

Encuesta exploratoria sobre seguridad de los pacientes en médicos internos de pregrado

Patient safety exploratory survey in undergraduate medical interns

Esther Mahuina Campos-Castolo¹, Jorge Martínez-López², Rafael Chavarría-Islas³

RESUMEN

Introducción. La medicina actual es compleja y lleva riesgos asociados, como la presentación de errores que pueden traducirse en daño a los pacientes, situación conocida como eventos adversos. Los diversos actores de la salud (sistemas y profesionales de la salud, pacientes y sus familias) han iniciado propuestas conjuntas para generar cambios en la atención a la salud, en una co-participación inédita enfocada a reducir los errores prevenibles y ofrecer una atención médica más segura. Una de las propuestas, es la encabezada por la OMS, quien en el 2004 lanzó la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes, cuyo fin es la prevención de los eventos adversos.

Objetivo: Identificar si los médicos internos de pregrado conocen los conceptos básicos acerca de la Seguridad del Paciente.

Material y métodos. Es un estudio transversal, descriptivo, realizado mediante la aplicación de un cuestionario estandarizado.

Resultados. Se encontró que los internos encuestados desconocen en su mayoría los conceptos básicos explorados, como ejemplo, apenas 19% identificó adecuadamente el concepto seguridad del paciente.

Conclusiones. Se considera necesario desarrollar una intervención educativa que permita que la atención médica tenga implícito un enfoque basado en la seguridad de los pacientes.

Palabras Clave: Seguridad del paciente, médicos internos de pregrado, educación médica, eventos adversos, error médico.

ABSTRACT

Introduction. Nowadays, Medicine has an enormous complexity that carries associated risks such as the occurrence of errors. These can be translated into damage to patients, situation named "adverse events". Health care diverse actors (health systems and professionals, patients and relatives), have initiated joint proposals directed to generate changes in the health care services. This is an extraordinary co-participation, focused to reduce the preventable errors and to offer a safer medical care. In 2004, the World Health Organization presented the World Alliance for Patient Safety initiative, directed to prevent medical errors and adverse events.

Material y methods. The objective of the study was to identify if medical interns know the basic concepts on Patient Safety. It was a cross-sectional, descriptive study, realized by means of the application of a standardized questionnaire.

Results. The interns, in their majority, do not know the basic concepts explored, only 19% identified the concept: patient safety, correctly.

Conclusions. It is considered necessary to develop an educational intervention to improve medical attention centered on patient safety.

Key Words: Patient safety, intern medical students, medical education, adverse events, medical error.

¹ Subdirección de Investigación, CONAMED.

² Subdirección Ejecutiva de Dictamen de Servicios e Insumos para la Salud, COFEPRIS.

³ Coordinación de Internado, Módulo de Urgencias del Hospital General Regional N° 25, IMSS.

Artículo recibido: 16 de marzo de 2010; Artículo aceptado: 22 de abril de 2010

Correspondencia: Mahuina Campos Castolo, CONAMED. Mitla 250, Esq. Eje 5 Sur Eugenia, Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C.P. 03020, México D.F.. Correo electrónico: mahuina@conamed.gob.mx.

INTRODUCCIÓN

Cada día, cientos de miles de personas son tratadas con éxito y en forma segura, en los sistemas de salud del mundo. Sin embargo, los adelantos en la tecnología y el conocimiento de las últimas décadas, han creado un sistema de salud de enorme complejidad. Esta complejidad conlleva riesgos y la experiencia demuestra que los eventos adversos, continuarán presentándose en el futuro, en todos los sistemas de salud, debido a que no todos son evitables. Los pacientes pueden verse afectados a pesar de la dedicación y profesionalidad del personal de salud.

Hasta años recientes, con la publicación de "Errar es humano"¹ en 1999 y el lanzamiento de la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes en 2004,² la prevención de los eventos adversos adquirió relevancia significativa dentro de los sistemas de salud. Desde frentes complementarios, los sistemas de salud, los profesionales de la salud, así como los pacientes y sus familias, han iniciado propuestas desde sus propias perspectivas, para realizar cambios en la atención a la salud, en una co-participación inédita, enfocada a reducir los errores y ofrecer una atención médica más segura.³⁻⁷

La atención médica con enfoque de seguridad del paciente, requiere de la integración de conocimientos médicos con los conceptos de epidemiología (factores de riesgo), habilidades de comunicación y una actitud humanista como destrezas necesarias para el profesional de la medicina.^{1,2,8}

