

Artículo original de Investigación

## La cultura de seguridad del paciente como estrategia para evitar errores médicos

### The patients security culture as a strategy to avoid medical errors

María José Gavilanes LI\*; Karina Aucatoma \*\*; Felipe Moreno Piedrahita\*\*\*; Alexis Rivas \*\*\*\*

\*Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato - Ecuador  
ORCID 0000-0002-5293-3131

\*\*Pontificia Universidad Católica del Ecuador Quito- Ecuador  
ORCID 0000-0002-3707-1457

\*\*\*Clínica de Medicina Familiar Vozandes “La Y”,  
Pontificia Universidad Católica del Ecuador Quito- Ecuador  
ORCID 0000-0003-0875-7350

\*\*\*\*Naturaleza, Cultura, Salud, Sostenibilidad,  
Pontificia Universidad Católica del Ecuador Quito- Ecuador  
ORCID 0000- 0001 - 9299 - 8338

mgavilanes@pucesa.edu.ec

#### Resumen.

**Introducción:** La cultura de seguridad está vinculada con las actitudes que asume el personal sanitario, para evitar cualquier daño en la atención del paciente; abarca el conocimiento de prácticas seguras y el manejo adecuado de normas que promueven el correcto cuidado en la salud; asegurando un clima organizacional favorable en la atención del paciente.

**Objetivo:** Identificar la percepción de los médicos sobre el tema de la cultura de seguridad, mediante el análisis de conocimientos, actitudes y prácticas durante su formación, que podrían afectar la seguridad del paciente y su relación con la generación de errores médicos.

**Materiales y Métodos:** Estudio cualitativo de diseño etnográfico. Se aplicó entrevistas semiestructuradas a 30 estudiantes de postgrado de las especialidades de Emergencia, Pediatría y Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (Quito); además se realizó 3 grupos focales mixtos de las mismas especialidades con 6 a 8 participantes, hasta lograr la saturación de la información. Se abordó, con la entrevista, las principales dimensiones de la cultura de seguridad.

**Resultados:** El 70% de los entrevistados fueron hombres, la media de edad fue de 28,16. De los principales testimonios obtenidos, se determinó que los posgradistas de medicina familiar poseen el menor conocimiento sobre error médico. A su vez, manifestarían una falta de capacitaciones sobre el tema en su formación. Adicionalmente el 90 % de los posgradistas entrevistados, confundieron la bioseguridad con el error médico.

**Conclusiones:** La cultura de seguridad constituye un grupo amplio de actitudes, conocimientos y lineamientos en la práctica médica, encaminados a brindar bienestar a los pacientes. Este conocimiento se debe ampliar con la educación y formación pertinente, desde los inicios de la formación médica.

**Palabras clave:** Neoplasias del cuello uterino, Factores de riesgo, Infecciones por Papillomavirus

#### Abstract.

**Palabras clave:** Seguridad del paciente, Errores médicos, Atención al paciente.

#### Abstract

**Introduction:** The safety culture is linked to the attitudes assumed by health personnel, to avoid any harm in patient care. It encompasses the knowledge of safe practices and the proper handling of regulations that promote proper health care, ensuring a favorable organizational climate in patient care.

**Objective:** Identify the perception of doctors about safety culture, by analyzing the knowledge, attitudes, and practices, during their training that could be affecting patient safety and inducing the generation of medical errors.

**Materials and Methods:** Qualitative ethnographic study design. Semi-structured interviews were applied to 30 graduate students of the Emergency, Pediatrics, and Family Medicine specialties of the Pontificia Universidad Católica del Ecuador (Quito). In addition, 3 mixed focus groups of 6 to 8 participants of the same specialties were formed, until information saturation was reached. The main dimensions of the safety culture were addressed with the interview.

**Results:** 70% of the interviewees were men, the mean age was 28.16. From the testimonies, it was determined that the family medicine postgraduates had the least knowledge about medical error. Considering that there is a lack of training on the topic, during their professional formation. Additionally, 90% of the interviewed postgraduates confused biosafety with medical error.

