

Carmen Monserrate Aranea-Merchan; Mireya Magdalena Torres Palacios

[DOI 10.35381/cm.v11i3.1804](https://doi.org/10.35381/cm.v11i3.1804)

**Prevención de errores médicos mediante flujo operativo basado en buenas prácticas clínicas en consulta externa**

**Prevention of medical errors through workflow based on good clinical practices in outpatient care.**

Carmen Monserrate Aranea-Merchan  
[carmen.aranea.04@est.ucacue.edu.ec](mailto:carmen.aranea.04@est.ucacue.edu.ec)  
Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Azuay  
Ecuador  
<https://orcid.org/0009-0008-6911-1303>

Mireya Magdalena Torres-Palacios  
[Mireya.torres@ucacue.edu.ec](mailto:Mireya.torres@ucacue.edu.ec)  
Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Azuay  
Ecuador  
<https://orcid.org/0000-0002-7724-3313>

Recibido: 25 de junio 2025  
Revisado: 30 de julio 2025  
Aprobado: 15 de septiembre 2025  
Publicado: 01 de octubre 2025

Carmen Monserrate Aranea-Merchan; Mireya Magdalena Torres Palacios

## **RESUMEN**

El objetivo de la presente investigación fue diseñar un flujo operativo para la aplicación de un manual de buenas prácticas clínicas orientado a la prevención de errores médicos frecuentes en la atención de consulta externa en un Centro de Salud del cantón Pedro Carbo, Ecuador. Se utilizó un diseño no experimental, correlacional y transversal con enfoque mixto, aplicando encuestas a 96 participantes y entrevistas al personal. Los resultados muestran que la verificación irregular de medicación, comunicación parcial y omisión en seguimiento terapéutico elevan riesgos, mientras que capacitación, supervisión, protocolos estandarizados y digitalización de registros los reducen. Se concluye que integrar estrategias organizacionales y educativas, junto con la cultura de seguridad, permite consolidar una atención segura, confiable y centrada en el paciente. El flujo operativo diseñado para la prevención de errores médicos en consulta externa combina protocolos claros, control riguroso de medicación, digitalización, capacitación continua, supervisión y comunicación efectiva.

**Descriptor:** Seguridad; paciente; medico; formación; supervisión. (Tesauro UNESCO)

## **ABSTRACT**

The objective of this research was to design an operational flow for the application of a manual of good clinical practices aimed at preventing frequent medical errors in outpatient care at a health center in the canton of Pedro Carbo, Ecuador. A non-experimental, correlational, cross-sectional design with a mixed approach was used, conducting surveys of 96 participants and interviews with staff. The results show that irregular medication verification, partial communication, and omission of therapeutic follow-up increase risks, while training, supervision, standardized protocols, and digitization of records reduce them. It is concluded that integrating organizational and educational strategies, together with a culture of safety, allows for the consolidation of safe, dependable, and patient-centered care. The operational flow designed to prevent medical errors in outpatient care combines clear protocols, rigorous medication control, digitization, continuous training, supervision, and effective communication.

**Descriptors:** Safety; patient; doctor; training; supervision. (UNESCO Thesaurus)

Carmen Monserrate Aranea-Merchan; Mireya Magdalena Torres Palacios

## **INTRODUCCIÓN**

La seguridad del paciente constituye un eje transversal en la calidad de la atención en salud, sobre todo en el primer nivel de atención, donde se concentra gran parte de las consultas médicas ambulatorias. La atención en consulta externa se caracteriza por la diversidad de diagnósticos, la elevada demanda y las limitaciones de recursos humanos y tecnológicos, lo que incrementa la posibilidad de errores médicos. Estos eventos generan consecuencias que impactan tanto en la recuperación de la persona atendida como en la confianza de la comunidad hacia los servicios sanitarios. Comprender las dinámicas que originan los errores y aplicar medidas de prevención se ha convertido en una prioridad de la gestión sanitaria contemporánea (Astier-Peña et al., 2021).

