

ORIGINAL

Percepción de los residentes de medicina familiar sobre sus errores clínicos tras dos años de formación

J. Saura-Llamas*, A. Martínez-Pastor, M. Leal-Hernández y J. Gómez-Portela

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Murcia, Servicio Murciano de Salud, Murcia, España

Recibido el 12 de noviembre de 2010; aceptado el 29 de diciembre de 2010

Disponible en Internet el 5 de mayo de 2011

PALABRAS CLAVE

Medicina de familia;
Médicos internos y
residentes;
Seguridad del
paciente;
Error médico

Resumen

Objetivo: Describir cómo perciben y abordan los residentes de medicina familiar y comunitaria sus errores clínicos.

Material y métodos: Diseño: estudio descriptivo, transversal mediante encuesta. Emplazamiento: atención primaria. Centros de salud docentes de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Murcia. Participantes: todos los residentes (27) de la promoción de 2007 a 2011, tras 2 años de formación. Mediciones principales: encuesta autocumplimentada de 11 preguntas, distribuida y recogida en persona, con cuatro opciones de respuesta, manuscrita, que se respondía de forma anónima.

Resultados: Respondieron todos los residentes (27). El 100% de los residentes creen que todos los médicos cometen errores al atender a sus pacientes. El 88,9% cree que en el tiempo que llevan de ejercicio profesional han cometido algún error clínico. El 62,9% reconoce haber cometido algún error en los últimos 2 meses. Un 96,3% piensa que es posible cometer errores y no ser conscientes de ello. Y el 70,3% cree que es cierto que pensamos que hemos cometido menos errores de los que se producen realmente.

Conclusiones: Los residentes son conscientes de haber cometido errores clínicos, incluidos algunos graves (el 22,2%). El 11,1% opina que alguno de esos errores han tenido repercusión importante sobre la salud de sus pacientes. Y el 48,1% cree que esos errores han tenido repercusión importante para ellos. Todos han aprendido de sus errores. También identifican algunas repercusiones de los errores, y el 77,7% dice saber qué hacer para evitar los errores.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: j.saurall@gmail.com (J. Saura-Llamas).

KEYWORDS

Family medicine;
Medical interns and
residents;
Patient safety;
Medical error

Perception of the errors made by family medicine residents after 2 years of training**Abstract**

Objective: To describe how Family and Community Medicine residents perceive and deal with their clinical errors.

Material and methods: Design: A descriptive, cross-sectional study using a questionnaire. Setting: Primary Care. Teaching Health Centres of the Family and Community Medicine Teaching Unit of Murcia (Spain). Participants: All residents (27) who qualified from 2007 to 2011, after two years training. Main measurements: A self-completed questionnaire of 11 questions with four response options, distributed and collected in person, hand-written and anonymous.

Results: All 27 residents responded. All (100%) residents believe that all doctors made errors when attending their patients. A total of 88.9% believed that they had made some clinical error in the time they had practiced their profession, and 62.9% knew that they had made some error in the last 2 months. Almost all (96.3%) thought that it was possible to make mistakes and not be aware of them, and 70.3% believe that it was certain that we think that we have made fewer mistakes than are actually produced.

Conclusions: The residents were aware of having made clinical errors, including some serious ones (22.2%). Some of them (11.1%) believe that some of these errors have had significant repercussions on the health of their patients. Almost half (48.1%) believe that these errors have had significant repercussions for themselves. All have learned from their errors. They also identified some of the repercussions of their errors, and 77.7% said they knew what to do to avoid errors.

© 2010 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

La seguridad del paciente en los servicios de salud es un tema que, en los últimos años, ha adquirido una gran actualidad e importancia.

El clásico informe del Institute of Medicine titulado «To err is Human»¹, de 1999, ha sido determinante en este interés. Otros estudios^{1,2} han demostrado que es un problema real, frecuente y no resuelto.

Esto ha favorecido que se hayan tomado potentes iniciativas por parte de instituciones internacionales y se hayan iniciado importantes líneas de trabajo sobre este tema³⁻⁷; estos esfuerzos que, inicialmente se centraron en el ámbito hospitalario⁸⁻¹¹, han permitido definir y clasificar los errores clínicos, así como sus causas, las situaciones prevenibles y los procesos asociados a ellos. En nuestro país el estudio ENEAS² ha supuesto un avance significativo en el conocimiento de este problema en los hospitales.