**Conclusions:** Safety culture constitutes a broad group of attitudes, knowledge, and guidelines in medical practice, aiming at the well-being of patients. This knowledge must be expanded through education and proper training, since the beginning of any health career.

**Keywords:** patient safety, medical errors, patient care.

Recibido: 21-04-2021

Revisado: 17-06-2021

Aceptado: 24-06-2021

### **Introducción.**

La definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona la seguridad del paciente como la reducción de riesgos que puedan ocasionar daños innecesarios en la atención médica, llevándolo a un mínimo aceptable. Es decir, haciendo uso de los recursos disponibles, cuidados necesarios, conocimiento adecuado y evaluando el tratamiento frente al no tratamiento; con el fin de brindar la mejor atención al paciente (1) (27)

.Garantizar la seguridad de la atención médico – paciente, debe ser considerado una prioridad tanto por las organizaciones y los profesionales de la salud; disminuyendo el riesgo de errores o incidentes mediante la ejecución de buenas prácticas médicas ( 15).

Las instituciones como el personal sanitario deben brindar una atención que evalúe el riesgo de acciones inseguras en la práctica diaria, para lograr este objetivo a más de la implementación de las normas de seguridad estipuladas por los estamentos gubernamentales o institucionales, es necesario establecer una cultura de seguridad que se contemple como la primera buena práctica en el ejercicio de la medicina (26).

Según la Agencia de Investigación y Calidad del Servicio (AHRQ) de EEUU, en la publicación de su informe en el año 2004, menciona que la creación de una cultura de seguridad resta de ser punitivo; al evitar encontrar culpables para generar un castigo. Pasa a adquirir un carácter educativo, que mejora el ambiente de trabajo y promueve un aprendizaje continuo basado en la retroalimentación positiva. (1)

Mientras tanto, la organización estadounidense National Quality Forum (NQF), publicó un

informe en el año 2003 sobre asociación de “prácticas seguras”. En donde se evidencia que la aplicación de las mismas, logra una disminución efectiva de eventos adversos; existiendo una alta posibilidad de generalización en todos los hospitales. En el informe publicado por la misma organización en el año 2010, señala que la cultura de seguridad del paciente fortalece la atención en las instituciones. En donde también se describió que la cultura de seguridad, permite la elaboración de intervenciones oportunas; beneficiando la salud del paciente (1).

Dado estas observaciones y afirmaciones expuestas, la medición o análisis de la cultura de seguridad tiene como objetivo principal cuantificar tanto las debilidades y las fortalezas, para implementar las intervenciones de mejoras relacionadas con conocimientos, actitudes y prácticas; así como los efectos adversos reportados. (26)

A pesar de que existe poca información sobre este tema, se ha relacionado la falta de cultura de seguridad con el incremento de reportes de errores médicos y eventos adversos (26). En otros sectores tales como la aviación y la industria; se ha demostrado que la mejora de estrategias relacionadas con la cultura de seguridad, permiten disminuir el riesgo de accidentes (26).

El estado o agencias gubernamentales brindan un marco legal para este tema en la atención brindada al paciente, pero es importante que exista una educación previa apropiada, adecuada y pertinente para todos los que hacen parte de salud; con creando una cultura positiva basada en los conocimientos, actitudes y prácticas. (10)

El desarrollo organizacional sanitario vinculado con la creación de una adecuada cultura de seguridad promueve el aprendizaje continuo, la

innovación de procesos, el trabajo en equipo; enfocado a mejorar la productividad, clima laboral, competitividad profesional y por ende la fomentación de una atención segura. (2)

En términos generales, una cultura de prevención exitosa está generada por un sistema de reporte adecuado, identificación correcta de la causa que origina el problema; promoviendo el no castigar el error sino en corregirlo y buscar sus causales y soluciones, de este modo permitiendo mejorar la calidad en la atención prestada al paciente. (3)

Además, la fomentación de una cultura positiva nos ayuda a conocer la relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas en la atención del paciente, siendo un requisito primordial mejorar la calidad mediante la disminución de eventos adversos y generar un aprendizaje proactivo; como consecuencia se generará comportamientos que optimizaran el proceso de salud/ enfermedad, evitando nuevos eventos adversos (4).

