

Grado de conocimiento, identificación y notificación de eventos adversos respecto a la seguridad del paciente entre el personal médico interno residente de Medicina Familiar y Comunitaria de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha

Degree of knowledge, identification and reporting of adverse events in regard to patient safety among family and community medicine residents in the Spanish autonomous community of Castilla-La Mancha

Mayelén Andrea González Alzuru^a, Ana Carolina de Jesús Cardoso Mendes^a, Juan Nicolás Genao Gil^a, Pedro José González Pedraza^a, Paula López Ruiz^b y Alejandro Villarín Castro^c

^a Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Toledo. Toledo (España)

^b Licenciada en Ciencias Químicas. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Toledo. Toledo (España)

^c Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Dirección General de Recursos Humanos y Transformación. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Toledo (España)

CORREO ELECTRÓNICO:

Mayelén Andrea González Alzuru.
mayeleng@sescam.jccm.es

Recibido el 31 de marzo de 2026.
Aceptado para su publicación el 29 de junio de 2026



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

RESUMEN

Objetivo: determinar el grado de conocimiento, identificación y notificación de efectos adversos en seguridad del paciente entre el personal médico interno residente (mir) de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) de Castilla-La Mancha (CLM).

Material y métodos: estudio observacional, transversal y descriptivo. Cuestionario autoadministrado elaborado *ad hoc*, distribuido telemáticamente a residentes de MFyC de las distintas unidades docentes de CLM. Incluyó preguntas sobre conocimientos en seguridad del paciente y datos socio-demográficos.

Resultados: se recibieron 89 respuestas (tasa de respuesta: 25,2%), con un 68,53% mujeres. El 61,79% recibió formación en seguridad del paciente durante el grado universitario, el 16% en la residencia y el 15,53% en formación no obligatoria. El 39,92% de residentes reportó haber sufrido algún incidente durante su residencia, aunque solo el 12,4% notificó el incidente. El 32,58% conoce el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP); la herramienta más usada fue la del Instituto para el Uso Seguro del Medicamento (ISMP) (50%). El 89,77% percibe los incidentes como negativos y el 65,16% teme que puedan conllevar sanciones. Los y las residentes de primer año (R1) notifican más que otros grupos ($p < 0,05$) y los de tercer año (R3) reportan más incidentes (37,1%). El 100% de quienes notificaron modificaron su conducta para evitar la repetición.

Conclusiones: la formación en seguridad del paciente es insuficiente durante el grado universitario y la residencia. La baja tasa de notificación se asocia a un conocimiento limitado y al temor a sanciones.

Palabras clave: seguridad del paciente; manejo de riesgo; Atención Primaria; residencia médica.

ABSTRACT

Aim: to evaluate the degree of knowledge, identification and reporting of adverse events in regard to patient safety among Family and Community Medicine (FCM) medical residents (MR) in Castilla-La Mancha (CLM), Spain.

Methods: observational, cross-sectional, descriptive study. Participants included Family and Community Medicine (FCM) medical interns from all Teaching Units across CLM. Data collection was performed by a self-administered, ad hoc questionnaire distributed electronically, comprising items to evaluate knowledge of patient safety and gathering relevant sociodemographic information.

Results: eighty-nine responses were received (25.2% response rate), with 68.53% female respondents. Patient safety training was reported by 61.79% during medical school, 16% during residency, and 15.53% through non-mandatory courses. A total of 39.92% underwent an adverse event during residency; however, only 12.4% formally reported these incidents. Awareness of the SiNASP system was noted by 32.58%, with the Institute for Safe Medication Use's reporting tool used most commonly (50%). Most interns (89.77%) perceived adverse events negatively, and 65.16% feared potential sanctions. First-year residents were significantly more likely to report incidents ($p < 0.05$), whereas third-year residents experienced the highest incidence rate (37.1%). Importantly, all interns who reported events subsequently altered their behaviour to prevent recurrence.

Conclusions: training in patient safety as a medical undergraduate and residency remains insufficient. Underreporting is linked to limited knowledge and fear of punitive consequences.

Keywords: medical internship; patient safety; Primary Care; risk management.

INTRODUCCIÓN

La medicina moderna ha aportado grandes avances, aunque cada intervención médica conlleva riesgos que pueden ocasionar errores y eventos adversos¹. Actualmente, existe una creciente concienciación sobre la iatrogenia y se han hecho importantes esfuerzos para mejorar la seguridad del paciente^{1,2}. Esta se fundamenta en dos pilares: la teoría del error de Reason y la cultura de seguridad (CS)³. Reason plantea que el error humano es inevitable, por lo que los sistemas deben rediseñarse para ser más resistentes y detectar fallos precozmente³. La CS implica compromiso institucional e individual, y la promoción de un clima de confianza donde los errores son oportunidades de aprendizaje y no de culpabilización^{3,4}. En este sentido, se han llevado a cabo iniciativas para medir la cultura de seguridad del paciente que se han trasladado también a nuestro país, como el cuestionario Medical Office Survey on Patient Safety (MOSPS)⁵.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), dentro del modelo de seguridad asistencial se distinguen el incidente crítico y el evento adverso^{3,6}. El primero se refiere a cualquier suceso que pueda causar daño leve e innecesario, mientras que el segundo se traduce en un daño efectivo, físico, psicológico o social³. La mayoría de eventos adversos resultan de cadenas de errores evitables¹. Estudiar estos elementos ayuda a identificar patrones y reducir errores. La notificación de incidentes, con o sin daño, busca precisamente este aprendizaje y mejora^{1,2,7}.

El estudio Atención Primaria: Efectos Adversos y Seguridad (APEAS), sobre la seguridad de las y los pacientes en Atención Primaria en España, publicado en 2008, mostraba una prevalencia de incidentes del 0,74% y una prevalencia de eventos adversos del 1,11% (el 7,3% de los cuales se consideró grave). Los autores planteaban que hasta el 7% del conjunto de la población podría verse afectado a lo largo de 1 año. Llama la atención que hasta un 70% de los eventos adversos fueron claramente evitables⁸.

En España hay diversos sistemas de notificación, como el de farmacovigilancia, el ISMP y el SiNASP^{6,9}.

El SiNASP es una herramienta del Ministerio de Sanidad para registrar y analizar incidentes en el Sistema Nacional de Salud^{4,6}. Se basa en modelos internacionales y demandas nacionales, y busca cumplir criterios ideales: confidencialidad, anonimato, independencia, análisis experto y difusión de mejoras⁴.