La atención primaria (AP) se ha incorporado con fuerza a estas iniciativas¹²⁻¹⁴, y así merece la pena destacar el grupo de trabajo sobre Seguridad del Paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), que ya ha señalado la importancia de afrontar este problema y ha propuesto algunas medidas que se podrían tomar para mejorar la situación¹⁵.

El estudio APEAS¹⁶ (2008) ha permitido conocer la prevalencia de los efectos y eventos adversos en atención primaria en nuestro país y sus características, acercándonos a la situación de este problema en nuestra práctica asistencial. Utilizaremos este estudio como referencia respecto al concepto de mejorar la seguridad de los pacientes, que se refiere a prevenir los daños reales o potenciales que un paciente sufre por su contacto con el sistema de salud, y no a los daños que pueda producirle la evolución de su enfermedad (o complicación); es decir, sólo a los daños que sufriría

si estuviera dentro del sistema sanitario¹⁶. Si la situación de riesgo existe, pero no se llega a producir el daño, se habla de incidentes, y si el daño llega a producirse, se habla de efecto o evento adverso, que puede ser evitable o inevitable¹⁶.

Esta investigación¹⁶ estudia alrededor de 100.000 consultas, detectando una prevalencia de 7,45 (IC del 95%, 6,91-8) incidentes y de 11,18 (IC del 95%, 10,52-11,85) efectos adversos (en los que se produce daño) cada 1.000 visitas. Una tasa aparentemente baja, pero hay que tener en cuenta que en un cupo médico de AP se hacen de media unas 35 visitas/día, y este elevado número de actos médicos hace que cada profesional esté implicado en varios efectos adversos cada semana¹⁶. De los efectos adversos identificados, un 30% precisó de atención especializada u hospitalización, y de ellos, un 80% se consideraron evitables por quienes los detectaron¹⁶. Como factores causantes del efecto adverso¹⁶ destacan los debidos a la medicación (en el 48,2% de los casos), los cuidados (25,7%) y la comunicación (24,6%). Los problemas con el diagnóstico y la gestión de los pacientes completan las cinco categorías de causas identificadas en este estudio¹⁶.

De este trabajo previo se desprende que en AP los efectos adversos son frecuentes (por el gran número de actos realizados), algunos de ellos graves, y en su mayor parte, evitables^{15,16}. Por lo tanto, no abordarlos significaría una falta ética inaceptable y un consumo de recursos importante e injustificado¹⁷.

Esta situación explica que, desde distintas instituciones del Sistema Nacional de Salud español, se hayan tomado iniciativas para abordar este problema, como el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud^{18,19}, cuya estrategia número 8 tiene por objeto mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios¹⁸. Siguiendo esta orientación, el Servicio Murciano de Salud, del que depende la Unidad Docente de Medicina Familiar y

Comunitaria (UDMFyC) de Murcia, en 2007 ya recogía el compromiso de desarrollar un programa sectorial para la mejora de la seguridad en la asistencia sanitaria.

Para mejorar la seguridad de los pacientes una de las medidas debe ser formar a los profesionales sanitarios. Y así, aprovechando la introducción de un nuevo Programa Docente de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria²⁰ (2005) y su orientación a la adquisición de competencias, la UDMFyC de Murcia ha incorporado la seguridad de los pacientes y la prevención de los errores clínicos en el programa formativo de los residentes. En este contexto, se consiguió una ayuda dentro del convenio de colaboración del Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales con la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para la implantación de prácticas seguras²¹ (2008-2010), que incluía objetivos formativos y de investigación²².

Como consecuencia, la formación de los residentes en seguridad del paciente se está introduciendo progresivamente en los programas docentes de posgrado. Siguiendo esta línea de trabajo e identificando la seguridad del paciente como una necesidad y una oportunidad formativa²³, durante febrero de 2009 se impartió una actividad formativa para los residentes sobre la prevención de los errores clínicos. En este taller se realizó una encuesta de opinión a los residentes sobre sus errores clínicos.

