



## ARTÍCULO ESPECIAL

# La formación en seguridad del paciente y una docencia segura en atención primaria



José Saura Llamas<sup>a,b</sup>, María Pilar Astier Peña<sup>b,c,\*</sup> y Blanca Puntos Felipe<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Exjefe de Estudios de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de las Áreas V, VI y IX de Murcia, Servicio Murciano de Salud, IMIB – Arrixaca (Instituto Murciano de Investigación Biomédica), Murcia, España

<sup>b</sup> Grupo de Seguridad del Paciente de semFYC

<sup>c</sup> CS Universitat, Zaragoza, Servicio Aragonés de Salud, Universidad de Zaragoza, GIBA-IIS Aragón

<sup>d</sup> CS Actur Sur, Zaragoza, Servicio Aragonés de Salud

Recibido el 20 de septiembre de 2021; aceptado el 21 de septiembre de 2021

## PALABRAS CLAVE

Atención primaria;  
Atención familiar y comunitaria;  
Seguridad del paciente;  
Formación sanitaria especializada;  
Docencia segura;  
COVID-19

**Resumen** Este artículo de revisión y actualización tiene como objetivo plantear las dificultades y oportunidades para la formación en seguridad del paciente del personal de ciencias de la salud (grado, posgrado, formación especializada y continua), y algunas propuestas para llevarla a cabo. Muy brevemente trata esta formación específica y la situación actual en atención primaria, destacando que la seguridad del paciente es una necesidad, un área competencial y una oportunidad formativa para los residentes. Establece el marco general de la seguridad del paciente en atención primaria, teniendo como referencia el documento «Siete Pasos para la Seguridad del Paciente en Atención Primaria», planteando la necesidad de un abordaje sistémico. Destaca la elaboración y presentación de casos sobre errores clínicos como la estrategia formativa más frecuente. Los escenarios clínicos reales se relacionan con los pacientes de trato difícil, los incidentes críticos y la bioética en el ejercicio profesional. Estos escenarios presentan como característica común el hecho de producir dificultades y sufrimiento a todos los actores participantes. Se incluyen varios instrumentos para la formación en seguridad del paciente (SP). La meta, a medio plazo, es la consolidación de la seguridad clínica en la formación sanitaria especializada. Finalmente, se analiza la repercusión de la pandemia en la formación en seguridad del paciente, especialmente sobre la formación sanitaria especializada, haciendo propuestas de cómo llevar a cabo una docencia segura en tiempos de pandemia de COVID-19. © 2021 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [mpastier@gmail.com](mailto:mpastier@gmail.com) (M.P. Astier Peña).

## KEYWORDS

Primary care;  
Family and  
community care;  
Patient safety;  
Specialist healthcare  
training;  
Safe teaching;  
COVID-19

## Patient safety training and a safe teaching in primary care

**Abstract** This narrative review manuscript aims to raise the difficulties and opportunities for patient safety in specialised healthcare training considering undergraduate, postgraduate, specialist and continuing education, even during the COVID-19 pandemic. It also suggests some proposals for carrying it out. It very briefly discusses this specific training and its current situation in primary care. Highlighting that patient safety is a need, an area of competence and a training opportunity for residents. It establishes the general framework of patient safety in primary care in the document "7 steps for Patient Safety in Primary Care", stating the need for a systemic approach. It highlights the elaboration and presentation of cases on clinical errors as the most frequent training strategy. The real-life clinical scenarios relate to difficult patients, critical incidents and bioethics issues in professional practice. These scenarios have as common characteristics, the fact to produce difficulties and suffering for all the actors involved. Several instruments for training in patient safety are also included. The medium-term goal is to consolidate clinical safety in specialised healthcare training. Finally, an analysis is made of the impact of the pandemic on patient safety training, particularly on specialised healthcare training and some proposals are recommended on how to carry out safe teaching in the times of the COVID-19 pandemic.

© 2021 Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## La formación en ciencias de la salud en atención primaria

Siguiendo el esquema clásico del *continuum* formativo en ciencias de la salud, la formación en atención primaria (AP) comprende la formación de grado, la formación sanitaria especializada (FSE) y la formación continua<sup>1-3</sup>. Este artículo se centra en la FSE, aunque casi todo lo aquí expuesto, con diferente profundidad y enfoque, sirve para la formación de grado y continua en general.

En nuestro país, cada vez se asume más que la formación en AP debe realizarse en los centros de salud (CS)<sup>4</sup>, especialmente en los acreditados para la FSE en las especialidades de Atención Familiar y Comunitaria. En la [tabla 1](#) se describen algunos principios básicos para organizar la formación de los residentes en la AP y en los CS<sup>5</sup>, así como los pasos para organizar actividades docentes.

## Importancia de la formación en seguridad del paciente

Mejorar la calidad asistencial y la SP se ha convertido en objetivo prioritario de los sistemas de salud, que se ha concretado en líneas estratégicas fundamentales para las organizaciones sanitarias. Iniciativas de instituciones nacionales e internacionales, como la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS (2010)<sup>6</sup> y, más recientemente, el lanzamiento del Plan de Acción Mundial sobre Seguridad del Paciente 2021-2030, marcan las áreas de mejora también para la AP<sup>7</sup>.

En nuestro país, los estudios ENEAS<sup>8</sup>, centrados en atención hospitalaria, y APEAS<sup>9</sup>, centrados en atención primaria, han demostrado la importancia de los incidentes y eventos adversos. En nuestro sistema de salud, entre otras iniciativas y estrategias se han incluido: el apoyo a la planificación y el

desarrollo de los recursos humanos en salud, estableciendo como objetivo prioritario la información, sensibilización y formación a los profesionales sobre la SP en las diferentes comunidades autónomas<sup>10</sup>.