El internado de pregrado es el primer momento en que los médicos en formación, se relacionan de manera directa con los pacientes y se integran al equipo de salud en los hospitales para contribuir en la atención del paciente. Esta etapa, representa una experiencia de aprendizaje significativo, para lograr la apropiación* de la cultura de la seguridad del paciente que prevalece en los hospitales.^{9,10}

Resulta necesario esclarecer si los conceptos básicos representativos de la cultura de la seguridad, que deben ser transmitidos a los médicos desde sus primeros acercamientos a la atención de pacientes, se encuentran ya presentes en los médicos internos, a través de la formación que ofrece el currículo actual de la carrera o si se requiere una intervención educativa que fortalezca esta competencia, indispensable para el médico actual.

En la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, donde se atienden y resuelven los conflictos entre médicos y pacientes, se ha observado que en 3 de cada 4 quejas dirimidas, la atención brindada al paciente fue acorde a la Lex artis médica. Del análisis de esta casuística, tanto

en los expedientes como en los dichos de las partes involucradas, se identifica que el origen de la queja surge, en su mayoría, por una comunicación deficiente.¹¹

La revisión de la literatura internacional y la experiencia institucional, sugiere que la educación podría ser la mejor estrategia a mediano y largo plazo, para modificar la cultura de la seguridad del paciente y ofrecer una atención médica con mayor calidad y seguridad.^{12, 13}

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio cuali-cuantitativo, exploratorio, descriptivo del fenómeno y transversal. Se realizó una encuesta semiestructurada, autoaplicada, en la cual se exploran los conceptos que el médico interno de pregrado ha desarrollado acerca del error en medicina y la cultura de seguridad del paciente. La información se capturó y sistematizó en una base de datos en Excel.

El grupo encuestado es una muestra incidental, por conveniencia, conformada por un grupo de 25 médicos internos de pregrado de un hospital de segundo nivel de una institución de seguridad social, a nueve meses de su ingreso al internado.

El instrumento consta de 10 reactivos (Anexo 1), fue una encuesta autoaplicada, basada en el instrumento desarrollado por la Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ), traducido y validado por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España,¹⁴⁻¹⁶ el cual incorpora la mayor parte de las dimensiones evaluadas por el instrumento de AHRQ (Cuadro 1), que pueden ser del conocimiento y participación del médico interno. El instrumento está estructurado de la siguiente manera:

- Un reactivo sobre género y edad del encuestado,
- Tres reactivos con respuestas abiertas y seis con respuestas estructuradas, cinco de los cuales eran de tipo opción múltiple y uno de tipo Likert.
- Dichos reactivos indagan conceptos y opiniones acerca del error médico y sus causas. Asimismo se preguntó sobre el manejo organizacional del error médico.
- Se incluyen conocimientos generales sobre el tema (no incluidos en la encuesta AHRQ).

El instrumento se sometió a una ronda de expertos, en la cual participaron 6 médicos titulados con diferentes especialidades médicas y quirúrgicas, que tienen o han tenido a su cargo, médicos en formación.

* El concepto **apropiación** se maneja en este trabajo desde una perspectiva socioeducativa.

Cuadro 1. Dimensiones de la cultura de seguridad.

DIMENSIONES DE LA ENCUESTA AHRO	
1	Frecuencia de eventos notificados
2	Percepción de seguridad
3	Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la Seguridad
4	Aprendizaje organizacional/mejora continua
5	Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio
6	Franqueza en la comunicación
7	Retroinformación y comunicación sobre errores
8	Respuesta no punitiva a los errores
9	Disponibilidad de suficiente personal
10	Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente
11	Trabajo en equipo entre unidades/servicios
12	Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades

RESULTADOS

Se aplicaron 25 encuestas a los médicos internos que acudieron a la sesión académica en el HGZ 25 del IMSS, de las cuales se logró recuperar 21 encuestas, alcanzándose un porcentaje de respuesta de 84%.

El reactivo 1 indagó la edad y género del encuestado. La media de edad de los encuestados fue de 23 años, con un intervalo entre 20 y 32 años y una desviación estándar de 2.4 años. La distribución por género fue de 15 (71%) mujeres y 6 (29%) hombres, sin diferencias significativas entre ambos géneros.