Ante la ausencia de referencias útiles o estudios similares en nuestro entorno, hemos utilizado como patrón de referencia, respecto al estado de opinión de nuestros residentes, los resultados de los estudios previos realizados por el grupo de Borrell^{24,25} (1996 y 2006), pero referidos a los médicos de atención primaria. Y en los que se clasifica a los profesionales en tres grupos: «negadores»²⁵: los que declaran que jamás se han equivocado de manera importante; «perceptivos»²⁵: refirieron más de uno y menos de 28 errores importantes en un año; «hiperperceptivos»²⁵: refirieron más de 28 errores al año.

El objetivo de este estudio es dar a conocer la opinión de los residentes de MFyC de la UD de Murcia sobre los errores médicos que han cometido, cómo los perciben, sus repercusiones y cómo los abordan.

Material y métodos

Estudio descriptivo, transversal mediante encuesta autocumplimentada.

Realizado en atención primaria, en los Centros de Salud Docentes de la Unidad Docente de MFyC de Murcia.

Tras una reunión previa del equipo investigador, uno de ellos diseñó y construyó un cuestionario que constaba de 10 preguntas. Tras la definición de las preguntas de investigación, el equipo investigador diseño y construyó la hoja de recogida con cuatro posibilidades de respuesta, sí, no, no sabe/no contesta y una cuarta opción abierta que permitía escribir y detallar la respuesta sobre los errores clínicos cometidos; estas últimas aparecen en las tablas bajo el epígrafe de «Otras respuestas». Y dos espacios abiertos al final del cuestionario: uno donde se le pedía al residente que describiera el último error clínico que había cometido y del que era consciente, y otro donde podía escribir sus comentarios respecto a la encuesta y las preguntas.

Posteriormente, se hizo una validación cualitativa de contenido por expertos en cuestionarios, según la técnica de Argimón y Jiménez (2000), y Polit y Hungler (2000), con discusión y propuestas de modificación por parte de los 5 investigadores, informadores clave (autores de este artículo), cuyos perfiles corresponden a médicos de familia, con amplia experiencia docente y que desempeñan un puesto de trabajo como formadores de tutores de residentes. Este proceso ha llevado a la modificación del cuestionario, la modificación de algunas preguntas y la inclusión de otra nueva pregunta. Al final se realizan 11 preguntas. Se hizo una investigación piloto, aplicando el cuestionario a una actividad formativa previa con estos contenidos, en 2 ediciones: una dirigida a profesionales de AP y otra a los residentes de una promoción anterior, con la obtención de 32 cuestionarios.

Encuesta de 11 preguntas, autocumplimentada, distribuida y recogida en persona por los investigadores, que se respondía de forma manuscrita. Se consideró esencial que la respuesta al cuestionario se realizara de manera anónima.

El error se entiende como una acción que da lugar a un fallo, o a no realizarse tal como se planificó, y que produce una decisión equivocada o inadecuada, produzca (efecto adverso) o no produzca daño sobre el paciente (incidente)¹⁶, y que es identificado como tal por los residentes. Un error, que corresponde a un efecto adverso evitable, se identifica y se analiza como una oportunidad de mejora, para aprender de él, diseñar actuaciones que puedan evitarlo o minimizarlo, y comunicarlo a la comunidad profesional para que evitemos su recurrencia¹⁶.

Se aplicó el cuestionario, el 5 de febrero de 2009, a los residentes de medicina familiar y comunitaria de la Unidad Docente de MFyC de Murcia, cuando ya llevaban casi 2 años de su periodo formativo (y asistencial), es decir, eran residentes de final del segundo año de formación MIR. La promoción 2007-2011 está compuesta por 17 mujeres (62,9%) y 10 varones (37%), con una media de edad de 27 años en el momento de realización de la encuesta.

Se obtuvieron 27 encuestas. Respondieron todos los residentes (100%). No ha habido pérdidas en lo que ha sido determinante el refuerzo de recogida personal de la encuesta.

Resultados

Los resultados obtenidos se han tabulado y ordenado por un solo observador sin ser sometidos a ningún otro tipo de tratamiento. La mayoría de los resultados se presentan en porcentajes sobre el total de respuestas, y en el caso de las respuestas manuscritas, se han recogido textualmente.