En el informe SiNASP 2023⁹, se analizaron 425 notificaciones en Atención Primaria (frente a 670 en 2019) y 5.678 en atención hospitalaria (5.222 en 2019). A finales de 2020, había 616 centros de salud dados de alta, pero solo un 17% notificó incidentes. CLM fue la segunda comunidad con más centros inscritos (138), aunque solo se registraron siete notificaciones⁹.

En atención hospitalaria, el error más frecuente fue la mala gestión organizativa (21,4%), mientras que en Atención Primaria destacaron los relacionados con medicación (20,2%) y cuidados (9,5%)⁹, en consonancia con lo mostrado en el estudio APEAS⁸. En hospitales, solo un 19,7% de las notificaciones las hicieron médicos, frente al 44,8% que se contabilizaron en Atención Primaria. Sin embargo, las y los residentes apenas participaron: únicamente el 2,1% de las notificaciones en Atención Primaria provino de este colectivo^{9,10}. Los errores más notificados son aquellos que llegan al paciente^{7,9}.

Entre las principales barreras de notificación en Atención Primaria, destacan la sobrecarga laboral y el miedo a consecuencias punitivas⁴. Para minimizarlo, el sistema garantiza anonimato electrónico⁴.

La revisión bibliográfica realizada para este trabajo revela la ausencia de estudios sobre la cultura de seguridad del paciente entre residentes de MFyC en CLM. Por ello, se plantea el presente estudio, cuyo objetivo es determinar el grado de conocimientos sobre seguridad del paciente en este colectivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal con el objetivo de determinar el grado de conocimiento, identificación y notificación de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente entre personal mir de MFyC de CLM.

La población de estudio estuvo compuesta por la totalidad de residentes en activo en 2023, distribuidos en las unidades docentes de Albacete, Alcázar de San Juan (Mancha Centro), Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, Talavera de la Reina y Toledo, con un total de 353 mir (89 de primer año, 85 de segundo, 91 de tercero y 88 de cuarto). Se incluyeron a las y los residentes en activo que manifestaron su

deseo de participar voluntariamente, excluyendo a quienes se encontraban de baja, en rotaciones externas u otras circunstancias que impidieran su participación.

No se empleó técnica de muestreo, ya que se optó por un enfoque censal sobre la totalidad de la población objetivo. La recogida de datos se hizo mediante un cuestionario autoadministrado, anónimo y elaborado *ad hoc* en formato Google Forms (anexo 1), distribuido telemáticamente a través de los responsables de las unidades docentes. Dada la inexistencia de un cuestionario validado sobre esta temática, el instrumento fue diseñado a partir de preguntas utilizadas en estudios previos. Las variables empleadas se distribuyeron en sociodemográficas, relacionadas con el grado de formación, relacionadas con los incidentes experimentados, relacionadas con el nivel de conocimiento sobre los sistemas de notificación, relacionadas con la repercusión de los incidentes en la actividad asistencial de las y los residentes y en su relación con el entorno, y relacionadas con la notificación.

Con respecto al análisis estadístico, se utilizó el test de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad de las variables. Se emplearon como medidas de tendencia central la media aritmética y la mediana; como medidas de posición, los percentiles, y como medidas de dispersión, el error estándar de la media, el rango intercuartílico y el intervalo de confianza del 95%. En el análisis bivariable, según el tipo de variables, se aplicó la prueba de ji al cuadrado para la comparación de proporciones, la T de Student o el análisis de varianza (ANOVA) para la comparación de dos o más medias, y en caso de distribución no paramétrica, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney o el test de Kruskal-Wallis. El grado de asociación entre variables cuantitativas se determinó mediante el coeficiente de correlación de Pearson, o el coeficiente de Spearman en caso de distribuciones no normales. Se estableció un nivel de significación estadística de 0,05.

Los datos obtenidos se trataron salvaguardando el anonimato y la confidencialidad de las personas participantes, según lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, y la Declaración de Helsinki. Se obtuvo del dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación Clínica con Medicamentos del Complejo Hospitalario Universitario de Toledo (n.º 1013).

RESULTADOS

La población de estudio incluyó a 353 residentes de MFyC, de los cuales obtuvimos 89 respuestas, representando una tasa de respuesta del 25,20%. La distribución por sexo muestra que el 68,50% de las respuestas pertenecen a mujeres (intervalo de confianza [IC] 95%: 57,83-77,97%). La edad de quienes participaron fue de entre 24 y 45 años, con una media de $29,18 \pm 4,57$ años.

En cuanto a las unidades docentes, Toledo registró la mayor participación, con el 49,43% de las respuestas (IC 95%: 38,66-60,24%). Los y las R1 fueron quienes más respondieron (38,20%; IC 95%: 28,10-49,11%), mientras que las y los R4 participaron en menor proporción (14,60%; IC 95%: 8,01-23,68%) (tabla 1).

En relación con la formación en seguridad del paciente, el 62% de residentes (IC 95%: 50,88-71,90%) ha recibido formación durante el grado de Medicina, pero solo el 15,63% (IC 95%: 50,88-71,90%) ha realizado formación no obligatoria en su trayectoria profesional. Apenas el 11,23% (IC 95%: 5,51-19,69%) recibió formación (obligatoria o no) en el último año.

El 24,71% (IC 95%: 16,18-34,99%) de las y los residentes ha sufrido algún incidente de seguridad del paciente en el último año, y un 39,32% (IC 95%: 29,13-50,25%) reportó incidentes a lo largo de su residencia.

Tabla 1. Distribución de respuestas según unidad docente y según año de residencia

	ÍTEMS	NÚMERO DE RESIDENTES	NÚMERO DE RESPUESTAS	PORCENTAJE DE RESPUESTAS	PORCENTAJE DE REPRESENTACIÓN EN EL TOTAL DE LA MUESTRA
Unidad docente	Albacete	76	12	15,78%	14,24%
	Ciudad Real	71	12	16,90%	12,55%
	Cuenca	32	11	34,37%	12,44%
	Guadalajara	51	1	1,96%	1,15%
	Mancha Centro	29	6	20,68%	6,74%
	Talavera de la Reina	44	3	6,81%	3,45%
	Toledo	50	44	88%	49,43%
Año de residencia	R1	89	34	38,20%	38,20%
	R2	85	23	27,05%	25,84%
	R3	91	19	20,87%	21,36%
	R4	88	13	14,77%	14,60%

El 67,41% (IC 95%: 56,65-76,97%) de residentes no conoce el SiNASP, lo que contrasta con el 82% (IC 95%: 72,45-89,36%) que conoce el Sistema Español de Farmacovigilancia (SEF) y el 53,93% (IC 95%: 43,03-64,55%) que conoce el sistema de notificación del ISMP.