Por ello, el objetivo de esta investigación es analizar la relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas y la cultura de seguridad en la atención del paciente en los médicos residentes de posgrado

### **Materiales y Métodos**

#### **Diseño de investigación**

Investigación cualitativa, con diseño etnográfico. Aplicando entrevistas semiestructuradas en el periodo de enero a marzo del año 2017; a los residentes del postgrado de áreas clínicas de Medicina Familiar, Pediatría y Emergencia de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

#### **Universo – selección de informantes**

Se seleccionó una muestra representativa de los estudiantes de los mencionados posgrados, con el fin de evaluar conocimientos, actitudes y prácticas sobre la cultura de seguridad.

Se incluyó médicos residentes matriculados en el segundo año de posgrados de Medicina Familiar, Pediatría y Emergencia, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en el periodo 2017; involucrados en el tema de la cultura de seguridad en las distintas casas de salud. No se seleccionó estudiantes de los últimos años, debido a la escasa disponibilidad del tiempo. De igual manera, no se incluyó estudiantes de las áreas quirúrgicas debido a que las normativas de cultura de seguridad de dicha área, no fueron analizadas en la presente investigación.

Se excluyeron del estudio a los participantes que se hayan retirado del programa de rotaciones;

debido a motivos personales o patologías psiquiátricas en la esfera psicótica.

Técnicas e instrumentos para la recolección de la información

Se realizó entrevistas semiestructuradas individuales, previo a la firma del consentimiento informado; permitiendo obtener un registro de datos en forma de audio, el tiempo promedio de duración de cada entrevista fue de 20 a 45 minutos. De igual manera se creó grupos focales, con el fin de obtener datos relevantes.

Para la elaboración del cuestionario se utilizó como modelo de referencia, el cuestionario validado APSQ III (Attitudes to Patient Safety Questionnaire); el cual está compuesto de 26 ítems divididos en 9 dimensiones, que analizan los conocimientos, creencias y actitudes (5); Esta herramienta fue de ayuda por su fácil comprensión y las dimensiones medidas se acercan a los intereses de este estudio.

En la entrevista se incorporaron preguntas relacionadas a fármacos, abarcando temas sobre buena y mala prescripción; narrados desde una perspectiva vivencial. Adicional se indago sobre las redes de apoyo y acerca de los aspectos legales de la práctica profesional; que pueden relacionarse con la seguridad de los pacientes. Mediante la entrevista se pretendió obtener la percepción de los médicos posgradistas sobre los temas propuestos, mediante un acercamiento directo con el participante.

#### **Categorización de variables**

El análisis de variables se realizó por operacionalización: cultura de seguridad, errores médicos, redes de apoyo, errores en la prescripción de fármacos.

#### **Análisis**

La entrevista semiestructurada utilizada para esta investigación fue diseñada y ejecutada por los autores, la cual se aplicó a los médicos posgradistas de Pediatría, Emergencia y Medicina Familiar. Se recabó información tanto en la entrevista como en el grupo focal, por medio de las grabaciones de audio; las cuales fueron transcritas. Además, se diseñó una codificación para cada participante, tanto para la fase de la entrevista como para el grupo focal; manteniendo en todo momento la confidencialidad del participante. Finalmente se realizó el análisis narrativo del contenido y se agrupó las preguntas en nueve categorías, las cuales fueron:

**Tabla N: 1.**

**Matriz de investigación cualitativa**

VARIABLES	TESTIMONIOS
Formación y educación	Testimonios que muestran la educación que han recibido en el pregrado, postgrado, como talleres o capacitaciones dentro de las organizaciones de salud o formación universitaria.(17)
Cultura de Seguridad	Testimonios relacionados a los conocimientos sobre la cultura de seguridad, parámetros y puntos que mejoran la cultura de seguridad (19)
Error médico	Testimonios sobre los diferentes errores médicos, los errores más comunes encontrados en la práctica clínica.(21)
Causas del error médico	Testimonios sobre las causas del error, factores que mejoran o predisponen al error clínico. (16)
Redes de apoyo	Se colocó todos los testimonios que guardan relación con el apoyo recibido por tratantes, compañeros, médicos con mayor experiencia, familia, amigos, las instituciones sanitarias.(16)
Actos de la Prescripción de Fármacos	Testimonios relacionados al acto de prescripción de fármacos, causas de inadecuada prescripción o factores que

	intervienen en el acto de prescripción. (18)
Casos; los cuales se dividieron en casos relacionados al error médico y a actos de prescripción de fármacos	Testimonios en donde se narran casos vivenciales, relacionados con el error médico (evento adverso, errores evitables, falta de identificación del paciente y diagnóstico equivocado) y los errores relacionados a la prescripción de fármacos (prescripción, administración, preparación, uso racional de antibióticos, reporte de efectos adversos relacionados a la prescripción de fármacos).(21)
Prácticas sobre cultura de seguridad	Testimonios sobre las prácticas que mejoran la cultura de seguridad (reporte, experticia, seguimiento de normas, comunicación con el paciente, comunicación con el equipo médico, preparación profesional, asumir responsabilidades, satisfacer las dudas) y las que afectan la cultura de seguridad (factores institucionales, no seguir normas o protocolos, miedo y desconocimiento). (19)
Aspectos legales asociados a la cultura de seguridad	Testimonios relacionados al respaldo legal de manera institucional, seguros de responsabilidad profesional, códigos y leyes, sanciones, demandas, medicina defensiva, sistema punitivo frente al error, aspectos legales de los

Elaborado por: Gavilanes MJ.

## Resultados

### Formación y educación

La formación tanto del pregrado como del postgrado muestra una deficiente enseñanza de cultura de seguridad. Evidenciando que la mayor parte de educación recibida se ha impartido en el postgrado, específicamente en las instituciones hospitalarias, durante la práctica médica. En donde el aprendizaje se basa en prácticas de bioseguridad como manejo de desechos, lavado de manos, manejo de corto punzantes etc. y poco en cultura de seguridad. Varios de los posgradistas reconocieron la importancia de este tema no solo en su formación actual, sino desde los inicios de la práctica médica.

### Cultura de Seguridad

El conocimiento sobre cultura de seguridad en los estudiantes de postgrado es escaso, lo relacionan en su mayoría con medidas de bioseguridad y el uso de protocolos institucionales. Esto hace que los conceptos se confundan y los asocien como una misma entidad.

### Error médico

El error médico en los estudiantes de postgrado está relacionado con falta de conocimiento, entrenamiento o capacitación en su práctica diaria. No se descarta la probabilidad que en ausencia de los factores antes mencionados un error se dé solo por el hecho de ser seres humanos, hasta el médico más experimentado puede equivocarse. La gran demanda de paciente es otro factor que se asocia con la probabilidad de error. Una consulta médica óptima exige tiempo y concentración por parte del profesional de la salud; en la práctica real los tiempos de consulta o atención son contabilizados, lo que hace que el médico pueda tomar decisiones apresuradas o con poco razonamiento.

### Causas del error médico

Los errores médicos pueden deberse a la falta de conocimiento, actualización y capacitación continua por el personal médico. El cansancio y sobrecarga de trabajo son factores relevantes, que afectan la capacidad de juicio y raciocinio. El exceso de pacientes y falta de tiempo en la consulta médica impide satisfacer las necesidades

del individuo; ocasionando consultas frecuentes, originando un aumento del gasto para el estado y para el usuario. Los posgradistas mencionan que la falta de motivación personal es otro factor que genera errores médicos.

### Redes de apoyo

Los participantes indican que las redes de apoyo son un pilar en el desarrollo de la cultura de seguridad del paciente. En donde la comunicación con médicos de mayor jerarquía o compañeros de años superiores es primordial para evitar errores médicos. De igual manera, el apoyo familiar es de gran relevancia, creando un ambiente de desahogo y acompañamiento (6).