Las respuestas a las primeras 10 preguntas del cuestionario se detallan en la tabla 1.

El 100% de los residentes creen que todos los médicos, al atender a sus pacientes, cometen errores, y el 88,9% cree que en el tiempo que llevan de ejercicio profesional han cometido algún error clínico.

El 62,9% reconoce haber cometido algún error en los últimos 2 meses (fig. 1). Un 96,3% piensa que es posible cometer errores y no ser consciente de ello. Y el 70,3% opina que es cierto que creemos que hemos cometido menos errores de los que se producen en realidad (fig. 2).

Tabla 1 Respuestas según las primeras 10 preguntas del cuestionario

Pregunta	Sí (%)	No (%)	No sabe/no contesta (%)	Otras* (%)
1. ¿Crees que todos los médicos, al atender a sus pacientes, cometan errores?	27 (100)	0	0	0
2. ¿Crees que en el tiempo que llevas de ejercicio profesional has cometido algún error clínico?	24 (88,9)	0	0	3 (11,1)
3. ¿Has cometido algún error clínico en los últimos 2 meses de ejercicio profesional?	17 (62,9)	2 (7,4)	2 (7,4)	6 (22,2)
4. ¿Es posible cometer errores y que no nos enteremos que los hemos cometido?	26 (96,3)	0	1 (3,7)	0
5. ¿Es verdad que pensamos que hemos cometido menos errores de los que se producen realmente?	19 (70,3)	5 (18,5)	0	3 (11,1)
6. ¿Eres consciente de haber cometido algún error clínico grave?	6 (22,2)	18 (66,6)	1 (3,7)	2 (7,4)
7. ¿Alguno de esos errores han tenido repercusión importante sobre la salud de tus pacientes?	3 (11,1)	15 (55,5)	9 (33,3)	0
8. ¿Alguno de esos errores han tenido repercusión importante para ti?	13 (48,1)	13 (48,1)	0	1 (3,7)
9. ¿Has aprendido de tus errores?	27 (100)	0	0	0
10. ¿Sabes que hacer para evitar los errores?	21 (77,7)	2 (7,4)	0	4 (14,8)

^a Las respuestas bajo este epígrafe se detallan en las tablas 3 y 4.

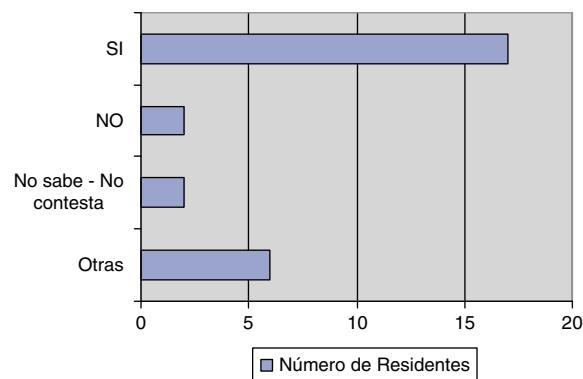


Figura 1 Residentes que reconocen haber cometido errores en los últimos 2 meses (pregunta 3).

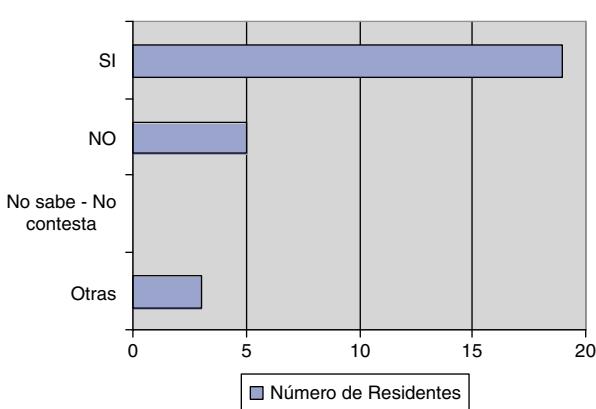


Figura 2 Residentes que creen que cometieron más errores de los que piensan (pregunta 5).