El 89,77% (IC 95%: 81,47-95,21%) de residentes considera que los incidentes afectan negativamente la actividad asistencial, y el 65,16% (IC 95%: 54,33-74,96%) opina que los mismos supondrían una penalización si se conocieran. Del total de residentes, 49,43% (IC 95%: 38,66-60,24%) refiere no haber tenido incidentes, un 38,20% (IC 95%: 28,10-49,11%) sufrió incidente sin notificarlo, y tan solo un 12,36% (IC 95%: 6,33-21,03%) habían sufrido un incidente y lo había notificado.

En cuanto al conocimiento de tipos de incidentes, solo el 2,24% (IC 95%: 0,27-7,88%) de las personas encuestadas refirió conocer los errores relacionados con la medicación, mientras que la mayoría conocía los errores de identificación de pacientes (83,14%; IC 95%: 73,73-90,24%) y los errores de comunicación (60,67%; IC 95%: 49,75-70,86%). Ningún residente seleccionó la opción «ninguno», lo que indica que todos conocían al menos un tipo de error (figura 1).

Los incidentes más frecuentes experimentados por las personas encuestadas fueron los relacionados con la identificación de pacientes (83,1%) y los errores de comunicación (60,7%). Solo un 2,2% reportó incidentes relacionados con la medicación (figura 2).

En cuanto a la pregunta sobre el incidente percibido como más negativo, los errores de comunicación fueron los más señalados (31,25%; IC 95%: 20,24-44,05%), seguido de la identificación inco-

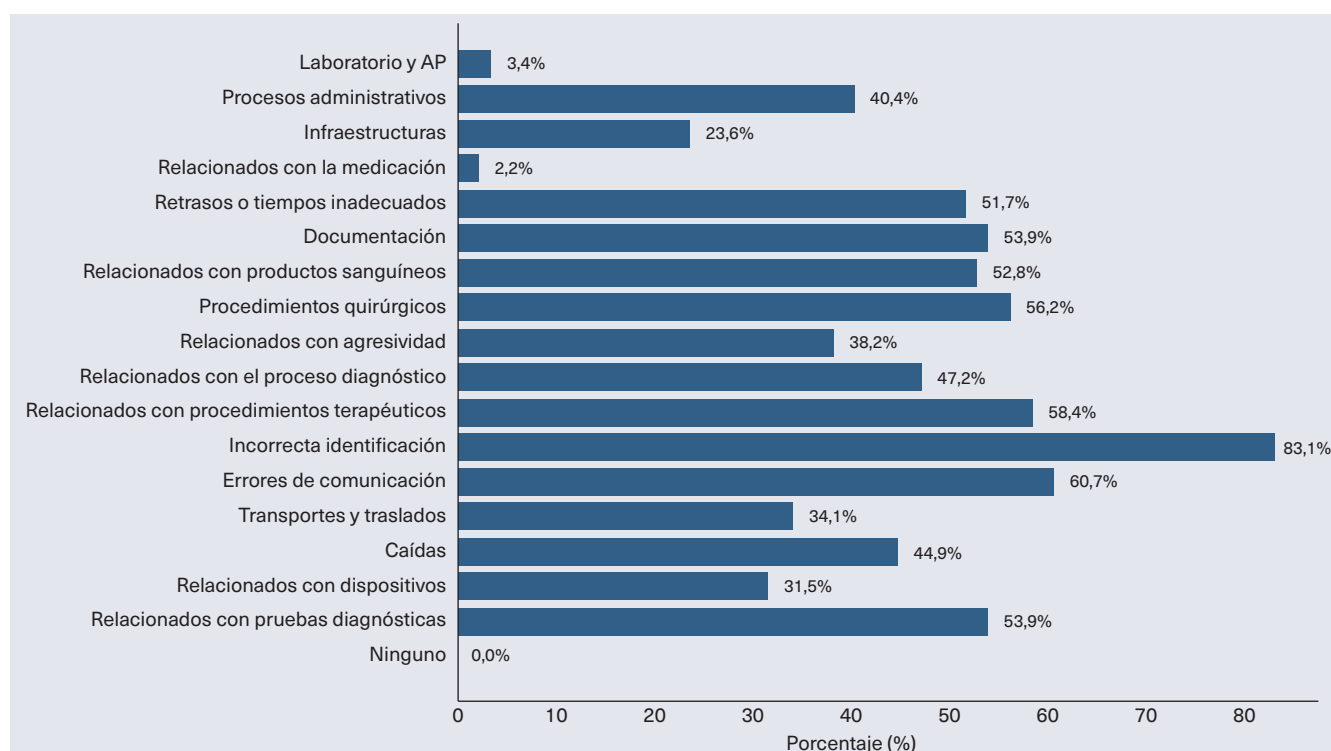
recta (17,18%; IC 95%: 8,90-28,67%) y los errores relacionados con el diagnóstico y con los procedimientos (9,37%; IC 95%: 3,51-19,29%) (figura 3).

De las y los residentes que habían notificado incidentes sufridos, un 36,36% (IC 95%: 10,92-69,21%) lo había hecho a través del SiNASP; un 45,45% (IC 95%: 16,74-76,62%), mediante el ISMP, y un 9,09% (IC 95%: 0,23-41,27%), a través del SEF. De los que conocían el SEF, tan solo un 13,69% (IC 95%: 6,76-23,75%) lo utilizó para notificar ($p = 0,02$), frente a un 12,50% (IC 95%: 4,72-25,24%) de los que conocían el ISMP ($p > 0,05$) y un 20,69% (IC 95%: 7,99-39,72%) de los que conocían el SiNASP ($p > 0,05$). Un 36,36% (IC 95%: 10,92-69,21%) de los que recibieron formación no obligatoria en el último año notificó los incidentes, frente a un 8,82% (IC 95%: 1,85-26,67%) de notificación por parte de los que no recibieron ninguna formación ($p = 0,03$).