Aunque la importancia de la SP es asumida y reconocida desde hace tiempo, la formación que reciben los profesionales es escasa e incompleta, sobre todo en el grado, y aunque en la formación continua ha aumentado, no es suficiente para el adecuado desarrollo profesional; esta situación, no obstante, va mejorando progresivamente. La manera más eficiente para que un profesional de la salud y fundamentalmente el especialista adquiera una competencia, es que esta se incluya dentro del programa reglado de formación especializada en su periodo formativo como residente.

## Situación actual de la formación de la seguridad del paciente en atención primaria.

Dentro de la FSE de los médicos de familia, y tras revisar el Programa Oficial de la Especialidad (POE)<sup>11</sup>, se comprueba que la SP no está específicamente recogida como un área formativa ni como una competencia, y solo aparece de una manera secundaria y fragmentada como una mención en otras áreas.

Esta situación persiste con solo dos pequeñas actualizaciones. Desde 2015/2016 se incluyen expresamente aspectos concretos de SP como criterio de acreditación de las unidades docentes (UUDD) así como entre los criterios de evaluación de las auditorías docentes. Desde 2018<sup>12</sup>, se incluye también la SP entre los criterios para la evaluación de todas las rotaciones del residente. La competencia en seguridad del paciente se evalúa considerando si «*el residente contribuye a garantizar la SP y aplica las guías de práctica clínica*». Las discrepancias entre estas regulaciones ponen de manifiesto que la SP se considera como una competencia trascendente porque se evalúa (aunque sea de

**Tabla 1** Principios de la formación de los residentes en atención primaria y en el centro de salud

Principios	Justificación
El residente se debe formar prioritariamente en el centro de salud docente y en la consulta del médico de familia (tutor)	Aprender su especialidad donde y como va a ejercerla habitualmente
Al final de su formación el residente debe ser capaz de desempeñar adecuadamente todas las tareas y actividades de un médico de familia	Atender a un cupo de pacientes, siendo fiel a las principales características de la Atención Primaria de Salud
La formación de un residente se basa en la asunción progresiva de responsabilidades y de la carga de trabajo	Poco a poco. Al principio «proteger al residente de los pacientes»
La formación clínica y el acto médico son aspectos básicos en la formación del médico de familia	Cada paciente es una oportunidad formativa
El residente debe recibir una formación integral que desarrolle la atención a la familia y a la comunidad	Las familias y la comunidad ofrecen nuevas oportunidades formativas
El centro de salud docente tendrá una organización específica para la docencia	Con tiempo docente específico, bien delimitado y libre de otras actividades
La consulta docente tendrá una organización específica para la docencia	Con actividades específicas
La organización de la formación debe tener en cuenta las necesidades asistenciales, evitando los posibles efectos negativos sobre la población	Al principio «proteger a los pacientes del residente». «No hacer»
Un cupo docente debe tener una actividad asistencial inferior a la de un cupo no docente	Proteger o no perjudicar al tutor. «No es un cupo con dos médicos»
De la multitud de modelos de organización de la docencia existentes no hay información para determinar cuál es el mejor	La diversidad y la flexibilidad de los modelos son valores positivos
Los centros de salud y las consultas docentes necesitan unas mínimas condiciones estructurales para poder desarrollar su labor	Una infraestructura y condiciones ya conocidas, descritas y normativamente establecidas
Los médicos de familia deben ser resolutivos, y para ello deben adquirir habilidades en la toma de decisiones y en el manejo del tiempo de consulta	El efecto más perceptible de que los residentes atiendan a los pacientes es que habitualmente se producen retrasos en la agenda asistencial
El tutor debe mantener una actitud proactiva y positiva los días que el residente pase la consulta	El residente debe percibir la proximidad y el apoyo del tutor

Fuente: Adaptado de Saura-Llamas J<sup>5</sup>.

una manera mínima); sin embargo, se debe implementar una actualización de los contenidos del POE vigente de medicina de familia, en el que todavía no están especificados aspectos concretos de SP.

### **Seguridad del paciente como una necesidad, un área de competencia y una oportunidad formativa para los residentes de Atención Familiar y Comunitaria**

El Real Decreto 183/2008<sup>13</sup> centra la FSE en la adquisición y evaluación de competencias. Establece la necesidad normativa de que todos los programas de las especialidades en ciencias de la salud estén actualizados y adaptados, tal como ya se había hecho en 2005 para Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), última actualización vigente del programa, por lo que está pendiente una nueva actualización que recoja competencias concretas para una atención segura.

Para construir el Plan Individual de Formación del Residente<sup>13</sup> (PIFR), tarea en la que debe participar el tutor, hace falta priorizar las competencias por adquirir de forma específica para cada residente. Su diseño y elaboración se debe realizar de manera detallada, incluyendo las tareas

formativas, la metodología docente a emplear, los tiempos y la evaluación de los objetivos formativos y de las competencias alcanzadas.

La SP debe considerarse como un área de competencias esenciales, por sí misma y porque abarca o está relacionada transversalmente con muchas competencias esenciales ya incluidas, como: comunicación asistencial, razonamiento clínico, gestión clínica, trabajo en equipo, gestión y organización de la actividad asistencial, sistemas de información, calidad asistencial, responsabilidad civil y médico-legal, y bioética; por lo que a través del desarrollo de esta estrategia formativa de SP se podrían adquirir de forma combinada, al menos en parte, muchas de estas competencias.

