Gimutky

[Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires.
ignacio.gimutky@hospitalitaliano.org.ar <https://orcid.org/0009-0003-5916-1079>]

Cotic AB, Gimutky JI. El error médico representa un desafío para los médicos residentes. Evid Actual Pract Ambul. 2025;28(3):e007174. Available from: <https://doi.org/10.51987/evidencia.v28i3.7174>. Comentado de: Møller JE, Kai LM, Skipper M, et al. How Doctors Talk About Medical Errors: A Qualitative Study of Junior Doctors' Experiences. Qual Health Res. 2025;35(10-11):1118-30. doi: 10.1177/10497323241286037 PMID: 39540634



Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional
(CC BY-NC-SA 4.0)

Declaración de uso de inteligencia artificial

No fueron utilizadas herramientas de IA para la redacción de este artículo.

Fuentes de financiamiento / Conflicto de interés de los autores

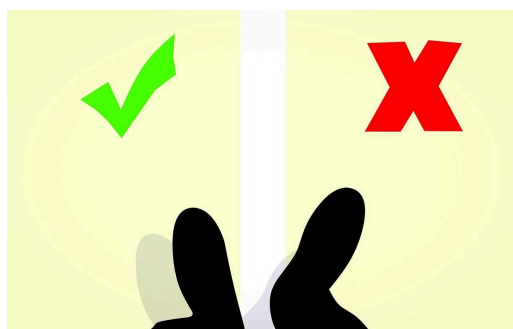
Este artículo no contó con fuentes de financiamiento específicas. Los autores declararon no poseer conflictos de interés.

Declaración de revisión editorial

Artículo no evaluado por pares externos. Por sus características, este artículo fue evaluado por el Comité Editorial de Evidencia.

Referencias

1. Møller JE, Kai LM, Skipper M, et al. How Doctors Talk About Medical Errors: A Qualitative Study of Junior Doctors' Experiences. *Qual Health Res.* 2025;35(10-11):1118-1130. <https://doi.org/10.1177/10497323241286037> PMID: [39540634](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39540634/)
2. World Health Organization. Seguridad del Paciente [Internet]. Ginebra: OPS; 2023 Sep 11 [cited 2025 Sept 12]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
3. Sachs CJ, Wheaton N. Second Victim Syndrome. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jun 20. [cited 2025 Sept 12]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572094/> PMID: [34283460](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34283460/)
4. Greenhalgh, Trisha. Cómo Leer Un Artículo Científico: Las Bases de la Medicina Basada En La Evidencia. [Internet]. 5a ed. Barcelona: Elsevier; 2016 [cited 2025 Sept 12]. Available from: <https://hospitalitaliano.idm.oclc.org/login?url=https://www.clinicalkey.es/dura/browse/bookChapter/3-s2.0-C20150000302>



[Imagen de portada](#) por [Mohamed hassan](#). De uso gratuito bajo la Licencia de contenido de [Pixabay](#).