El reactivo 2: "¿Qué significa 'Seguridad del paciente'?", se clasificó en tres opciones de respuesta: "Correcta", cuando la definición anotada incluía el concepto de prevención de riesgos innecesarios y evitar eventos adversos o daño al paciente; se consideró "Parcialmente Correcta" cuando consideraba alguno de estos conceptos o se describía el principio de "Primero no dañar" (Primum non nocere) y finalmente, se juzgó "Incorrecta" cuando se consignó cualquier otra respuesta. Los resultados fueron los siguientes (Cuadro 2).

Cuadro 2. Conocimiento sobre el concepto "Seguridad del Paciente".

CLASIFICACIÓN DE RESPUESTA	ENCUESTADOS	%
Correcta	4	19.0
Parcialmente correcta	6	28.6
Incorrecta	10	47.6
No respondieron el reactivo	1	4.8
TOTAL	21	100

El siguiente reactivo “¿Qué es un ‘error médico?’” se clasificó de manera similar al anterior: “Correcta” cuando se describía juicio equivocado que podía o no provocar daños a los pacientes, “Parcialmente correcta” cuando se

hablaba de negligencia o impericia y como “Incorrecta” cualquier otra respuesta. Los resultados se anotan a continuación (Cuadro 3).

Cuadro 3. Conocimiento sobre el concepto “Error médico”.

CLASIFICACIÓN DE RESPUESTA	ENCUESTADOS	%
Correcta	6	28.6
Parcialmente correcta	9	42.8
Incorrecta	6	28.6
TOTAL	21	100

Ante la pregunta 4: “¿Cuáles son los errores médicos más frecuentes que usted ha observado?”, los encuestados respondieron que son los tratamientos equivocados, con 12 respuestas (41%), seguido de 10, error en la administración de medicamentos (34%) y 3 de apego a las

guías clínico-terapéuticas (10%). Otros errores descritos se refieren a errores quirúrgicos 2 casos (7%) y a errores diagnósticos (2 casos, 7%). Algunos encuestados mencionaron más de un tipo de error (Cuadro 4).

Cuadro 4. Identificación de errores más frecuentes.

CLASIFICACIÓN DE RESPUESTA	ENCUESTADOS*	%
Tratamiento equivocado	12	41%
Error en la administración de medicamentos	10	34%
Falta de apego a guías clínico-terapéuticas	3	10%
Errores diagnósticos	2	7%
Errores quirúrgicos	2	7%
TOTAL	29	—————

*Algunos encuestados identificaron errores más frecuentes

A la pregunta 5: “¿Por qué ocurren los errores médicos?”, las respuestas fueron: por sobrecarga de trabajo y cansancio de los médicos 12 casos (38%), por descuido

10 casos (31%), por falta de conocimientos o habilidades 8 casos (25%) y en dos casos (6%) por otras razones (Cuadro 5).

Cuadro 5. Causa del error.

CLASIFICACIÓN DE RESPUESTA	ENCUESTADOS*	%
Sobrecarga de trabajo y cansancio	12	38%
Descuido	10	31%
Falta de conocimiento o habilidades	8	25%
Otras causas	2	6%
TOTAL	32	100

*Algunos encuestados mencionaron la causa del error

El reactivo 6: "¿Existe alguna condición del hospital, de los médicos o de los pacientes que haga más frecuentes los errores?", la respuesta más frecuente fue: sobrecarga de trabajo 15 encuestas (38%). Otras respues-

tas fueron: falta de supervisión a médicos en formación y falta de recursos, cada una con 9 respuestas (23%), pacientes muy complicados 4 casos (10%) y otros, 3 encuestas (8%) (Cuadro 6).

Cuadro 6. Causas condicionantes de error.

CLASIFICACIÓN DE RESPUESTA	ENCUESTADOS*	%
Sobrecarga de trabajo	15	38%
Falta de supervisión a médicos en formación	9	23%
Falta de recursos	9	23%
Pacientes muy complicados	4	10%
Otros	3	8%
TOTAL	40	102

*Algunos encuestados mencionaron las causas condicionales de error

Se les preguntó después "¿Se está realizando alguna estrategia en su hospital para prevenir los errores?", a lo que 20 encuestados (95.2%) respondieron que desconocían si se estaba realizando alguna estrategia o no respondieron la pregunta. Un encuestado respondió afirmativamente, pero no describió la estrategia.