Se propone elaborar, con los contenidos propios de la SP, un área de competencia y formativa prioritaria, siguiendo la metodología utilizada en la elaboración del POE de MFyC<sup>11</sup>. Esta área constaría de una serie de actividades formativas regladas para todos los residentes que deberían incluirse normativamente en su POE, cuando se modifique el actual.

Aunque este artículo se centra en la FSE, esta área de competencia y de formación en SP, con algunos matices, sería también totalmente aplicable a la formación de grado en medicina y ciencias de la salud y a la formación continuada.

**Tabla 2** Fortalezas y competencias de los residentes en seguridad del paciente

Fortalezas de los residentes en Seguridad del Paciente	Competencias que poseen los residentes en Seguridad del Paciente
Los residentes de MFyC tienen una actitud constructiva y autocrítica sobre sus errores médicos	Poseen competencia en cultura de seguridad del paciente, asumen la importancia del problema, y muestran motivación para abordarlo
Tienen una actitud positiva y autocrítica sobre la seguridad del paciente, realizan reflexión formativa y analizan su ejercicio profesional y su autoformación	Tienen conocimientos básicos adecuados sobre el concepto de error médico-error clínico
Están sensibilizados con la frecuencia y la importancia de los errores médicos y de cómo afectan a la seguridad del paciente	Son competentes para valorar las repercusiones de sus errores médicos en la seguridad de sus pacientes y para clasificarlos por la gravedad de sus consecuencias
Asumen que los médicos, como humanos, son falibles y cometen errores, y que cometen más de un error al año	Son conscientes cuando han cometido algún error grave y de su posible repercusión e importancia
Son conscientes de la posibilidad de cometer errores clínicos en su práctica clínica habitual	Son capaces de aprender de sus errores con reflexión y autocrítica
Recuerdan bien el último error clínico que cometieron, y son capaces de describirlo	Conocen y probablemente sean competentes para poner en marcha medidas preventivas y correctoras generales (no específicas)
También tienen una actitud positiva hacia trabajar sobre sus errores y tomar medidas correctoras para evitarlos o paliar sus consecuencias	Crean saber qué tienen que hacer para evitar los errores en el futuro

Fuente: Saura Llamas J<sup>14</sup>.

**Tabla 3** Necesidades formativas identificadas por los docentes y áreas de formación en seguridad del paciente solicitadas por los residentes

Necesidades formativas identificadas en los residentes por los docentes	Formación solicitada por los residentes (por frecuencia)
Los residentes, aunque saben que cometen errores, no conocen ni su número ni su magnitud, por lo que tal vez tengan una falsa seguridad clínica	1.º Entrevista clínica y relación con el paciente
Se ha obtenido un catálogo cualitativo de las causas principales de los errores, que si se asimila a necesidades formativas identificadas puede orientar los contenidos y actividades docentes para mejorar la calidad de su formación	2.º Experiencia clínica y asistencia directa a los pacientes
Las debilidades formativas principales tienen que ver con las competencias, la metodología y las técnicas relacionadas con los eventos adversos	3.º Gestión de los recursos y del tiempo asistencial
No tienen los conocimientos adecuados de epidemiología sobre seguridad del paciente ni sobre los incidentes y los eventos adversos	4.º Mejora de la calidad asistencial y del seguimiento a los pacientes
Tienen formación insuficiente en la gestión y organización de la seguridad del paciente en los centros de salud	5.º Información sanitaria
Necesitan conocimientos y habilidades para llevar adelante programas de gestión de riesgos	6.º Gestión y organización de los centros
Y para utilizar en su trabajo habitual los métodos e instrumentos proactivos y reactivos en SP (validados)	7.º Criterios de derivación de los pacientes
Formación para una respuesta adecuada al paciente y familia que ha sufrido un evento adverso (primera víctima); a los profesionales involucrados (segundas víctimas), y a la organización donde ha ocurrido (tercera víctima)	8.º Técnicas para mitigar los efectos del error una vez que se ha producido

Fuente: Adaptado de Saura Llamas J<sup>14</sup>.

Para desplegar esta formación es importante conocer las fortalezas y competencias que ya tienen los residentes en SP<sup>14</sup> y que se detallan en la [tabla 2](#), así como identificar las necesidades formativas y la formación en SP solicitada por los propios residentes<sup>14</sup>, que pueden verse en la [tabla 3](#).

## Marco general de la seguridad del paciente en atención primaria

Para la formación de los profesionales en SP es conveniente tener en cuenta el marco general en el que se desarrolla, destacando sus componentes fundamentales, tal como destaca la publicación «Siete pasos para la seguridad del paciente en atención primaria»<sup>15</sup>. Este documento es una guía de las mejores prácticas en SP en el primer nivel asistencial. Describe siete áreas de actividad clave en las que las organizaciones y equipos de AP deben trabajar para salvaguardar la seguridad de los pacientes que atienden. Los pasos proporcionan una lista de control para ayudar a planificar la actividad y evaluar la actuación en SP, que también es útil para organizar y llevar a cabo la formación.