Se ha observado una variación en las tasas de notificación entre los diferentes años de residencia, siendo las y los R1 los más proclives a notificar (45,45%; IC 95%: 16,74-76,62%), seguidos por los R2, con un 27,27% (IC 95%: 6,02-60,97%), los R4, con un 18,18% (IC 95%: 2,28-51,77%), y los R3, con un 9,09% (IC 95%: 0,23-41,27%) ($p = 0,001$). Respectivamente, quienes sufrieron más incidentes durante la residencia fueron los R3, con un 37,14% (IC 95%: 21,47-55,07%) del total, seguidos por los R2, con un 34,28% (IC 95%: 19,13-52,21%), y los R4, con un 28,57% (IC 95%: 14,63-46,30%). Los R1 ocupan un 0% ($p < 0,001$).

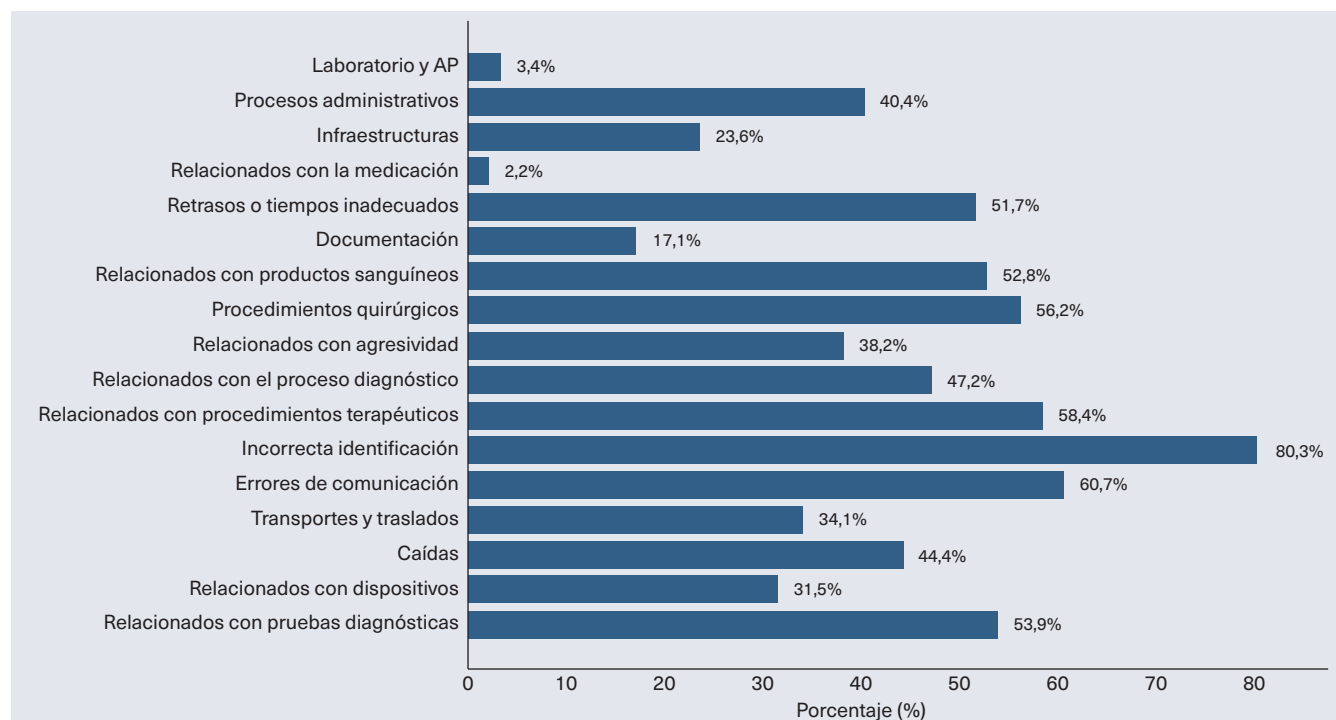
El 100% del personal residente que notificó un incidente cambió de actitud para evitar que le volviera a ocurrir. De los que no notifica-

Figura 1. Representación gráfica del porcentaje de residentes que han afirmado conocer cada uno de los tipos de error reflejados en la encuesta



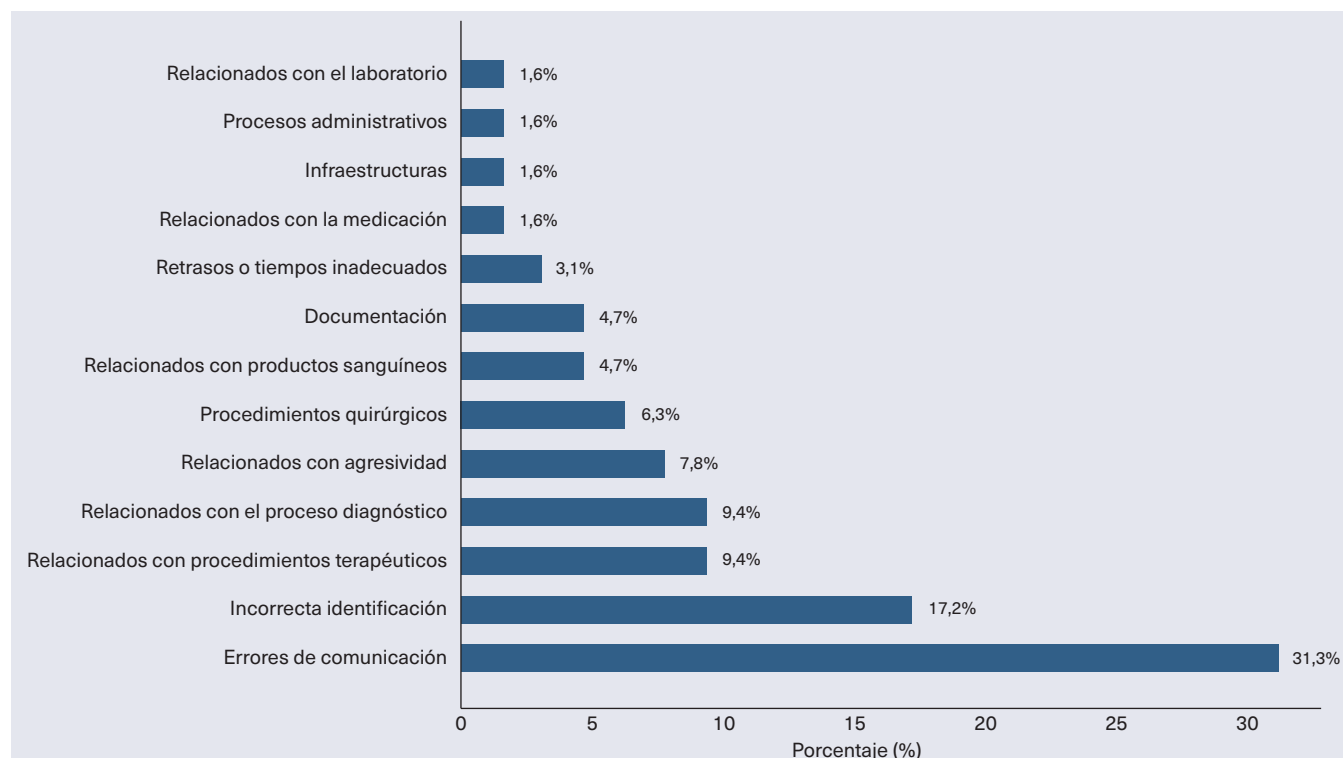
AP: Atención Primaria.