En la pregunta 8: "¿Qué ha observado usted que ocurre en su hospital cuando se detecta un error médico?", las respuestas fueron como se anota a continuación: se comenta como chisme o se castiga a quien lo cometió (9 casos cada una, 42.8%), se analiza y se presenta en sesión del hospital (6 casos, 28.5%) o se oculta (4 casos, 19%).

En el siguiente reactivo, "Considera que los grupos que se mencionan a continuación, ¿deben o no estar involucrados en la atención médica para mejorar la seguridad de los pacientes? Marque la respuesta con la que esté de acuerdo", siendo 1=Totalmente en desacuerdo, 2= Parcialmente en desacuerdo, 3= Parcialmente de acuerdo y 4= Totalmente de acuerdo. Se observó que todos los encuestados consideraron que los médicos adscritos deben estar involucrados, 90.4% consideró que deben participar los médicos en formación y las enfermeras. El resto de los resultados se observa en el Cuadro 7.

Cuadro 7. Personal de salud que debe involucrarse para mejorar la seguridad de los pacientes, según la opinión de los encuestados.

	1	2	3	4	No RESPONDIÓ
Los pacientes	0	0	3 (14.3%)	17 (80.9%)	1
Los médicos adscritos	0	0	0	21 (100%)	0
Los médicos en formación	0	0	2 (9.5%)	19 (90.4%)	0
Las enfermeras	0	0	2 (9.5%)	19 (90.4%)	0
Los administrativos	0	2 (9.5%)	6 (28.6%)	13 (61.9%)	0
Los directivos del hospital	0	1 (4.8%)	3 (14.3%)	17 (80.9%)	0
Las universidades	0	3 (14.3%)	7 (33.3%)	11 (52.4%)	0

1=Totalmente en desacuerdo, 2= Parcialmente en desacuerdo, 3= Parcialmente de acuerdo y 4= Totalmente de acuerdo.

La pregunta final fue "¿Qué podría un médico interno hacer para lograr una medicina segura?", en la cual 20 de los encuestados plasmaron sus opiniones y propuestas. Se categorizaron las respuestas como sigue:

Categoría 1: Reducir la sobrecarga de trabajo y evitar que estén cansados durante su tiempo de trabajo, 3 respuestas (14.3%).

Categoría 2: Mejorar la enseñanza y la supervisión a los médicos internos, 3 respuestas (14.3%).

Categoría 3: Estudiar y practicar más para mejorar la calidad de la atención que se ofrece a los pacientes, 8 respuestas (38.1%).

Categoría 4: Que las opiniones de los médicos internos sean tomadas en cuenta, 1 respuesta (4.8%).

Categoría 5: Capacitación sobre errores médicos para prevenirlos, 5 respuestas (23.8%).

La lista completa de respuestas descritas por los encuestados y su categorización se muestra en el Cuadro 8.

Cuadro 8. Opiniones y propuestas sobre la participación de los médicos internos para lograr una Medicina Segura.

RESPUESTAS	CATEGORÍA
Que no esté tan sobrecargado de trabajo. Que no esté cansada agotado durante su tiempo de trabajo. Que los residentes y los médicos de base enseñen a los internos. Que no nos utilicen sólo para sacar trabajo.	1
Pues realmente nos deberían tratar como médicos en formación y dejarnos participar más, claro, siempre con supervisión, pero como esto implica que nos deben dedicar tiempo, mejor nos adjudican responsabilidades como realizar pendientes o a veces hasta para ir por sus alimentos, pero no nos aportan sus experiencias de la que ellos como médicos de base tienen.	4
Estudiar más, practicar más las técnicas o procedimientos que se requieren para poder dar la atención de mejor calidad a los pacientes. No ser los "sacatrabajo". No ser discriminados.	1
Analizar y preguntar dudas acerca de tratamiento, medidas preventivas, etc. Involucrarse en el tratamiento integral del paciente y que se disminuya la carga de trabajo para poder hacer ésta.	1
Primero demostrar una actitud segura por medio del estudio, desarrollar habilidades en procedimientos con la ayuda de los residentes, dejando participar y enseñando dichos procedimientos.	3
Poner atención en las indicaciones de los médicos de mayor jerarquía. En caso de detectar algún error médico en lo posible, tratar de repararlo o en su defecto avisar de dicho evento para resolver el problema.	5
Que todo lo que se nos indique hacerlo bien, no poniendo en riesgo la integridad del paciente. Nunca debemos tomar decisiones por sí solos, siempre consultarlo con el médico de base. Reservarnos en mencionar el estado de salud del paciente enfrente de él o de sus familiares, ya que nosotros no tenemos la facultad para hacerlo, siempre dirigirnos al médico de base	3
Estudiar y tener los conocimientos, cuando no se esté seguro de lo que se va a hacer, preguntar para efectuarlo y si no sabe acercarse al médico residente o de base para que le enseñe a realizar el manejo y/o procedimiento a realizar.	3
Ser un buen médico, prepararse teóricamente para poder llevarlo a cabo a la práctica de una forma segura, con la supervisión de sus superiores.	3
Principalmente tener conocimiento, ser supervisado por los médicos adscritos sobre procedimientos a realizar.	2
Tratar de observar y analizar el manejo médico de cada paciente, cuestionar a médicos con más experiencia y saber reconocer cuando se comete un error y cómo se puede corregir.	3
Mejorar la calidad de atención y no repetir los errores que nos enseñan o que visualizamos, en nuestros médicos titulares, adscritos o superiores (residentes).	3