Los siete pasos para la SP se concretan de la siguiente manera:<sup>15</sup>

1. Desarrollar una cultura de seguridad: crear una cultura que sea abierta y justa.
2. Liderar y apoyar a su personal: establecer un enfoque claro y sólido sobre SP en toda la organización.
3. Integrar su actividad en gestión del riesgo: desarrollar sistemas y procedimientos para gestionar sus riesgos, e identificar y valorar aspectos que puedan fallar.
4. Promover la notificación: garantizar que su personal pueda fácilmente notificar incidentes a nivel local y nacional.
5. Involucrar y comunicar con pacientes y público: desarrollar vías para comunicar abiertamente y escuchar a los pacientes.
6. Aprender y compartir lecciones de seguridad: animar al personal para utilizar el análisis de causa-raíz con el objetivo de conocer cómo y por qué suceden los incidentes.
7. Implantar soluciones para prevenir el daño: introducir lecciones a través de cambios en prácticas, procedimientos o sistemas.

## Abordaje sistémico de la seguridad del paciente en atención primaria

La cultura de seguridad del paciente se fundamenta en el aprendizaje a partir de los errores en el proceso asistencial, en el desarrollo de estrategias preventivas para reducir la probabilidad de que los errores vuelvan a ocurrir y en reconocer y acompañar a los que han sufrido un daño innecesario e involuntario derivado de la atención sanitaria recibida<sup>16</sup>. Crear una cultura de seguridad del paciente conlleva formar a los profesionales para desarrollar estos comportamientos en la práctica clínica diaria. La formación en SP se fundamenta en aprender a realizar un análisis sistémico de los fallos frente a la culpa individual y a fomentar el compartir los incidentes vividos para generar aprendizaje.

Este enfoque amplio y global es el que debe guiar el desarrollo de una línea formativa en SP en la FSE en AP<sup>17</sup>.

## Guía Curricular sobre seguridad del paciente de la Organización Mundial de la Salud<sup>18</sup>

Para llevar a cabo este proceso formativo se puede utilizar la Guía Curricular sobre Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Esta Guía Curricular multiprofesional se desarrolló para ayudar en la enseñanza de la seguridad del paciente en universidades y escuelas de ciencias de la salud en los campos de odontología, medicina, matronas, enfermería y farmacia. También apoya la formación continua de todos los profesionales sanitarios en general.

Se compone de dos partes: Parte A y Parte B. La *Parte A* es una guía para docentes diseñada para dar a conocer los conceptos de seguridad del paciente. Está dirigida a construir la capacidad para la educación en seguridad del paciente, la planificación de programas y el diseño de los cursos. La *Parte B* ofrece cursos de seguridad del paciente con todos los contenidos incluidos, listos para ser utilizados. Se trata de 11 temas de seguridad del paciente, cada uno diseñado para presentar ideas y métodos para el aprendizaje de la seguridad del paciente. Se pueden usar en su conjunto, como un curso completo, o bien por separado, en función del tema que se quiera desarrollar. En la [tabla 4](#) se detalla la composición de esta guía en sus distintas secciones.

## Otras herramientas de aprendizaje de la seguridad del paciente en los equipos de atención primaria

Para un aprendizaje significativo en SP se han propuesto las siguientes estrategias<sup>19</sup>: 1) *Coaching* o *mentoring*: los profesionales expertos realizan una tutorización directa sobre otros colegas. 2) Nombrar a diferentes componentes de un equipo referentes en un campo de su interés para asesorar al resto de colegas. Por ejemplo: *referentes de seguridad del paciente*. 3) Análisis de videgrabaciones con metodologías específicas (*Problem Based Interview*) o generales (visualización global). 4) Utilizar el *portafolio* como herramienta reflexiva para mejorar la competencia en seguridad del paciente. Esta herramienta promovida en los programas de FSE es conocida por más profesionales y puede tener mejor aceptación. 5) *Feedback* y *seguimiento de casos*: proporcionar información sobre el abordaje de algunos casos clínicos complejos y promover el seguimiento de aquellos sobre los que se han tomado decisiones con alta incertidumbre. Esta metodología puede ser clave en entornos de servicios de urgencias en que el médico evalúa puntualmente a los pacientes sin un conocimiento profundo de sus antecedentes, sin tener una visión longitudinal de sus problemas, en poco tiempo y en situaciones estresantes.

Estas estrategias reflexivas permiten identificar y reforzar los «gestos de calidad y seguridad» en los profesionales. Estos gestos son conductas cuya presencia contribuye a formar a un profesional reflexivo y con capacidad de aprendizaje y mejora. Por ello, conforman en su conjunto la competencia clínica en seguridad del paciente.



**Tabla 4** Componentes de la guía para el docente y temas de la Guía Curricular en seguridad del paciente de la OMS**Parte A: Guía para el docente**

1. Antecedentes
2. ¿Cómo se seleccionaron los contenidos (temas) de la Guía Curricular?
3. Objetivos de la Guía Curricular
4. Estructura de la Guía Curricular
5. ¿Cómo implementar la Guía Curricular?
6. ¿Cómo integrar el aprendizaje en seguridad del paciente en el programa formativo?
7. Principios educativos esenciales de la enseñanza y el aprendizaje en seguridad del paciente
8. Actividades que ayudan a entender la seguridad del paciente
9. ¿Cómo evaluar la seguridad del paciente?
10. ¿Cómo evaluar los planes formativos en seguridad del paciente?
11. Herramientas y recursos sobre seguridad del paciente en Internet
12. ¿Cómo promover un enfoque internacional dirigido a la educación en seguridad del paciente?