En diversos países, los errores médicos en la consulta externa se han asociado con fallas en la prescripción de medicamentos, deficiencias en la comunicación clínica, omisiones en procedimientos básicos y diagnósticos imprecisos. Estos problemas se relacionan con la ausencia de protocolos estandarizados, la sobrecarga laboral del personal y la carencia de supervisión sistemática. Investigaciones en América Latina evidencian que hasta el 70% de las prescripciones en atención primaria presenta algún error, lo que refleja la necesidad de fortalecer la seguridad clínica (Miranda & Palacios, 2021). Frente a esta situación, se han propuesto estrategias que buscan estandarizar procesos mediante manuales de buenas prácticas clínicas, los cuales orientan a los equipos de salud hacia la prevención de eventos adversos (Macedo et al., 2023).

En el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (MSP) elaboró el *Manual de Seguridad del Paciente-usuario* en 2016, en el que se establecen lineamientos para garantizar la atención segura, reducir riesgos y fortalecer la cultura organizacional. Este documento plantea acciones en ámbitos como la correcta identificación de pacientes, el manejo seguro de medicamentos, la prevención de infecciones y la promoción del reporte de incidentes. Dichas directrices son aplicables a la consulta externa y se constituyen en un marco de referencia para diseñar intervenciones

Carmen Monserrate Aranea-Merchan; Mireya Magdalena Torres Palacios

específicas en centros de salud del primer nivel. Su utilización permite que la atención se desarrolle bajo parámetros uniformes y con un enfoque preventivo, contribuyendo a minimizar errores clínicos (MSP, 2016).

La prevención de errores médicos mediante la aplicación de buenas prácticas clínicas requiere de un enfoque integral que abarque desde el cumplimiento de protocolos hasta la capacitación permanente del personal. De igual manera, resulta indispensable fortalecer la supervisión y los sistemas de monitoreo, además de consolidar mecanismos de comunicación efectivos que promuevan el trabajo en equipo. El diseño de un flujo operativo adaptado a la realidad de cada establecimiento de salud facilita la aplicación de manuales clínicos y garantiza la sostenibilidad de las intervenciones. Así, se logra integrar las disposiciones internacionales de seguridad con las políticas nacionales, en un esfuerzo coordinado para optimizar la atención y proteger a las personas usuarias (Gauznabi, 2024).

En los últimos años, se ha demostrado que la integración de la tecnología en la consulta externa constituye un soporte esencial para reducir la posibilidad de errores. El uso de historias clínicas electrónicas, sistemas de prescripción asistida y herramientas de monitoreo permite contar con información precisa y actualizada para la toma de decisiones clínicas. Estas innovaciones no sustituyen la valoración médica, sino que refuerzan el trabajo profesional al proporcionar datos oportunos y alertas preventivas. Su incorporación en los servicios de salud debe ir acompañada de programas de formación, inversión en infraestructura y creación de políticas que promuevan su uso responsable. La tecnología, aplicada con criterios de seguridad, fortalece la trazabilidad de los procesos y la continuidad del cuidado, consolidando un modelo de atención más confiable para la población.

En correspondencia con los antecedentes expuestos, se plantea el siguiente problema de investigación: ¿cómo prevenir los errores médicos en la atención de consulta externa en un Centro de Salud del cantón Pedro Carbo, Ecuador? Por consiguiente, el objetivo del presente estudio es: diseñar un flujo operativo para la aplicación de un manual de buenas prácticas clínicas orientado a la prevención de

Carmen Monserrate Aranea-Merchan; Mireya Magdalena Torres Palacios

errores médicos frecuentes en la atención de consulta externa en el Centro de Salud Los Corazones del cantón Pedro Carbo.

### **Buenas prácticas clínicas en consulta externa**

Las buenas prácticas clínicas constituyen un conjunto de acciones estandarizadas dirigidas a garantizar la seguridad y calidad en la atención de salud. Estas prácticas incluyen protocolos, guías clínicas, procesos de capacitación, mecanismos de supervisión y sistemas de comunicación efectiva con el objetivo de minimizar el riesgo de errores médicos. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) ha definido metas internacionales de seguridad que orientan la implementación de estas prácticas en todos los niveles de atención. En la consulta externa, su aplicación adquiere relevancia particular, considerando que se trata de un espacio donde confluyen distintos profesionales y donde las decisiones diagnósticas y terapéuticas deben adoptarse en lapsos breves.