Continúa el Cuadro 8 en la siguiente página.

RESPUESTAS	CATEGORÍA
Adquirir conocimientos y habilidades con ayuda de médicos adscritos. Verificar que existan los recursos suficientes para realizar el trabajo.	2
Estar conscientes del trabajo que se está desempeñando y el estar además frente a un paciente en el que cualquier error por mínimo que éste sea las consecuencias pueden ser graves e incluso mortales. Estudiar sobre los padecimientos y procedimientos a realizar. Preguntar a los médicos adscritos o residentes sobre alguna duda. Reconocer cuando uno nunca ha realizado o no sabe cómo hacer algo. Cuando se encuentra ante algún padecimiento sobre el que no se tiene el conocimiento pleno, estudiar el caso.	2
Hacer su trabajo, y aplicar sus conocimientos.	3
Tener los conocimientos suficientes para poder ayudar a los pacientes.	3
Tener los conocimientos, para que en caso de ver algún error en la atención del paciente, se pueda informar a los médicos adscritos	5
Reportar errores cometidos por residentes, médicos y enfermeras para evitar reincidencias.	5
Recibir capacitación.	5
Capacitarse más al respecto.	5

DISCUSIÓN

Cerca de la mitad de los encuestados contestó de manera incorrecta la pregunta sobre el concepto de seguridad del paciente, mientras que 28.6% hizo un reconocimiento parcialmente correcto del término ya que lo relacionó con el principio de "Primero no dañar" (*Primum non nocere*). El 19% reconoció correctamente el término, describiéndolo como prevención de riesgos innecesarios para evitar eventos adversos o daño al paciente.

En la percepción de los médicos internos encuestados, el concepto error médico se encuentra ampliamente relacionado (43%) con los términos negligencia e impericia y sólo lo describieron correctamente 29%.

Los encuestados respondieron que los errores médicos más frecuentes que han observado son los tratamientos equivocados, en más de la mitad de los casos, mientras una tercera parte describió errores en la administración de medicamentos. En la revisión a posteriori, se observó que estas dos categorías tenían la posibilidad de traslaparse, por lo que en un siguiente estudio el diseño de esta pregunta deberá ser replanteado. Los médicos internos consideraron que las causas más frecuentes que provocan los errores médicos son la sobrecarga de trabajo y el consecuente cansancio de los médicos (conocido como fenómeno de *burnout*) en 57%. Cerca de la mitad (48%) atribuyeron como causa de los errores al descuido, mientras que más de una tercera parte (38%) percibe a la falta de conocimientos o habilidades como dicha causa.

Los estudiantes de pregrado encuestados consideraron como fomentadoras de errores a las siguientes

condiciones del hospital donde laboran: sobrecarga de trabajo 71%, falta de supervisión a los médicos en formación (43%) y la falta de recursos (43%).

Ningún encuestado fue capaz de describir si en su hospital se estaba realizando alguna estrategia para prevenir los errores.