**Parte B: Temas de la Guía Curricular**

Definiciones de conceptos clave

Claves para entender los iconos

Introducción a los temas de la Guía Curricular

1. ¿Qué es la seguridad del paciente?
  2. ¿Por qué el factor humano es importante para la seguridad del paciente?
  3. ¿Cómo entender los sistemas y la complejidad de la atención al paciente?
  4. ¿Cómo ser un profesional eficiente trabajando en equipo?
  5. ¿Cómo aprender de los errores para prevenir el daño?
  6. ¿Cómo entender y manejar el riesgo clínico?
  7. ¿Cómo utilizar los métodos de mejora de la calidad para perfeccionar la atención clínica?
  8. ¿Cómo involucrar a los pacientes y a sus cuidadores asistenciales en su seguridad?
  9. La prevención y el control de las infecciones en las organizaciones sanitarias
  10. La seguridad del paciente y los procedimientos invasivos.
  11. ¿Cómo mejorar la seguridad del uso de la medicación?
- Ejemplos de métodos de evaluación de la guía curricular y de los cursos

Fuente: OMS<sup>18</sup>.**Análisis de casos sobre errores clínicos**

Afortunadamente la formación basada en la presentación y debate sobre casos clínicos reales está muy asumida y extendida en el funcionamiento habitual de los CS y de los equipos de AP. Una manera sencilla de realizar la formación de los residentes y la formación continua de los demás profesionales es incluir los errores clínicos como contenidos de esas sesiones clínicas. De preferencia los errores deben ser reales y de alguno de los profesionales del equipo, especialmente de los tutores.

Al inicio de estas sesiones formativas, o cuando aún no exista el hábito en la presentación de «nuestros errores», se

puede utilizar alguna sesión clínica multimedia e interactiva ya existentes sobre SP y errores médicos y accesibles a través de Internet, tales como: *Seguridad del Paciente* en las consultas de Atención Primaria. Sesiones Clínicas en APS<sup>20</sup>. En todas las sesiones se debe respetar la confidencialidad de la información clínica compartida, cuya finalidad es el aprendizaje y mejora de la competencia en seguridad del paciente de los profesionales del equipo.

**Escenarios clínicos reales: cuando las cosas van mal en la consulta**

Existe una potente relación transversal entre la formación de los profesionales de la salud, la comunicación asistencial y la SP, que multiplica el efecto beneficioso que aporta cada una de estas grandes áreas de competencia al desarrollo y ejercicio profesional de la medicina familiar y comunitaria

Las consultas urgentes, los problemas surgidos por la mala comunicación con el paciente o los errores de la práctica médica son, entre otros, el marco en el que acontecen los incidentes de seguridad del paciente. Estos incidentes son considerados como críticos en el aprendizaje, que permiten poner de manifiesto la relación entre error clínico, paciente difícil e incidente de seguridad del paciente (fig. 1). Por ello, el análisis de los incidentes críticos vividos por el profesional en formación y/o tutor/a constituyen un elemento fundamental de la formación en seguridad del paciente.

La relación entre el error clínico, el paciente difícil y la ocurrencia de un incidente está ampliamente reflejada en la bibliografía, pero el aprendizaje a partir de casos reales tiene un valor crucial en el desarrollo de la competencia en seguridad del paciente. Los tres conceptos se relacionan directamente con la ética médica<sup>21</sup>, constituyen parte del Juramento Hipocrático y conforman, por tanto, las bases del profesionalismo de los futuros especialistas<sup>22</sup>: 1) *Primum non nocere*: seguridad del paciente. No hacer daño. Principio de no maleficencia. 2) *Ayudar y tratar bien a todos los pacientes*: relación médico-paciente. Tratar a todos los pacientes por igual. Principio de equidad y justicia. 3) *Enseñar y tratar como hermanos a los aprendices*: Formación. Enseñar y aprender para mejorar. Tratar de hacer siempre lo mejor para los pacientes. Principio de beneficencia.

Los errores clínicos son, en algunas ocasiones, inevitables. A lo largo de nuestro ejercicio profesional se presentan varias veces. Estos errores surgen habitualmente en situaciones problemáticas. Suelen producir sufrimiento en el profesional, en el paciente y en sus familiares. Hay poca formación sobre la manera de abordar estas situaciones. Debemos fomentar el aprendizaje de su abordaje para gestionarlas mejor y así disminuir el sufrimiento y mejorar la calidad asistencial.

Una manera de abordarlo es la propuesta de utilizar el análisis del incidente crítico. Se trata de una formación basada en el entrenamiento profesional en condiciones y pacientes reales, utilizando el método reflexivo y relacionado con la calidad asistencial. El abordaje se puede realizar utilizando también el ciclo de mejora de la calidad, o ciclo PDCA o de Deming. Es posible obtener información específica sobre los errores médicos en distintos sitios web<sup>23,24</sup> y



**Figura 1** Triángulo de aprendizaje en calidad y seguridad del paciente: Error clínico – Paciente o entorno complejo – Análisis del incidente crítico.

blogs<sup>25</sup> y monografías de gran utilidad para la formación y la docencia<sup>26,27</sup>.

En la relación médico-paciente, el principal fallo o error se deriva del hecho de no conseguir una buena comunicación. La mala comunicación, en general, tiene su traducción prototípica en el encuentro difícil entre paciente y médico, también conocido como paciente de trato difícil<sup>28</sup>. Estos pacientes son un grupo heterogéneo cuyo único rasgo en común es la capacidad de producir distrés en el médico y en el equipo que lo atiende. Hay también suficiente material para poder aprender a tratar a este tipo de pacientes y lograr la gestión exitosa de estas situaciones<sup>29</sup>.