Son conscientes de haber cometido algún error clínico grave el 22,2% (fig. 3). Tres residentes (11,1%) piensan que algunos de esos errores han tenido repercusión importante sobre la salud de sus pacientes. Algunos de esos errores han tenido repercusión importante para el 48,1% de los residentes. Y el 100% ha aprendido de sus errores.

El 77,7% dice saber que hacer para evitar los errores (fig. 4).

La respuesta a la pregunta ¿Cuántos errores clínicos crees que puedes cometer al año? se detalla en la tabla 2 y la figura 5. Veintitres de los 27 residentes relataron brevemente algún caso real en el que asumían haber cometido un error clínico.

Al responder a la pregunta ¿Sabes que hacer para evitar los errores?, muchos de los residentes describieron lo que hacían o pensaban hacer para tratar de evitar los errores, estas acciones se detallan, tal como figuraban en las respuestas, en la tabla 3.

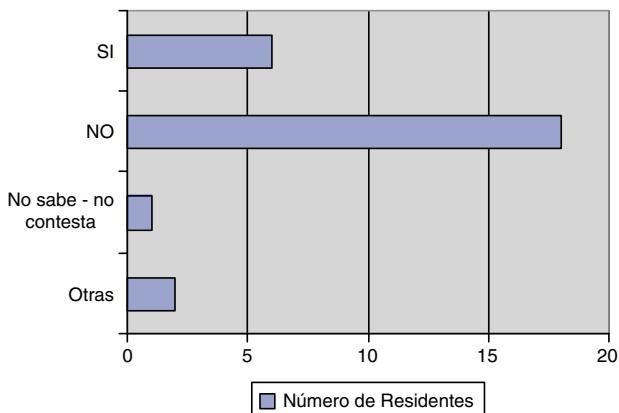
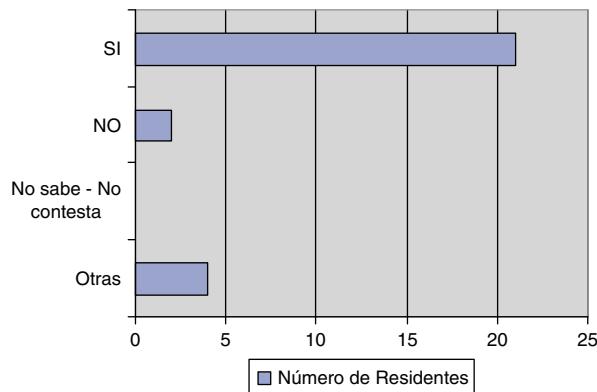


Figura 3 Residentes conscientes de haber cometido algún error clínico grave (pregunta 6).

Tabla 2 Número de errores clínicos cometidos al año

	Número de errores				No Sabe/no contesta (%)
	De 1 a 10 (%)	De 10 a 30 (%)	Más de 30 (%)	50 o más (%)	
11. ¿Cuántos errores clínicos crees que cometes al año?	6 (22,2)	2 (7,4)	2 (7,4)	2 (7,4)	15 (55,5)

**Figura 4** Residentes que saben que hacer para evitar los errores (pregunta 10).

En el espacio para comentarios se recogieron opiniones de 7 residentes, que se describen textualmente en la tabla 4.

Discusión

Este trabajo muestra claramente que nuestros residentes de medicina familiar y comunitaria son conscientes de la elevada posibilidad de cometer errores clínicos en su práctica clínica habitual. Este hecho puede favorecer que tomen medidas para evitarlos a o al menos minimizar sus errores.

Aunque los datos proceden sólo de 27 residentes, y se podría considerar como una muestra pequeña, corresponden al total de una promoción de residentes de una unidad docente de medicina familiar y comunitaria. Por ello, aunque los resultados no son extrapolables a otras poblaciones de residentes o de profesionales de la salud, sí que pensamos que son muy orientativos y pueden ser útiles.