Figura 2. Incidentes sufridos por las y los residentes



AP: Atención Primaria.

Figura 3. Incidente percibido como el más negativo



ron, el 94,11% (IC 95%: 80,32-99,28%) manifestó que cambió de actitud tras haber sufrido un incidente ($p < 0,001$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a cambio de actitud o año de residencia entre las diferentes unidades docentes de MFyC de CLM.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio parece evidenciar una notable deficiencia en la formación sobre seguridad del paciente y en el conocimiento de los sistemas de notificación de incidentes, tanto durante el grado de Medicina como en la residencia. Esta carencia plantea la existencia de un bajo interés en participar en formaciones voluntarias sobre el tema. La tasa de notificación de incidentes es baja, y entre los factores que pueden condicionar este fenómeno se destaca el limitado conocimiento sobre los sistemas de notificación, siendo el SiNASP uno de los menos conocidos por el personal residente pese a ser uno de los más importantes a nivel nacional.

El temor a la notificación parece ser un factor que se ha de tener en cuenta de cara al planteamiento de estrategias futuras, ya que sería un condicionante significativo de la baja notificación¹⁰. Es plausible que, mejorando los conocimientos en seguridad del paciente y, sobre todo, en las herramientas de notificación, este miedo disminuya, ya que, al tratarse de herramientas anónimas, las y los profesionales no tendrían que temer represalias ni juicios de valor por parte de sus colegas. Parece una hipótesis plausible que persisten muchos mitos en lo que respecta a la notificación, a pesar de asegurarse el anonimato.

El análisis de los resultados sugiere una disparidad entre el número real de incidentes y el número de notificaciones, lo que refleja la posible existencia de una barrera, probablemente formativa, que disuade al personal residente de informar sobre los incidentes que sufre. No obstante, es destacable que el 100% de quienes sí lo hicieron afirmó haber modificado su comportamiento para evitar futuros errores, aunque también lo hace el 94,1% de los que no notificaron, algo que, posiblemente, puede ser explicado por motivos éticos profesionales, autocrítica o temor a futuros errores. Ahora bien, valoramos positivamente que, independientemente de la notificación, la gran mayoría de residentes modifique sus comportamientos para evitar futuros errores, lo cual podría ser por presenciar experiencias ajenas o testimonios con cierto impacto moral, entre otras posibilidades. Todo esto puede deberse a que tenemos una cultura que incentiva poco la autocrítica. Afortunadamente, esta mentalidad está en constante transformación gracias a las mejoras educativas.

El conocimiento de los diferentes tipos de incidentes también es limitado en nuestra muestra. Si bien es cierto que, por percepción del propio sanitario en cuestión, se pudiera reconocer un potencial error, nuestro estudio parece plantear que no todos somos conocedores de los tipos de incidentes a los que podríamos enfrentarnos en un determinado momento. Nuestros residentes refieren los errores de identificación de los pacientes como los más reconocidos, mientras que los errores de comunicación se perciben como los más negativos. Llama mucho la atención que, en los resultados obtenidos, hay coincidencia de cifras entre los incidentes más co-

nocidos y los incidentes sufridos en ambos grupos. Una posible explicación de que exista una correspondencia entre la percepción del riesgo y la experiencia directa del mismo puede deberse a que las y los residentes tienden a conocer más aquellos errores que han experimentado o presenciado y donde el aprendizaje basado en las experiencias refuerza el mayor reconocimiento de riesgos específicos.

En cuanto a la comparación entre personal residente y personal médico de distintas especialidades (entre las que se incluye MFyC), se ha observado que los residentes tienden a reportar menos incidentes en comparación con los especialistas, posiblemente debido a la falta de retroalimentación constructiva y el miedo a represalias¹¹. Además, los sistemas de notificación de incidentes en Atención Primaria muestran que el personal médico especialista reporta más eventos adversos en comparación con las y los residentes debido a la falta de experiencia¹².

En el análisis de nuestros datos ha resultado particularmente llamativo e inesperado que los R1 sean los que más han notificado aún sin haber sufrido incidentes propios; esto podría deberse a que, al no estar sobrecargados o no tener el mismo nivel de responsabilidad clínica que residentes de mayor año, son más proclives a analizar el entorno de manera más crítica.

Según el informe del SiNASP 2023⁹, el personal médico de familia son las y los especialistas que más notifican incidentes en el desglose por especialidades médicas. La idea de una buena relación y supervisión tutor-residente también se contempla en otros trabajos nacionales, planteándose como una herramienta de seguridad adicional¹⁰ y creemos que guarda relación con los datos obtenidos, ya que, durante el primer año, el residente tiene el nivel más alto de supervisión de su etapa formativa.