El informe de incidente crítico dentro de la práctica reflexiva constituye, según Flanagan, un potente instrumento formativo<sup>30</sup> y se plantea como una herramienta de aprendizaje<sup>31</sup>. Se elabora sobre aquellos sucesos de la práctica que nos causan perplejidad, han creado dudas, han producido sorpresa o nos han molestado o inquietado por su falta de coherencia o por haber presentado resultados inesperados. Practicando con ellos se puede obtener una gran experiencia<sup>32</sup>.

## Otros instrumentos para la formación en seguridad del paciente

Además de todos los anteriores, se pueden utilizar otros métodos ya empleados para el estudio de la seguridad clínica: 1) *Observación directa del acto clínico*: de un proceso o procedimiento, de un episodio, de una enfermedad, sobre una fase o sobre el conjunto del acto clínico. 2) *Auditoria retrospectiva de documentación clínica*: utilizar registros escritos o audiovisuales, informes de eventos adversos de tipo prospectivo (o de valoración del riesgo) o retrospectivo. Utilizar en todos los casos una muestra cualificada de registros, notificaciones voluntarias de incidentes de seguridad del paciente, reclamaciones de pacientes o denuncias judiciales. Finalmente, herramientas más sofisticadas abarcan la formación con pacientes estandarizados en pruebas formales de evaluación tipo ECOE (Evaluación

de Competencias Objetivas Estructuradas), pacientes «incógnitos» en consulta, o pacientes estandarizados en entornos de laboratorio o simulaciones virtuales.

Como sugerencia final, también se puede utilizar con intención formativa toda la información incluida en el conjunto de los artículos de este monográfico de seguridad del paciente en atención primaria.

## Seguridad clínica en la formación sanitaria especializada. Docencia segura

Todo el programa y el desarrollo del proceso formativo de los residentes deben garantizar la SP, es decir, debe ser seguro para los pacientes. La seguridad, o la inseguridad, van a afectar transversalmente a los pacientes, a los tutores y a los residentes.

La SP va a depender de que el ejercicio profesional, la práctica clínica de los tutores, de los residentes y de otros docentes, sea segura. La meta es conseguir una formación segura para todos los implicados.

El tutor, además de asegurar que su práctica sea segura, va a ser, junto con las UUDD, el máximo responsable de que los pacientes sobre los que actúa y con los que aprende el residente reciban una atención segura. Por ejemplo, debe ser capaz de identificar y prevenir aquellos factores relacionados con los residentes que pueden inducirles al error y afectar la SP (déficit de conocimientos, falta de habilidades prácticas, lentitud en la atención, dificultades en la relación médico-paciente, etc.).

## Formación en seguridad del paciente y pandemia. Seguridad de la formación en tiempos de pandemia de COVID-19

Como no podía ser de otra manera, la repercusión de la pandemia de COVID-19 sobre la SP en AP ha sido evidente y se aborda con detalle en todos los artículos de este monográfico.

**Tabla 5** Posibles repercusiones de la pandemia COVID-19 en los procedimientos y protagonistas de la FSE

Procesos y protagonistas de la FSE	Consecuencias de la pandemia COVID-19	Repercusión formativa
<b>Para el proceso global de aprendizaje en la FSE</b>	Los residentes han aprendido mucho sobre algunos contenidos y adquirido nuevas competencias sobre el abordaje de las pandemias en general y de la pandemia COVID-19 en particular. Han vivido dificultades y limitaciones formativas que dependían de los roles asistenciales que los tutores y residentes se han visto obligados a realizar según las distintas normas emitidas por el Ministerio de Sanidad y los servicios de salud autonómicos en la pandemia.	Aprendizaje espontáneo Autodidacta Autoformación Aprendizaje en situaciones reales excepcionales Aprendizaje y preparación para el futuro
<i>Cuestiones para el aprendizaje</i>	¿Qué es lo que he aprendido durante la pandemia de COVID-19? ¿Qué contenidos he aprendido que de otra forma no hubiera aprendido? ¿Qué competencias he adquirido que de otra forma no hubiera adquirido?	
<b>Para la formación específica de cada médico residente</b>	La prioridad aplastante de la asistencia a la COVID-19 ha arrinconado o pospuesto todo lo demás	Penalización del aprendizaje en otras tareas clínicas Penalización de la investigación Penalización de otras actividades y tareas docentes
<i>Cuestiones para el aprendizaje</i>	¿Qué he perdido de mi programa y periodo formativo por la atención a la COVID-19? ¿Qué he dejado de aprender por el impacto de la pandemia? ¿Qué competencias se han visto afectadas negativamente? ¿Cuáles no he podido ni siquiera adquirir?	
<b>Para la salud del médico residente</b>	Los residentes han tenido que trabajar en situaciones de gran presión asistencial, aumento de la atención urgente, mayor gravedad de los pacientes, con incertidumbre de conocimientos científicos y la probabilidad de contagio por SARS-CoV-2.	El agotamiento laboral tiene impacto en las actividades formativas. Aumento del estrés y del nivel de ansiedad reducen la concentración para el aprendizaje. La desmotivación y el desgaste profesional reducen la motivación para aprender. La propia enfermedad por la COVID-19.
<i>Cuestiones para el aprendizaje</i>	¿Qué repercusiones está teniendo sobre el bienestar y la salud del residente la pandemia de COVID-19? ¿Cómo puedo ayudar a mis compañeros residentes? ¿Cómo puedo ayudar como tutor? ¿Qué otro tipo de ayuda necesita?	
<b>Para los tutores de los médicos residentes</b>	La prioridad aplastante de la asistencia a la COVID-19 ha arrinconado o pospuesto, en muchos casos, la acción formativa de los tutores. También ha disminuido la relación formativa tutor-residente.	Disminución severa del tiempo específico para la formación del residente Disminución del número de entrevistas tutor-residente Dificultades y peor supervisión del residente Dificultades y peor evaluación del residente Dificultades para las reuniones con otros tutores y con la UD Penalización de la formación directa, informal, inaparente, espontánea, etc.