De los resultados obtenidos, podemos destacar que la mayoría de estos residentes (>70%) opinan que todos los

médicos al atender a sus pacientes cometen errores, que en el tiempo que llevan de ejercicio profesional han cometido algún error clínico, que es posible cometer errores y no ser conscientes de ello, que es cierto que creemos que hemos cometido menos errores de los que se producen en realidad, que han aprendido de sus errores y que saben qué hacer para evitar los errores futuros. A destacar, que son unánimes las opiniones del grupo respecto a que todos los médicos al atender a sus pacientes cometen errores y que ellos han aprendido de sus errores.

Este estado de opinión entre nuestros residentes contrasta con los resultados de los estudios previos realizados por Borrell^{24,25}. En nuestros resultados, prácticamente no encontramos profesionales «negadores»²⁵, ya que casi el 90% de los residentes asumen haber cometido algún error, teniendo en cuenta además su aún corto periodo de ejercicio profesional, lo que contrasta con un 28% de «negadores» entre los médicos de AP²⁵. Además, la mayoría de los

Tabla 3 Lo que piensan los residentes que deben hacer para evitar los errores clínicos

Reflexión y análisis

- Reflexionar sobre ellos. Saber identificarlos y reflexionar
- Aprender de lo ocurrido y reflexionar sobre el tema para evitar que vuelva a suceder
- Analizar bien las causas
- Evaluar la asistencia en la que he dudado

Formación

- Estudiar y preguntar. Estudiar consultar con los adjuntos
- Para evitar los ya cometidos sí, pero para evitar los posibles que pueda cometer es más difícil, yo creo que con formación y preparación, y aún así es imposible no cometer ninguno
- Comentar los casos con otros médicos

Organización

- Intentar ser más estricto a la hora de evaluar a los pacientes y procurar mantener una asistencia organizada
- Concentración, tiempo de atención suficiente (sin presiones externas) y, por supuesto, conocimientos, además de experiencia en la práctica médica

Manejo del tiempo

- Tener tiempo suficiente, y conocer los errores que pueden cometerse para prevenirlos

Descanso

- Hacer descansos cuando lo necesito y pensar que siempre empiezo de nuevo

Aceptación

- Sí, aunque hay algunos que no puedo evitar

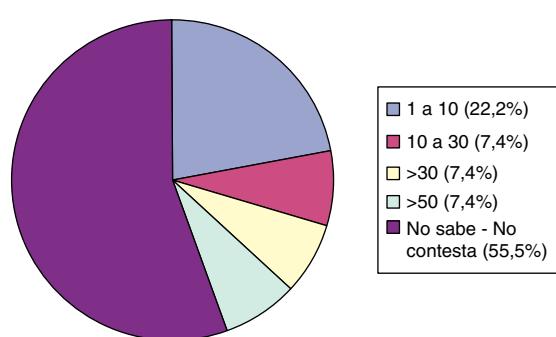
**Figura 5** Número de errores clínicos cometidos por los residentes al año expresados en porcentajes (pregunta 11).

Tabla 4 Comentarios manuscritos de los participantes en la encuesta

- Las preguntas son demasiado generales
- Faltaría añadir dos preguntas: ¿has asumido errores clínicos de compañeros? Y si ¿lo has hecho con corporativismo?
- Añadiría 2 preguntas: ¿has subsanado el error clínico de algún compañero? ¿De qué forma lo has hecho ante el paciente? ¿Compañerismo? ¿Corporativismo?
- Creo que en muchas ocasiones cometemos errores de los que no somos conscientes y no sé cuál sería la forma de hacerlos conscientes. Es imposible cuestionarnos todo lo que hacemos
- No siempre se tiene la actitud de cuestionar lo que se hace, en muchas ocasiones damos por buenos diagnósticos sin descartar otras posibilidades
- Creo que cometer mayor o menor número de errores en el ejercicio clínico está en función de los conocimientos, la presión asistencial, la falta de tiempo y no practicar una sistemática de evaluación
- Todo depende de lo que se entiende por error; muchos diagnósticos son erróneos, pero están dentro de la lógica, atendiendo a la cronología y a la historia de la enfermedad
- Todo médico en formación, si tiene dudas, debe comentar con un compañero o un médico adjunto docente, o si tiene duda de un alta que dio, hacer el seguimiento de ese paciente, revisar los tratamientos en una guía o revisar los posibles errores de diagnóstico
- Debemos conocer nuestros errores para conocer nuestras limitaciones y poder mejorar

Nota: Estas respuestas de los residentes aparecen en la tabla 1 bajo el epígrafe de «Otras respuestas».

residentes recuerdan bien el último error clínico que cometieron, y son capaces de describirlo.