Las respuestas de los internos mostraron que la mayor parte de los errores que se observan en el hospital son manejados como chismes, se ocultan o se sancionan y apenas 26% se analiza y se presenta en sesión del hospital para prevenir errores futuros y mejorar la capacitación del personal de salud. De acuerdo con las respuestas obtenidas, los médicos internos consideran que los médicos adscritos, los médicos en formación, las enfermeras, los pacientes y los directivos del hospital, definitivamente deben estar involucrados todos ellos en actividades para mejorar la Seguridad del Paciente.

Las propuestas de los encuestados sobre qué puede hacer un médico interno para ofrecer una medicina segura, se relacionaron principalmente con un compromiso personal para estudiar y practicar más, para mejorar la calidad de la atención a los pacientes, seguido de la necesidad de recibir capacitación especializada en esta área. Otra propuesta relevante fue la de reducir la sobrecarga de trabajo, para evitar el fenómeno *burnout* y los errores derivados del mismo.

A modo de conclusión. Los resultados de esta encuesta exploratoria sugieren que, aun cuando se percibe la necesidad de un mejor entrenamiento y formación, los

conceptos explorados son poco claros para los médicos internos, deduciendo la no apropiación* de una cultura de seguridad del paciente hospitalaria. Surge la posibilidad de que la apropiación no sea posible porque no exista una cultura de seguridad del paciente en la unidad médica donde los médicos internos fueron encuestados. Por ello, se considera como perspectiva de esta línea de investigación, la aplicación de una encuesta para evaluar la cultura hospitalaria de seguridad del paciente. Además, como parte de un programa de innovación educativa, se justifica la incorporación de contenidos teóricos y prácticos sobre Seguridad del Paciente en la formación del médico, lo cual podría favorecer una atención hospitalaria más satisfactoria para los profesionales de la salud y más segura para pacientes y familiares.^{19, 20}

REFERENCIAS

1. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To err is human: Building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
2. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. 55ª Asamblea Médica Mundial, 18-01-2002. [Acceso 31-08-2010]. Disponible en http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB109/seb109r16.pdf.
3. Ruelas-Barajas E, Sarabia-González O, Tovar-Vera W. Seguridad del paciente hospitalizado. México: Instituto Nacional de Salud Pública-Editorial Médica Panamericana; 2007. 136 p.
4. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estrategia en Seguridad del Paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. [Acceso 31-08-2010]. Disponible en: http://formacion.seguridaddelpaciente.es/doc/opsc_sp1.pdf.
5. Aguirre-Gas HG. Plan para el autocuidado de la seguridad del paciente. Rev CONAMED. 2008; 13(1):6-14.
6. Huerta-Hernández D, Flores-Torres A, Del Castillo-López LO, Valenzuela-Ponce MR. Revisión del programa de autoseguridad y corresponsabilidad del paciente "Juntos por tu salud" en el Hospital Central Militar. Rev CONAMED. 2010; 15(2): 69-74.
7. Vázquez-Curiel E, Campos-Sánchez MS, Chávez-Martínez LS, Flores-Télez T, Zárate-Grajales R, Galindo-Becerra ME et al. Red Mexicana de Pacientes por la Seguridad del Paciente. Rev CONAMED. 2008;13(4):5-19.
8. Saturno P. Seguridad del paciente: Enfoques y métodos para su control y mejora. Rev CONAMED. 2005; 11(4):24-27.
9. Ríos-Cortázar V, Gasca-García A, Urbina-García R, Flores-Echavarría R, Lloret-Rivas A. Nuevos modelos educativos en el internado médico de pregrado. Reencuentro. 2005;(4). [Acceso 23-11-2009]. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/340/34004217.pdf>.
10. Tapia-Villanueva RM, Núñez-Tapia RM, Salas-Perea RS, Rodríguez-Orozco AR. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas. México en el contexto latinoamericano. Educ Med Super. [online] 2007 Dic; 21(4). [Acceso 20-11-2009] Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412007000400005-&lng=es&nrm=iso.
11. Aguirre-Gas HG, Campos-Castolo EM, Carrillo-Jaimes A, Zavala SE, Fajardo-Dolci GE. Análisis crítico de quejas CONAMED 1996-2007. Rev CONAMED 2008; 13(2):5-16.
12. World Health Organization. WHO patient safety curriculum guide for medical schools. [Acceso 21-04-2010]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598316_eng.pdf.
13. Bengoa R. Quality of care: A process for making strategic choices in health systems. Geneva: WHO; 2006.
14. Aranaz JM, Aibar RC, Vitaller BJ, Ruíz LP. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. 170 p. [Acceso 5-12-2007]. Disponible en <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-ortope/e-or2006/e-or06-2/em-or062a.htm>. Centro de Investigaciones Epidemiológicas. Cultura del error y Seguridad de los pacientes. Buenos Aires: Academia Nacional de Medicina; 2007. [Acceso 21-04-2010]. Disponible en <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/cultura.asp>.
15. Olivera-Cañadas G, Silvestre-Busto C, Lorenzo-Martínez S, Astier-Peña MP, Torijano-Casalengua ML, Maderuelo-Fernández JA. Grupo de Seguridad del Paciente de SEMFYC. Traducción y validación de la encuesta de la AHRO para medir la cultura de la seguridad del paciente en atención primaria. [Acceso 26-01-2010]. Disponible en http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/poster_encuesta_AHRO_primaria_Granada_2009.pdf.
16. Saturno PJ. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
17. Delors J. Los cuatro pilares de la educación. En: La educación encierra un tesoro. Madrid: Santillana-UNESCO; 1996. p. 91-103.
18. López-Curto J. Desarrollo profesional: la competencia médica. Acta Ortop Mex. 2006;20(2):41. [Acceso 5-12-2007]. Disponible en <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-ortope/e-or2006/e-or06-2/em-or062a.htm>.
19. Leape LL, Berwick DM. Five Years After To Err Is Human: What Have We Learned? JAMA. 2005;293:2384-2390. [Acceso 26-10-2009]. Disponible en <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/short/293/19/2384>.
20. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C.: National Academy Press; 2001. 360 p.