Sin embargo, es importante recalcar que las autoridades institucionales no fueron consideradas como parte de las redes de apoyo; pudiendo asociarse al miedo al castigo o sensación de falta de apoyo por parte de estas.

### Actos de la prescripción de fármacos

La mayor parte de posgradistas reconocen tener conocimientos sobre los fármacos que manejan habitualmente, en sus lugares de trabajo. La farmacocinética, farmacodinamia y la farmacovigilancia, les da las herramientas necesarias para conocer los medicamentos. A pesar de poseer dicho conocimiento, el profesional desconoce los pasos a seguir o formularios a llenar; en el caso que el medicamento produzca efectos adversos.

### Casos de error médico

Los relatos de los participantes se realizaron en segunda y tercera persona; demostrando que hablar de un error propio todavía genera recelo y algo de incomodidad. Las experiencias más narradas, se enfocaron en errores evitables tales como olvido de material corto punzante; pudiendo generar un daño físico u omisión de algún paso importante en un procedimiento. Los entrevistados concluyen que esto se puede mejorar siguiendo guías o estandarizando procesos.

Otros testimonios hablan sobre la importancia de la correcta identificación de los pacientes, sus muestras y su entorno. Por último, otro de los errores más comentados fue el diagnóstico equivocado, que puede llevar a un mal tratamiento y retraso en la terapéutica adecuada.

### **Prácticas sobre cultura de seguridad**

Las prácticas de la cultura de seguridad son acciones que se realizan por parte de los profesionales de salud, los mismos que pueden mejorar o afectar esta práctica (7). Algunos de los testimonios afirman que el reportar los efectos adversos o los errores ocurridos a alguien superior, promueve una práctica segura y con ello se genera cuidado hacia el paciente. Asimismo, indican que el mejoramiento y actualización continua, permiten adquirir nuevas destrezas y conocimientos disminuyendo los errores.

Aspectos legales asociados a la cultura de seguridad

Los aspectos legales de la práctica profesional son un tema de preocupación entre el personal sanitario, debido a que involucra demandas, litigios y protección con seguros de responsabilidad profesional (8).

La mayoría de los testimonios indican que el médico en la actualidad intenta protegerse de dichas demandas, aplicando la llamada medicina defensiva. Es decir, utilizando excesivamente las pruebas diagnósticas, las referencias a otros profesionales y descuidando aspectos fundamentales del quehacer médico; como es la relación médico paciente. El hecho que las leyes sean rigurosas, permite que el profesional de la salud sea más cauteloso para evitar errores. Consideran además que el error médico no ocurre como causa de un solo factor; por lo tanto, los aspectos legales no solo deberían enfocarse en el profesional sanitario, sino en las organizaciones y el sistema de salud.

### **Discusion**

El 70% de los entrevistados fueron hombres, la media de edad fue de 28,16 años. De los principales testimonios obtenidos, se determinó que los posgradistas de medicina familiar poseían el menor conocimiento sobre error médico; a su vez, consideraban que existe una falta de capacitaciones sobre el tema durante su formación. Adicionalmente el 90 % de participantes entrevistados, confundieron la bioseguridad con el error médico.

Tanto las instituciones como el personal sanitario

deben brindar una atención que evalúe el riesgo de acciones inseguras en la práctica diaria; para lograr este objetivo, la implementación de las normas de seguridad estipuladas por los estamentos gubernamentales o institucionales no son suficiente. De hecho, resulta ineludible establecer una cultura de seguridad que se contemple como la primera buena práctica, en el ejercicio de la medicina.

Según la Agencia de Investigación y Calidad del Servicio (AHRQ) de EEUU en la publicación de su informe en el año 2004 menciona que la creación de una cultura de seguridad resta de ser punitivo (20); al evitar encontrar culpables para generar un castigo, y pasa a adquirir un carácter educativo que mejora el ambiente de trabajo y promueve un aprendizaje continuo basado en la retroalimentación positiva (11).