Desde otro enfoque, en los primeros años de residencia se realizan formaciones en seguridad del paciente para residentes en todas las unidades docentes. Esta formación inicial les proporciona una base sólida para identificar e informar sobre situaciones relevantes, lo que se traduce en una mayor eficacia en la notificación, lo cual podría favorecer una actitud más proactiva y consciente hacia la notificación de eventos adversos. Sin embargo, esta observación abre una pregunta relevante: si todos los residentes reciben la misma formación en seguridad durante sus primeros años, independientemente de su unidad docente en CLM, ¿por qué los de años superiores no mantienen o incluso aumentan esa predisposición a notificar? Este fenómeno sugiere la posibilidad de un efecto de desgaste, es decir, una pérdida progresiva de sensibilidad o conciencia sobre la seguridad del paciente a medida que avanza la residencia, lo cual merece una reflexión profunda y podría implicar la necesidad de reforzar la formación y la cultura de seguridad de manera continua durante todo el período formativo. No obstante, no podemos descartar una influencia de la desigual participación de las y los residentes de diferentes años en la interpretación de nuestros resultados.

En otros centros españoles se integran diversas actividades, cursos, talleres y simulaciones sobre seguridad del paciente que abarcan todo el período de la residencia médica, algunos incluso establecen un número concreto de talleres al año⁷. Sería muy interesante po-

der plantear una formación continuada nacional y obligatoria en este ámbito que fuera homogénea y se impartiera tanto a residentes como a especialistas, pero su desarrollo e implementación puede suponer diferentes retos.

Por un lado, una mayor formación obligatoria en seguridad del paciente presenta claros beneficios, como la mejora en la identificación y gestión de riesgos, la reducción de errores clínicos y el fortalecimiento de una cultura de seguridad en los entornos sanitarios^{3,7}. Sin embargo, existen también desafíos asociados. En primer lugar, la posible sobrecarga curricular puede generar resistencia y desmotivación entre residentes, quienes ya enfrentan una importante carga horaria. Además, la implementación de formación de calidad requiere recursos significativos, lo que puede suponer una carga para las instituciones educativas y sanitarias. Asimismo, corremos el riesgo de que, si el entorno no es el adecuado, la formación se quede en un cumplimiento formal y no se traduzca en mejores prácticas.

No solo es importante contar con una formación adecuada para detectar y notificar incidentes, como ya hemos comentado, sino que también lo es contar con un entorno que facilite que seamos conscientes de ello. Un estudio realizado en Galicia para determinar la cultura de seguridad del paciente entre residentes de MFyC basado en el MOSPS mostró como áreas fuertes las dimensiones «aprendizaje organizacional» y «trabajo en equipo»¹³. En un estudio realizado entre residentes de radiología en varios hospitales de Pakistán¹⁴, se observó que alrededor de un 97% de los y las residentes habían sido conscientes de sus errores a través de reuniones con sus tutores, consultas de seguimiento de pacientes y comentarios de sus colegas. Por eso, además de cursos, deberíamos potenciar otro tipo de estrategias formativas más enfocadas al control de errores (entrevistas tutor-residente, incidentes críticos, sesiones clínicas...). Nuestros resultados arrojan datos esclarecedores acerca de este punto, correspondiendo la tasa más alta de notificación con aquellos que han recibido formación no obligatoria.

En nuestro caso, los principales incidentes sufridos se corresponden con errores en la identificación y comunicación del paciente, mientras que los errores de medicación ostentan el último lugar. Podemos comparar nuestros resultados con los obtenidos en el informe del SiNASP del año 2023⁹, donde se observó que las principales categorías de incidentes notificados fueron medicación, cuidados y gestión organizativa de recursos, y la categoría de errores de identificación ocupó el décimo lugar. De igual manera, en el estudio APEAS los factores causales más frecuentes de los efectos adversos eran los relacionados con la medicación, los cuidados y la comunicación⁸. Taboada et al., en un estudio llevado a cabo en Galicia, que tiene en cuenta tanto el ámbito de la Atención Primaria como el de atención hospitalaria, también observaron que la principal categoría de incidentes notificados en Atención Primaria se correspondía con los de medicación, seguido por los errores de identificación y de gestión de recursos¹⁵. Probablemente, esto se deba a que en estos estudios la mayoría de notificaciones las habían hecho médicos especialistas y no residentes.

Los incidentes sufridos por las y los residentes, especialmente durante las guardias, parecen ser un área de interés crítica debido a la alta exposición a errores médicos en estos períodos (jornadas de 24

horas, mayor presión asistencial, déficit de sueño...) ¹⁶. En el ámbito de la MFyC, el personal residente está expuesto a diversos entornos como puntos de atención continuada en Atención Primaria, urgencias hospitalarias y emergencias extrahospitalarias (unidad de vigilancia intensiva-móvil [UVI-móvil]). Un estudio relevante muestra que el personal médico residente reporta una alta carga de horas de trabajo, con turnos continuos prolongados y una deuda de sueño significativa, factores que se asocian independientemente con errores médicos autoinformados ¹⁶.

Hemos observado que el sistema de notificación más utilizado por las y los residentes en nuestra muestra es el del ISMP, seguido por el SiNASP y, en tercer lugar, el SEF. Esta preferencia por el ISMP podría explicarse porque su formulario no requiere especificar el centro sanitario donde ocurrió el incidente, lo que genera una mayor sensación de anonimato y reduce el miedo a represalias. Sin embargo, aunque los residentes reportan haber recibido más formación sobre el SiNASP que sobre otros sistemas, parecen estar más familiarizados con el ISMP. Esto parece indicar que la formación sobre el SiNASP ha tenido escaso impacto, y que factores como la percepción de anonimato y el conocimiento práctico real influyen más en la elección del sistema de notificación que la formación recibida.

Aunque la tasa de respuesta fue inferior a la esperada, incluso tras varios recordatorios, esta limitación nos impulsa a replantear estrategias que mejoren la participación en futuras investigaciones. Si bien ello puede haber reducido parcialmente la validez externa, consideramos que los datos obtenidos permiten visibilizar aspectos relevantes de la realidad formativa en nuestra comunidad. No obstante, la interpretación de nuestros resultados puede estar condicionada por esta circunstancia y la desigual distribución de la participación entre las diferentes unidades docentes. La baja tasa de respuesta obtenida en nuestro estudio (25,2%) guarda cierta similitud con otros estudios reportados de CLM, donde también se alcanzaron tasas de participación limitadas^{17,18}, lo que pone de manifiesto una tendencia general de escasa implicación en este tipo de encuestas entre profesionales de la sanidad, posiblemente atribuible a la sobrecarga laboral y al desinterés por ciertas temáticas percibidas como secundarias en la práctica clínica. Por otra parte, algunos estudios mencionan que la tasa de respuesta en encuestas online se encuentra en torno al 25-30%, aunque puede mejorarse por medio de mensajes de seguimiento¹⁹. Hemos comparado además nuestro trabajo con un estudio de similares características realizado entre personal médico residente de varios hospitales de Japón²⁰ donde obtuvieron una tasa de respuesta del 11%. Podríamos pensar que en una cultura tan responsable y eficiente como la japonesa sería más sencillo obtener tasas de participación altas, pero como comentan los autores de ese trabajo, en consonancia con nosotros, la seguridad del paciente no se muestra como un tema atractivo para las y los residentes, ni se logra integrar en la práctica clínica de forma consistente.