No hemos encontrado trabajos comparables realizados en nuestro entorno y referidos a residentes de MFyC.

También destaca que el 44,5% de los residentes cree que al año comete uno o más errores; aunque la respuesta «no lo sé» no es equivalente a ningún error. Si reflexionamos sobre este dato, apreciamos que el 55,5% de los residentes, aunque saben que cometen errores, no son conscientes de su número ni magnitud, por lo que tal vez tengan una falsa seguridad clínica.

En conjunto, podríamos decir que parece que la cultura frente al error está cambiando o que el colectivo de los residentes tiene una actitud global más perceptiva, lo que, asociado a los resultados anteriores, podría traducir una actitud más activa y positiva hacia los errores clínicos. Estos profesionales parecen que no comparten la llamada «cultura de la culpa» y no esconden estos eventos, descartando la idea de lo «políticamente correcto» a la hora de responder al cuestionario, tal como se detectaba previamente para los médicos de AP²⁵.

Los residentes de esta promoción son, asimismo, capaces de valorar las repercusiones de sus errores, siendo conscientes, cuando han cometido algún error clínico grave, de su posible repercusión y la importancia en la salud de sus pacientes, y de sus consecuencias sobre ellos. Aunque no

era un objetivo del estudio, con los datos disponibles en nuestra unidad docente comprobamos que ningún residente recibió ninguna demanda judicial.

Y además de aprender de sus errores, creen que saben la manera de evitarlos en el futuro, razonándolo y proponiendo actividades concretas para conseguirlo, como: a) la reflexión y el análisis; b) la formación; c) la mejora de la organización asistencial; d) la mejora de la gestión del tiempo y el descanso, y e) la aceptación de la comisión de errores. Destaca sobre todo la reflexión sobre su ejercicio profesional y la formación.

Indirectamente, estas sugerencias para evitar los errores están identificando sus posibles causas, aunque posteriormente se deberían investigar directamente estas causas, desde el enfoque clásico de la multicausalidad de los errores y el modelo del denominado «el queso de Reason»²⁶.

A pesar de que el presente trabajo tiene varias limitaciones o sesgos, sobre todo porque se basa en la percepción de los residentes, creemos que ha facilitado información orientativa de interés. En cuanto a la validez interna el cuestionario y las preguntas se han validado parcialmente mediante la validación cualitativa de los contenidos realizada por expertos y el estudio piloto previo.

Sería interesante la realización de más estudios sobre los errores médicos de los residentes, la percepción y la actitud de los tutores de este u otro grupo de residentes, y sobre los médicos de AP, y las posibles comparaciones entre ellos, con el fin de buscar modelos explicativos de las diferencias encontradas y su posterior aplicación práctica.

Como conclusiones, podemos decir que los residentes son conscientes de haber cometido errores, incluidos algunos graves. Todos han aprendido de sus errores. También identifican algunas repercusiones de los errores, y piensan que conocen las medidas que tienen que tomar para evitar dichos errores. El material obtenido puede y debe ayudar a mejorar la formación de los residentes en esta área tan importante.

Aclaración

Datos parciales de este estudio se han presentado como comunicación-póster a la II Jornada sobre mejora de la Seguridad del Paciente en Atención Primaria, celebrada en Granada el 29 de mayo de 2009.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales, y a la Consejería de Sanidad de La Región de Murcia, a través de cuyo Convenio de colaboración para la Implantación de Prácticas Seguras (convocatoria 2008-2010), se ha realizado este estudio.

A los residentes de medicina familiar y comunitaria de la promoción 2007-2011, de la Unidad Docente de Murcia, por su participación espontánea y sincera en la cumplimentación de la encuesta.