* El concepto apropiación se maneja en este trabajo desde una perspectiva socioeducativa, referida a la progresión que existe entre el conocer un concepto (nivel "conocimiento" de Bloom, "el saber" de Delors) hacia niveles superiores, como la aplicación y evaluación cognitivos y la valoración afectiva, para alcanzar el "saber ser" y "saber convivir". La apropiación se forma desde la convivencia, la valoración social y la implicación de la sociedad en su resolución.^{17, 18}

Anexo 1. Instrumento para recopilar la información

- 1) Edad en años: _____ Género: Femenino _____ Masculino _____
- 2) ¿Qué significa "Seguridad del paciente" _____
- 3) ¿Qué es un error médico? _____
- 4) ¿Cuáles son los errores más frecuentes que usted ha observado?
- a) No he visto errores d) Error quirúrgico (cirugía equivocada)
- b) Error terapéutico (tratamiento equivocado) e) Otra (por favor describa)
- c) Error en el medicamento (dosis, vía de administración)
- 5) ¿Por qué ocurren los errores médicos?
- a) Por falta de conocimientos o habilidades d) Por sobrecarga de trabajo y cansancio de los médicos
- b) Por descuido e) Otra (por favor describa)
- c) Por comunicación insuficiente
- 6) ¿Existe alguna condición del hospital, de los médicos o de los pacientes que haga más frecuentes los errores?
- a) Pacientes muy complicados d) Falta de recursos
- b) Sobrecarga de trabajo e) Otra (por favor describa)
- c) Falta de supervisión a los médicos en formación
- 7) ¿Se está realizando alguna estrategia en su hospital para prevenir los errores?
- a) Sé que no se está realizando ninguna estrategia
- b) Lo desconozco
- c) Sí, la estrategia consiste en:
- 8) ¿Qué ha observado usted que ocurre en su hospital cuando se detecta un error médico?
- a) Se oculta d) Se castiga a quien lo cometió
- b) Se comenta como chisme e) Otra (por favor describa)
- c) Se analiza y se presenta en sesión del hospital
- 9) Considera que los grupos que se mencionan a continuación, ¿deben o no estar involucrado en la atención médica para mejorar la seguridad de los pacientes? Marque la respuesta con la que esté de acuerdo.

	Definitivamente sí deben participar	Posiblemente sí deban involucrarse	Posiblemente no deban involucrarse	De ninguna manera deben participar
Los pacientes				
Los médicos adscritos				
Los médicos en formación				
Las enfermeras				
Los administrativos				
Los directivos del hospital				
Los universitarios				

- 10) ¿Qué podría un Médico Interno hacer para lograr una medicina segura?

Si le interesa incorporarse a un grupo de investigación sobre Seguridad del Paciente, llame al 54207143 o escriba a recomendaciones@conamed.gob.mx.