En esta línea, es posible que pueda haberse dado un sesgo de selección, de modo que hayan participado las y los residentes más sensibilizados o interesados en la seguridad del paciente. Sin embargo, nuestros resultados se encuentran en la línea de otros estudios, y las respuestas referidas a la formación voluntaria o el conocimiento sobre los diferentes sistemas de notificación parecen ser congruentes con una distribución más homogénea de las respuestas.

Nuestro estudio se sitúa entre los primeros en abordar la seguridad del paciente desde la perspectiva del personal residente de MFyC, un ámbito escasamente explorado en nuestro país. La somera bibliografía disponible limita la comparación con otros trabajos, pero refuerza el valor pionero de nuestros hallazgos y la necesidad de seguir profundizando en esta línea.

Es crucial desmitificar el miedo a la notificación de errores y fomentar una cultura en la que reportar incidentes se vea como una oportunidad de aprendizaje y mejora, en lugar de considerarlo un proceso punitivo. Este cambio de paradigma contribuiría a la elaboración de estrategias para mejorar la calidad asistencial y la percepción que las y los residentes tienen de sus propios errores y del sistema de notificación.

En conclusión, nuestro estudio parece revelar una formación insuficiente en seguridad del paciente y un bajo conocimiento del SiNASP. El desconocimiento y la percepción de riesgo asociados a la notificación de incidentes siguen siendo barreras clave, a pesar del carácter anónimo de los sistemas existentes.

Creemos que una formación continua, práctica y bien integrada a lo largo de toda la residencia es fundamental para consolidar una cultura real de seguridad del paciente. Se recalca la imperiosa necesidad de continuar con esta línea de investigación, tanto a nivel regional como nacional, mejorar la capacidad formativa de nuestro sistema de formación especializada, ampliar el conocimiento del conjunto de profesionales de nuestro país y dotar de herramientas tan importantes como las analizadas en este trabajo para la mejora de la práctica clínica y la calidad asistencial, poniendo una vez más el foco en el paciente.

FINANCIACIÓN

Este estudio no ha contado con financiación externa.

CONFLICTO DE INTERESES

No existen conflictos de intereses que puedan influir en los resultados o en la interpretación del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oliva G, Álava F, Navarro L, Esquerra M, Lushchenkova O, Davins J, et al. Notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente en los hospitales de Cataluña durante el período 2010-2013. *Med Clin (Barc)*. 2014;143(Suppl 1):55-61.

2. Raimondi DC, Bernal SCZ, Matsuda LM. Patient safety culture from the perspective of workers and primary health care teams. *Rev Saúde Pública*. 2019;53:42.
3. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2017;28(5):785-95.
4. Vallejo-Gutiérrez P, Bañeres-Amella J, Sierra E, Casal J, Agra Y. Lessons learnt from the development of the Patient Safety Incidents Reporting and Learning System for the Spanish National Health System: SiNASP. *Rev Calid Asist*. 2014;29(2):69-77.
5. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.
6. Guerra-García MM, Campos-Rivas B, Sanmaful-Schwarz A, Virseda-Sacristán A, Dorego-López MA, Charle-Crespo Á. Descripción de factores contribuyentes en sucesos adversos relacionados con la seguridad del paciente y su evitabilidad. *Aten Primaria*. 2018;50(8):486-92.
7. Saura Llamas, J, Astier Peña, MP, Puntos Felipe, B. La formación en seguridad del paciente y una docencia segura en atención primaria. *Aten Primaria*. 2021;53 (Suppl 1):102199.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
9. Ministerio de Sanidad. Informe de incidentes de seguridad notificados 2023 (SiNASP) [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 [consultado: 9 de abril de 2025]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/sistemasInformacionNotificacion/incidentesEASNS/docs/SiNASP2023.pdf>
10. González Anglada MI, Garmendia Fernández C, Moreno Núñez L. Una estrategia para la formación en seguridad del paciente durante la residencia: desde el incidente crítico hasta la simulación. Parte 1. *Educ Med*. 2019;20(3):170-8.
11. Sudan S, Lewalski P, Arnetz J, Vanschagen J, Arnetz B. The association between attendings' feedback and residents' reporting of near-misses. *BMC Res Notes*. 2019;12(1):355.
12. Gens-Barberà M, Hernández-Vidal N, Vidal-Esteve E, Mengibar-García Y, Hospital-Guardiola I, Oya-Girona EM, et al. Analysis of patient safety incidents in primary care reported in an electronic registry application. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(17):8941.
13. Portela Romero M, Bugarín González R, Rodríguez Calvo MS. La cultura de seguridad del paciente en los médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia. *Aten Primaria*. 2017;49(6):343-50.
14. Saeed SA, Masroor I, Shafqat G. Learning from errors in radiology to improve patient safety. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2013;23(10):691-4.
15. Taboada P, Núñez AR, González RB. Comparación entre atención primaria y atención hospitalaria de los incidentes de seguridad que se produjeron en Galicia. *Med Gen Fam*. 2024;13(4):155-61.
16. Mul Fedele ML, López Gabeiras MDP, Simonelli G, Diez JJ, Bellone GJ, Cagliani J, et al. Multivariate analysis of the impact of sleep and working hours on medical errors: a MICE approach. *BMC Public Health*. 2023;23(1):2317.
17. Párraga Martínez I, González Hidalgo E, Méndez García T, Villarín Castro A, León Madrid A. Burnout y su relación con el estrés percibido y la satisfacción laboral en profesionales sanitarios de Atención Primaria de una Comunidad Autónoma. *Rev Clín Med Fam*. 2018;11(2):51-60.
18. Zambrano Bohorquez B, Villarín Castro A, Muñoz Bodas F, Gómez Rey I. Síndrome de burnout, resiliencia y miedo a la COVID-19 en personal sanitario durante la pandemia por SARS-CoV-2. *Rev Clin Med Fam*. 2022;15(3):134-42.
19. Sánchez Fernández J, Muñoz Leiva F, Montoro Ríos FJ. ¿Cómo mejorar la tasa de respuesta en encuestas on line? *Rev Estud Empres*. 2009;1:45-62.
20. Watari T, Kurihara M, Nishizaki Y, Tokuda Y, Nagao Y. Safety culture survey among medical residents in Japan: a nationwide cross-sectional study. *BMJ Open Qual*. 2023;12(4):e002419.