Bibliografía

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. National Academy Press. Washington DC. 1999. Disponible en: <http://www.nap.edu/books/0309068371/html/1.html>.
2. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio ENEAS: Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2006. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/consumer/20recom.htm>; http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf.
3. World Health Organization. Quality of care: Patient Safety. WHA55.18. Fifty-fifth World Health Assembly. Genova, 18 May 2002. Disponible en: http://www.wpro.who.int/health_topics/quality_patient_safety/.
4. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety, Forward Programme 2005. Geneva: WHO. 2004. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.
5. European Commission. DG Health and Consumer Protection. Patient Safety: Making it happen. Luxembourg. Declaration on Patient Safety. 5th April 2005. Disponible en: <http://www.cpme.be>.
6. Consejo de Europa. La seguridad del Paciente: Un Reto Europeo. Varsovia, 13-15 Abril 2005. Disponible en: www.coe.int/T/E/SocialCohesion/health/ConferenceProgramme/.
7. Council of Europe. Recommendation Rec (2006)7 of the Comité of Ministers to member status on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. 24th May 2006. Disponible en: <https://wcd.coe.int>.
8. Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Summary. July 2001. AHRQ Publication No. 01-E057. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville (MD). Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/summary.htm>.
9. Safe Practices for Better Healthcare: A Consensus Report. Summary. The National Quality Forum. August 2003. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/qual/nqfpract.htm>.
10. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. AHRQ, August 2004, 75 pp. Publication No. 04-0051-1.
11. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2008. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf.
12. Modak I, Thomas E, Sexton J, Lux T, Cheng L, Helmreich R. Measuring Safety Culture in the Ambulatory Setting: The Safety Attitudes Questionnaire—Ambulatory Version. *J Gen Intern Med*. 2007;22:1–5.
13. Kirk S, Parker D, Claridge T, Esmail A, Marshall M. Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. *Qual Saf Health Care*. 2007;16: 313–20.
14. Gaal S, Verstappen W, Wersing M. Patient safety in primary care: a Survey of general practitioners in the Netherlands. *BMC Health Services Research*. 2010;10:21. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/21>.
15. Palacio Lapuente F, Grupo de Trabajo para la Mejora de la Seguridad del Paciente de semFYC. Actuaciones para la mejora de la seguridad del paciente en atención primaria. *FMC*. 2008;15:405–7.
16. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2008. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Estudio_APEAS_resumen.pdf; <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/resumenEstudioApeas2008.htm>.
17. Boat TF, Chao S, O'Neill PH. From waste to value in health care. *JAMA*. 2008;299:568–71.
18. Agencia de Calidad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2006. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pnccalidad/notaPrensa20060323TextoIntegro.pdf>; <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>.
19. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente, 2008. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Indicadores_buenas_practicas_SP_Resultados_medicion_hospitales_SNS.pdf.
20. Orden 1198/2005 de 3 de marzo por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado, núm. 105 (3 de mayo de 2005). Disponible en: <http://www.msps.es/profesionales/formacion/docs/mediFamiliar07.pdf>.
21. Resolución de 5 de diciembre de 2008, de la Secretaría General de Sanidad, por la que se publica el Convenio de colaboración, entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios. Boletín Oficial del Estado, núm. 5 (6 de enero de 2009). Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2009/01/06/pdfs/BOEA-2009-233.pdf>.
22. Decreto n.º 241/2009, de 24 de julio, por el que se regula la concesión directa de una subvención a la fundación para la formación e investigación sanitarias de la Región de Murcia, en materia de actividades para fomentar el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios. Boletín Oficial de la Región de Murcia, núm. 172 (28 de julio de 2009). Disponible en: <http://www.carm.es/borm/documento?obj=bol&id=39935>.
23. Saura Llamas J, Grupo de Seguridad del Paciente de la semFYC. La seguridad del paciente, un área competencial y una oportunidad formativa para los residentes de medicina familiar y comunitaria. *Aten Primaria*. 2010;42:539–40.
24. Borrell F, Toll J, Matamoros J, Martí M, León M. Errors clí nics percebuts pel metge de capçalera. *Salut Catalunya*. 1996;10:22–5.
25. Borrell-Carrión F, Páez Regadera C, Suñol Sala R, Orrego Villagan C, Gil Terrón N, Martí Nogués M. Errores clínicos y eventos adversos: percepción de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2006;38:25–32.
26. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000;320:768–70.