La cultura de seguridad genera prácticas que evitan daños innecesarios en los pacientes, que promueven un ambiente seguro para todos los que se encuentran involucrados en el sistema sanitario; por tanto, su conocimiento y aplicación permite el mejoramiento del ejercicio de la medicina (12).

El beneficio de implementar esta cultura de seguridad positiva se resume en los siguientes puntos: disminuir la gravedad de los incidentes relacionados con la seguridad, reducir la recurrencia de estos con notificaciones y generar un aprendizaje positivo.

De igual manera, es necesario implementar estrategias que ayude a prevenir errores, logrando disminuir los posibles daños; tanto físicos como psicológicos, permitiendo una comunicación abierta ante la presencia de un evento adverso (13).

En términos generales el concepto de error médico no se define con claridad por la mayoría de entrevistados. Los individuos, en casi todos los testimonios, en lugar de exteriorizar una definición específica, relacionan la cultura de seguridad con la falta de conocimiento, actualización y capacitación.

En el presente estudio, los participantes consideran que las principales causas de error

médico, son el desconocimiento y la falta de adquisición de destrezas. Los posgradistas expresaron conocer la mayoría de los fármacos utilizados en la práctica diaria, pues mencionan la buena capacitación que reciben en cada especialización; haciendo que se sientan seguros durante la prescripción y manejo de casos.

El hablar de error médico causa intranquilidad, pudiendo deberse a las implicaciones legales y a los resultados desfavorables o fatales que esto conlleva. Cabe recalcar que es indispensable evaluar los riesgos que afectan la seguridad del paciente, generando resultados que permitan mejorar la gestión de recursos. Implementando una evaluación eficaz y un cambio de conducta en base al conocimiento, para mejorar la seguridad del paciente en todo ámbito. (9)

Las diferentes estrategias a tomar, recomendadas en esta investigación se centra en cada una de las variables analizadas, a continuación:

#### **Formación y educación**

- Para mejorar el conocimiento sobre este tema es indispensable que existan enseñanzas en la formación en el pregrado, para que en el momento que el estudiante tenga su primer acercamiento con el paciente pueda poner en práctica todo el conjunto de conocimientos sobre la seguridad.
- Es importante que este tema se promueva en las prácticas clínicas, el aprendizaje específico de un tema de cultura de seguridad; reforzando la información con la retroalimentación recibida por parte de los médicos tratantes.
- Se sugiere mantener una comunicación efectiva entre médicos posgradistas y tutores médicos, con el fin de crear un entorno de confianza, con el fin de superar las debilidades existentes en los estudiantes.

#### **Cultura de seguridad**

- Se recomienda que en los lugares de formación médica se diferencie entre bioseguridad y cultura de seguridad, con el fin de ampliar más los conocimientos en ambos aspectos y poder aplicarlos.
- Promover la enseñanza de cultura de seguridad en toda su extensión.

#### **Error médico**

- Concientizar que el errar es de humanos y que hasta el médico más experimentado puede llegar a equivocarse. Con el fin de erradicar el temor al reporte de errores, comprendiendo que esto es esencial para la retroalimentación y formación del médico.
- Se debe promover la comunicación efectiva, evitando los castigos o la medicina punitiva en el caso de un error médico.
- Profundizar en los conceptos y causas de error médico, ayudando detectar a los estudiantes cualquier adversidad con mayor rapidez.

#### **Causas del error médico**

- Considerar en la formación del postgrado la disminución de la carga horaria, con el fin de tener estudiantes más lúcidos y competentes al momento de tomar decisiones.
- El insuficiente tiempo de la consulta médica debe ser utilizado para satisfacer las necesidades del paciente; aunque resulte complicado debido a la normativa del Sistema Nacional de Salud.
- Continuar con el estudio de los factores asociados con la ocurrencia de errores médicos, pues esto llama a la concientización y la actualización permanente. De igual manera es esencial realizar evaluaciones a los tutores de los diversos programas de posgrados y de esto modo medir sus conocimientos acerca de la cultura de seguridad.
- Incentivar la formación de líderes interesados en la promoción de seguridad del paciente, el estudio de culturas y su difusión.
- Concientizar que la actualización médica y autoeducación es responsabilidad de cada estudiante.