Anexo 1. Cuestionario

El siguiente cuestionario se realiza en el contexto de un proyecto de investigación en el ámbito de Atención Primaria. Su objetivo principal es valorar el grado de conocimiento, identificación y notificación de eventos adversos respecto a la seguridad del paciente que presenta el personal médico interno residente de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

Es una encuesta totalmente voluntaria y anónima.

El tratamiento de los datos personales se ajusta a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales, garantía de los derechos digitales y en el Reglamento (UE) 2016/679.

Edad _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Unidad docente: ☐ Albacete ☐ Mancha Centro ☐ Ciudad Real
☐ Cuenca ☐ Guadalajara ☐ Talavera de la Reina ☐ Toledo

Año de residencia: ☐ Mir 1 ☐ Mir 2 ☐ Mir 3 ☐ Mir 4

1. ¿Has realizado formación en seguridad del paciente durante la carrera?

☐ Sí ☐ No

2. ¿Has realizado formación complementaria en seguridad del paciente (aparte de la obligatoria) durante la residencia?

☐ Sí ☐ No

3. ¿Has realizado formación complementaria en seguridad del paciente de forma voluntaria (aparte de la obligatoria) en el último año?

☐ Sí ☐ No

4. ¿Has sufrido algún incidente respecto a la seguridad del paciente en el último año?

☐ Sí ☐ No

5. ¿Has sufrido algún incidente de seguridad del paciente durante la residencia?

☐ Sí ☐ No

6. ¿Conoces el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP)?

☐ Sí ☐ No

7. ¿Conoces el sistema español de farmacovigilancia?

☐ Sí ☐ No

8. ¿Conoces el sistema de notificación del Instituto para el Uso Seguro del Medicamento (ISMP)?

☐ Sí ☐ No

9. ¿Qué tipo(s) de incidente(s) conoces? (Puedes marcar más de una opción).

☐ Relacionados con la documentación (incluyendo confidencialidad).

☐ Relacionados con el laboratorio-anatomía patológica.

☐ Relacionados con un comportamiento alterado/agresivo.

☐ Relacionados con el proceso diagnóstico.

☐ Relacionados con la sangre y productos sanguíneos.

☐ Relacionados con los procesos administrativos.

☐ Relacionados con retrasos o tiempos inadecuados.

☐ Relacionados con los transportes y traslados.

☐ Relacionados con las infraestructuras.

☐ Relacionados con procedimientos terapéuticos.

☐ Relacionados con procedimientos quirúrgicos.

☐ Relacionados con las pruebas diagnósticas.

☐ Errores de comunicación.

☐ Relacionados con los equipos y dispositivos.

☐ Caídas.

☐ Relacionados con la incorrecta identificación de los pacientes.

☐ Relacionados con la medicación.

☐ Ninguno.

10. ¿Qué tipo(s) de incidente(s) has vivido? (Puedes marcar más de una opción).

☐ Relacionados con la documentación (incluyendo confidencialidad).

☐ Relacionados con el laboratorio-anatomía patológica.

☐ Relacionados con un comportamiento alterado/agresivo.

☐ Relacionados con el proceso diagnóstico.

☐ Relacionados con la sangre y productos sanguíneos.

☐ Relacionados con los procesos administrativos.

☐ Relacionados con retrasos o tiempos inadecuados.

☐ Relacionados con los transportes y traslados.

☐ Relacionados con las infraestructuras.

☐ Relacionados con procedimientos terapéuticos.

☐ Relacionados con procedimientos quirúrgicos.

☐ Relacionados con las pruebas diagnósticas.

☐ Errores de comunicación.

☐ Relacionados con los equipos y dispositivos.

☐ Caídas.

☐ Relacionados con la incorrecta identificación de los pacientes.

☐ Relacionados con la medicación.

☐ Ninguno.

11. ¿Qué tipo de incidente percibes como el más negativo? *(Debes marcar una única opción).*

- ☐ Relacionados con la documentación (incluyendo confidencialidad).
- ☐ Relacionados con el laboratorio-anatomía patológica.
- ☐ Relacionados con un comportamiento alterado/agresivo.
- ☐ Relacionados con el proceso diagnóstico.
- ☐ Relacionados con la sangre y productos sanguíneos.
- ☐ Relacionados con los procesos administrativos.
- ☐ Infección asociada a la asistencia sanitaria.
- ☐ Relacionados con retrasos o tiempos inadecuados.
- ☐ Relacionados con los transportes y traslados.
- ☐ Relacionados con las infraestructuras.
- ☐ Relacionados con procedimientos terapéuticos.
- ☐ Relacionados con procedimientos quirúrgicos.
- ☐ Relacionados con las pruebas diagnósticas.
- ☐ Errores de comunicación.
- ☐ Relacionados con los equipos y dispositivos.
- ☐ Caídas.
- ☐ Relacionados con la incorrecta identificación de los pacientes.
- ☐ Relacionados con la medicación.
- ☐ Ninguno.

12. ¿Percibes los incidentes como algo que repercute negativamente en tu actividad asistencial?

- ☐ Sí ☐ No

13. ¿Crees que te penalizarían o te tratarían de forma diferente en tu lugar de trabajo si se supiera que has tenido un incidente?

- ☐ Sí ☐ No

14. ¿Tras el incidente has cambiado tu actitud para evitar que te vuelva a suceder?

- ☐ Sí ☐ No

15. ¿Has notificado el incidente?

- ☐ Sí ☐ No

16. Si lo has notificado ¿Qué instrumento has usado?

- ☐ SiNASP.
- ☐ Sistema Español de Farmacovigilancia.
- ☐ Sistema de notificación del ISMP.

¡Muchas gracias por tu colaboración!