Tabla 5 (continuación)

Procesos y protagonistas de la FSE	Consecuencias de la pandemia COVID-19	Repercusión formativa
<p><i>Cuestiones para el aprendizaje</i></p> <p><b>Para la Unidad Docente y el desarrollo del POE de la especialidad</b></p>	<p>¿Qué es lo que el residente NO ha aprendido a consecuencia de la COVID-19?</p> <p>¿Cómo lo puede aprender en un futuro inmediato?</p> <p>¿Cómo le puedo ayudar a aprenderlo?</p> <p>Incremento de la carga y tiempo dedicado a la asistencia, y disminución del tiempo docente para otros aprendizajes</p>	<p>Peor desarrollo y cumplimiento del programa docente de la especialidad</p> <p>Peor desarrollo y cumplimiento de la GIFT (Guía Itinerario Formativo Tipo)</p> <p>Peor desarrollo y cumplimiento del PIFR (Plan Individual de Formación del Residente)</p> <p>Incumplimiento global del POE, que puede ser: leve, significativo o muy importante</p> <p>Penalización en las rotaciones y estancias formativas</p> <p>Penalización en la realización de guardias o de la atención continuada: por aumento de guardias COVID-19 y disminución de otras guardias</p> <p>Penalización de la realización del programa formativo teórico-práctico</p>
<p><i>Cuestiones para el aprendizaje</i></p> <p><b>Para la evaluación y los resultados del aprendizaje de la FSE</b></p>	<p>¿Cuál es la media de tiempo de rotaciones pendiente por residente dentro del desarrollo del programa docente de su especialidad a consecuencia de la pandemia de COVID-19?</p> <p>¿Alrededor de un año?</p> <p>¿Puede haber superado el 25% del periodo formativo perdido, que es el máximo aceptable para optar al título de especialista?</p> <p>¿Es necesaria una prórroga del periodo formativo o una adaptación curricular? Esto es posible en las especialidades de cuatro años y muy probable en las especialidades de dos años de duración (por ejemplo: Enfermería Familiar y Comunitaria)</p> <p>Con la adquisición de menos competencias, aunque algunas se hayan adquirido de una manera más profunda, el residente tiene un mínimo nivel de competencia para poder desempeñar su rol profesional como especialista, o necesita una formación complementaria</p>	<p>Dificultades a lo largo de todo el proceso de evaluación del residente</p> <p>Dificultades para obtener los resultados de todos los informes y documentos de evaluación</p> <p>Variabilidad en los libros del residente y portafolios</p> <p>Necesidad de modificar los criterios de evaluación</p> <p>Distintas comisiones y procesos de evaluación de los residentes</p>
<p><i>Cuestiones para el aprendizaje</i></p>	<p>¿Qué es lo que el residente no ha aprendido a consecuencia de la COVID-19?</p> <p>¿Cómo lo va a aprender?</p> <p>¿Ha adquirido las suficientes competencias del perfil profesional para obtener el título de especialista y ejercer la medicina familiar y comunitaria?</p> <p>¿Lo va a poder desempeñar adecuadamente?</p>	

Fuente: elaboración propia de los autores.

Queremos resaltar que, en la enseñanza de ciencias de la salud, la pandemia ha afectado sobre todo a la FSE, probablemente por fundamentarse en el entrenamiento profesional en situaciones clínicas reales. La formación de los residentes se ha visto gravemente afectada de una manera global y transversal, prácticamente en todas las especialidades. Además, parece que, por las características de la propia pandemia y la carga de su atención, ha afectado de manera más directa e intensa a las especialidades de Atención Familiar y Comunitaria. La pandemia ha conllevado cambios funcionales y organizativos muy importantes con el fin de priorizar la asistencia a los pacientes afectados por COVID-19, las urgencias y la vacunación, relegando otras actividades no urgentes ni tan preferentes, tales como la formación y la investigación.

Aunque las consecuencias han sido sistémicas, transversales y generalizadas, han afectado también con intensidad a las unidades docentes, a los tutores y sobre todo a los residentes.

Probablemente el modelo más adecuado para valorar su impacto y definir las claves para el futuro inmediato en la nueva situación epidemiológica sea el de realizar un análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades) para identificar oportunidades de futuro en la FSE. Este análisis se va a realizar poco a poco, conforme se conocen y publican más consecuencias y repercusiones de la pandemia sobre la formación de los residentes, para las que habrá que diseñar estrategias formativas alternativas que permitan que los profesionales en formación alcancen la excelencia formativa también en tiempos de pandemia. Algunas posibles repercusiones a considerar se exponen en la [tabla 5](#).

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Del Río Madrazo JA. Docencia en Atención Primaria. 1ª parte – Pregrado. *Tribuna Docente*. 2006;8:1–23.
2. Del Río Madrazo JA. Docencia en Atención Primaria. 2ª parte – Posgrado. *Tribuna Docente*. 2006;8:1–26.
3. Del Río Madrazo JA. Docencia en Atención Primaria. 3ª parte – Formación Continuada. *Tribuna Docente*. 2006;8:1–19.
4. Ferrán M. Organización del equipo docente. En: Casajuana Brunet J., ed. Módulo 2 del curso Gestión del día a día en el EAP. SemFYC; Barcelona: 2002.
5. Saura-Llamas J. Cómo organizar la consulta docente para formar residentes Algunos principios básicos [How to organise teaching consultations for training residents. Some basic principles]. *Aten Primaria*. 2005;35:318–24, <http://dx.doi.org/10.1157/13073420>.
6. World Health Organization (?2004)? World Alliance for Patient Safety: forward programme 2005 [Internet]. [Consultado 30 Jul 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43072>.
7. Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care.; World Health Organization; 2021. Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [Internet]. [Consultado 6 Sep 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1360307/retrieve>.