#### **Actos de la prescripción de fármacos**

- Protocolizar a nivel educativo un sistema de reporte de efectos adversos y error médico, con la finalidad de obtener retroalimentación y educación permanente. A su vez, esto ayudaría al enriquecimiento de datos sobre farmacovigilancia de cada institución.
- Continuar con el uso de aplicaciones médicas probadas y otras ayudas tecnológicas para la toma

de decisiones clínicas, sustentadas en información fiable y de calidad; pues esto ayuda a disminuir la probabilidad de generar un error por el desconocimiento de fármacos.

- Promover el trabajo en equipo, pues en medicina el apoyo brinda seguridad y confianza.

#### **Redes de apoyo**

- Es importante desarrollar proyectos de investigación, sobre la importancia de las redes de apoyo tanto para el paciente, como para los médicos; debido que existe escasa información sobre este tema.
- La familia sigue siendo el ente social más importante en la red de apoyo de un médico, se recomienda continuar con el dialogo, unión y armonía.

#### **Casos sobre errores médicos**

- Una vez más se recomienda que el médico sea formado sin miedo a reconocer sus equivocaciones y aceptar que estos pueden ser corregidos para bien del paciente.

Casos sobre errores en la prescripción de fármacos

- Es esencial el estudio y seguimiento de pacientes que presentaron algún efecto adverso provocado por un fármaco, ayudando a fomentar mayores prácticas de seguridad en la prescripción de los mismos.

#### **Prácticas sobre la cultura de seguridad**

- Promover la comunicación efectiva entre médico- paciente y entre médicos, con el fin de asumir responsabilidades y compromiso.
- Incentivar a la realización de estudios sobre cultura de seguridad, lo cual ayudará a formar médicos con mayor visión socio- cultural.

- La difusión de resultado de las diversas investigaciones es esencial, con el fin de actualizar sobre los nuevos hallazgos y acciones de mejora a los profesionales de la salud; para lograr mejorar la cultura de seguridad.

- Para futuras investigaciones se debe tomar en cuentas ciertos aspectos mencionados por los participantes, tales como: evitar preguntas largas en los cuestionarios y crear un ambiente de confianza al momento de la entrevista.

Aspectos legales asociados a la cultura de seguridad

- Es de beneficio conocer las leyes de salud propias del país, pues el médico debe estar informado sobre las posibles sanciones que puede tener al cometer un error médico. De este modo, promoviendo el estudio de la cultura de seguridad se esperaría menos errores médicos.

#### **Conclusiones**

Los entrevistados mencionan la falta de una asignatura dentro de la malla curricular en el pregrado, en donde se imparta conocimientos acerca de la cultura de seguridad del paciente. Indicando que lo más cercano que aprendieron sobre este tema, fue normas de bioseguridad, durante las prácticas hospitalarias.

Existe mucha confusión entre bioseguridad y definición de cultura de seguridad, la mayoría de los relatos define los parámetros de bioseguridad. Únicamente un participante del postgrado de Medicina Familiar comenta sobre este tema, enfatizando el cuidado del paciente para evitar caídas, el reporte de efectos adversos, el error médico como parámetros de la cultura de seguridad.

Existe miedo en reportar los efectos adversos de los fármacos, al igual que desconocimiento del proceso. La mayoría de los entrevistados nunca han hecho un reporte, a pesar de haber observado reacciones alérgicas o eventos adversos asociados a los fármacos.

#### **Conflicto de interés:**

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

#### **Referencias bibliográficas**

1. Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Patient Safety Network - Safety Culture. USA; 2017.
2. Albuja-Baca PF, Cuando el médico es el paciente. (When the doctor is the patient). Acta méd. peruana 2015; 32 (3): 164-168.
3. Betancourt J, Cepero R. Factores que pueden afectar la seguridad del paciente AMC. 2011; 15(6):936-945. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552011000600002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000600002&lng=es).