8. Aranaz J, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [Consultado 30 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>.
9. Aranaz J, Aibar C, Vitaller J, Mira J, Orozco D, Terol E, Agra Y, Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [Consultado 30 Jul 2021]. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio\\_apeas.pdf](https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf).
10. Resolución 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) [Internet]. [Consultado 30 Jul 2021]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2009/01/06/pdfs/BOE-A-2009-233.pdf>.
11. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Libro del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria [Internet]. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. [Consultado 30 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/formacion/docs/libroResidenteMedFamiliar.pdf>.
12. Resolución de 21 de marzo de 2018, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación. BOE-A-2018-5385. [Internet]. [Consultado 6 Sep 2021]. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/res/2018/03/21/\(6\)](https://www.boe.es/eli/es/res/2018/03/21/(6)).
13. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Boletín Oficial del Estado, núm. 45 (21 de febrero 2008) [Internet]. [Consultado 30 Jul 2021]. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/realDecreto183.2008.pdf>.
14. Saura Llamas J. Seguridad del paciente y errores médicos de los residentes de medicina de familia: experiencia formativa y de investigación en una unidad docente de Murcia - España. *Arch Med Fam*. 2019;21:69–82.
15. Ministerio de Sanidad y Consumo. Siete pasos para la seguridad del paciente en atención primaria. Versión Española de la Guía: *Seven steps to patient safety for primary care*. NHS. The National Patient Safety Agency [Internet]. London. 2005 [Consultado 30 Jul 2021]. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/siete\\_pasos\\_seguridad\\_paciente.pdf](https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/siete_pasos_seguridad_paciente.pdf).
16. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
17. Borrell Carrió F. Seguridad clínica en atención primaria. El enfoque sistémico (I). *Aten Primaria*. 2012;44:417–24, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2011.07.014>.
18. OMS. Guía Curricular sobre Seguridad del Paciente. Edición Multiprofesional. Versión en español. [Internet] Instituto de Seguridad y Calidad en Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador. OMS. 2012 [Consultado 30 Jul 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/curriculum-guide\\_SP.pdf](https://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/curriculum-guide_SP.pdf).
19. Monográfico sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria. RCE AP [Internet]. 2010 [consultado 4 Ago 2021]. Disponible en

- [http://calidadasistencial.es/images/gestion\\_soc/documentos/232.pdf](http://calidadasistencial.es/images/gestion_soc/documentos/232.pdf).
20. Saura Llamas J, Lázaro Gómez MJ, Jurado Balbuena JJ. Seguridad del Paciente en las consultas de Atención Primaria. Sesiones Clínicas en APS. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. semFYC ediciones [Internet]. Barcelona. 2012 [Consultado 30 Julio 2021]. Disponible en: [https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2017/02/Cuaderno\\_asistente\\_seguridad.pdf](https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2017/02/Cuaderno_asistente_seguridad.pdf).
  21. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica. 2011. [Internet]. [Consultado 2020]. Disponible en: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo\\_deontologia\\_medica.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf).
  22. Walton M, Kerridge I. Do no harm: is it time to rethink the Hippocratic Oath? *Med Educ*. 2014;48:17–27, <http://dx.doi.org/10.1111/medu.12275>.
  23. Ministerio de Sanidad. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). [Internet]. [Consultado 6 Sep 2021]. Disponible en: <https://sinasp.es/>.
  24. Ministerio de Sanidad. Web de Seguridad del paciente. [Internet]. [Consultado 6 Sep 2021]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/>.
  25. Blog Sano y Salvo. [Internet]. [Consultado 6 Sep 2021]. Disponible en: <http://sano-y-salvo.blogspot.com/>.
  26. Grupo de Seguridad del Paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Seguridad del Paciente en Atención Primaria. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*. Grupo de Trabajo sobre Seguridad del Paciente de la semFYC. Octubre 2010;18. Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/>.
  27. Borrell Carrió F. Seguridad clínica en atención primaria. Los errores médicos (II). *Aten Primaria*. 2012;44:494–502, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2011.07.013>.
  28. Ágreda J, Yanguas E. El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo. *ANALES Sis San Navarra*. 2001;24 Supl 2:65–72, <http://dx.doi.org/10.23938/ASSN.0425>.
  29. Blay C. Actuación ante los pacientes de trato difícil. *FMC*. 1996;3:243–9.
  30. Flanagan JC. The critical incident technique. *Psychol Bull*. 1954;51:327–58, <http://dx.doi.org/10.1037/h0061470>.
  31. Almendro Padilla C, Costa Alcaraz AM. Análisis de incidentes críticos: una herramienta para aprender de los errores. *Educ Med*. 2018;19:60–3.
  32. Saura Llamas J, Medina Abellán MD, Guirao Salinas FA, Martínez Garre MN, Abenza Campuzano J, Sebastián Delgado ME. Calidad y análisis formativo de los incidentes críticos de los residentes de medicina familiar de una unidad docente de Murcia. *Arch Med Fam*. 2020;22:43–52.