4. Arrea C. ¿Trabajamos en equipo los médicos? ¿Una realidad o solo palabras? *Acta méd.* 2012; 54(3): 134-136. Available from: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022012000300001&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022012000300001&lng=en).
5. Lamponi Tappatá L. Adaptación y Aplicación de un Cuestionario de Percepción de Seguridad en Pacientes Internados. 2015; 25( 2).
6. Mascarúa-Lara E. Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar. Universidad Autónoma de México. 2014; 21(2).
7. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 118; 2014.
8. Santamaría-Benhumea N, Garduño A, Aspectos legales del error médico en México, *Rev CONAMED.* 2014;19 (1):32-36.
9. Saura-Llamas J, Sebastián-Delgado ME, Martínez-Garre N, Martínez-Pastor A, Leal-Hernández. Causas de los errores clínicos: percepción de los residentes de Medicina Familiar. *Aten. Fam.* 2014; 21(3): 77-82.
10. Venegas M. Protocolo de vigilancia y notificación de eventos adversos, eventos centinelas e incidentes asociados a la atención. Clínica Mayor. 2016.
11. Sorra J, Nieva V, Famolaro T, Dyer N. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Comparative Database Report. AHRQ Publication No. 07-0025. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. USA;2007.
12. Soto Subiabre M. El error médico y la formación del residente, Pontificia Universidad Católica de Chile. *Revista Internacional de Humanidades Médicas.* 2010; 2 (1).
13. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust.*1995. 163 (9): 458–71.
14. Carrada-Bravo T. La cultura organizacional en los sistemas de salud. ¿Por qué estudiar la cultura? *Rev Médica.* 2002. 40 (3):203–211.
15. Lacasa C, Ayestarán A. Estudio multicéntrico español para la prevención de Errores de Medicación. Resultado de cuatro años (2007-2011). *EMOPEM. Farm Hosp.* 2012; 36: 356-67.
16. Mascarúa-Lara E, Vázquez-Cruz E, Córdova-Soriano JA. Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar. *Aten Fam.* 2014; 21( 2): 55-57.
17. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 118;2014.
18. Maglio I. Responsabilidad médica en la prescripción de fármacos en indicaciones no aprobadas (uso off label). Clínica del Hospital F.J Muñiz, de la Fundación Huésped e Incucaí. Biblioteca Virtual Noble; 2013.
19. Organización Mundial de la Salud. La investigación en seguridad del paciente, pag: 1 – 2. Francia;2008. Recuperado de: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf).
20. Organización Mundial de la salud;2017. Página Web. Recuperado de: [http://www.who.int/topics/patient\\_safety/es/](http://www.who.int/topics/patient_safety/es/).
21. Salazar N, Jirón M, Escobar L, Tobar E, Romero C. Errores de medicación en pacientes críticos adultos en un hospital universitario. Estudio prospectivo y aleatorio. *Rev. Med Chile;* 2011; 139: 1458-1464. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872011001100010&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011001100010&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011001100010>.
22. Santamaría-Benhumea N, Garduño A. Aspectos legales del error médico en México, *Rev CONAMED;* 19(1):32-36. México DF; 2014.
23. Saura-Llamas J, Sebastián-Delgado ME, Martínez-Garre N, Martínez-Pastor A, Leal-Hernández M. Causas de los errores clínicos: percepción de los residentes de Medicina Familiar de Murcia España. *Aten. Fam.* 2014; 21(3): 77-82. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30022-0](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30022-0).
24. Soto Subiabre M. El error médico y la formación del residente, Pontificia Universidad Católica de Chile. *Revista Internacional de Humanidades Médicas.* 2014; 2(1): 61-62.
25. Vázquez-Frías JA. El error en la práctica médica. ¿Qué sabemos al respecto? Departamento de Cirugía General del Centro Médico ABC. *Anales Médicos.* 2011; 56(1):49 – 57.
26. Da Silva Gama ZA, Souza Oliveira AC, Saturno Hernández PJ. Cultura de seguridad del

paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(2): 283-293.

27. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust*. 1995;163(9):458-71.