El cumplimiento de protocolos constituye una de las dimensiones fundamentales de las buenas prácticas clínicas. Su función consiste en homogeneizar la atención y reducir la variabilidad asociada con el juicio individual. García et al. (2023) destacan que la adhesión a protocolos de identificación del paciente, verificación de alergias, registro adecuado de datos clínicos y prescripción segura de medicamentos contribuye de manera directa a la disminución de eventos adversos. El Manual de Seguridad del Paciente-usuario (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2016) respalda esta perspectiva al incluir directrices prácticas que deben cumplirse de manera uniforme en los servicios ambulatorios. La estandarización de la atención disminuye la probabilidad de omisiones y fallos, generando mayor confianza en el sistema de salud.

La capacitación del personal constituye otra dimensión esencial. La actualización permanente en farmacología, diagnóstico clínico, manejo de emergencias y herramientas digitales fortalece las competencias profesionales. Los programas de formación centrados en seguridad incrementan la conciencia del riesgo y promueven

Carmen Monserrate Aranea-Merchan; Mireya Magdalena Torres Palacios

la adherencia a los protocolos. La realización de simulaciones clínicas y talleres prácticos permite que el conocimiento teórico se traduzca en habilidades aplicables en la práctica diaria. Sousa et al. (2023) afirman que la educación continua forma la base de la cultura de seguridad en consulta externa, favoreciendo la reflexión colectiva y la responsabilidad compartida.

Otra práctica clínica es la supervisión y el monitoreo continuo. Estos representan mecanismos de control indispensables para verificar la eficacia de las prácticas implementadas. Auditorías periódicas, revisión de indicadores y análisis de reportes permiten identificar debilidades y aplicar mejoras oportunas. Rodríguez y Méndez (2023) explican que el seguimiento constante detecta desviaciones, fortalece el aprendizaje institucional y consolida la mejora continua. El MSP (2016) enfatiza la relevancia de mantener procesos de retroalimentación, donde las observaciones derivadas de auditorías se transformen en oportunidades para perfeccionar la atención en salud.

El fortalecimiento de la comunicación y el trabajo en equipo también constituye una buena práctica. Ambos están relacionados con la reducción de errores en la consulta externa. En este sentido, Singh et al. (2021) indican que la deficiente transmisión de información entre profesionales constituye una causa frecuente de incidentes. La implementación de canales claros de comunicación, el uso de listas de verificación y la realización de reuniones interprofesionales refuerzan la coordinación de los servicios. El desarrollo de un clima de confianza, donde se promueva la expresión de inquietudes y el reporte de incidentes, favorece una práctica clínica más segura y colaborativa.

La digitalización de la información representa una práctica clínica moderna. Los sistemas electrónicos de registro permiten un acceso rápido a los datos del paciente, facilitan la trazabilidad de los procedimientos y reducen errores asociados a la documentación manual. Estos sistemas favorecen la interoperabilidad entre departamentos y contribuyen a la eficiencia operativa, asegurando que cada profesional disponga de información actualizada y confiable.

Carmen Monserrate Aranea-Merchan; Mireya Magdalena Torres Palacios

El control de la medicación constituye otra dimensión crítica en la aplicación de buenas prácticas clínicas. La verificación de dosis, horarios, interacciones y alergias evita incidentes asociados con el manejo farmacológico (Pérez et al., 2021). La estandarización de los protocolos de prescripción y la implementación de alertas electrónicas disminuyen de manera significativa la probabilidad de errores. La correcta administración de medicamentos protege al paciente y fortalece la confianza del personal en los procedimientos institucionales.

La evaluación del desempeño profesional mediante indicadores de calidad también integra las buenas prácticas clínicas. Esta permite identificar áreas de mejora y consolidar la adherencia a estándares establecidos. Las auditorías clínicas periódicas, análisis de eventos adversos y retroalimentación estructurada generan información útil para la toma de decisiones estratégicas (Rodríguez & Méndez, 2023). Explican que el seguimiento sistemático fomenta la responsabilidad compartida y el aprendizaje continuo, promoviendo que los profesionales mantengan estándares elevados de atención. Este enfoque contribuye a reducir la variabilidad en la práctica clínica y asegura uniformidad en los cuidados ofrecidos.

El fomento de una cultura de seguridad institucional es también una buena práctica que requiere la participación de todos los miembros del equipo de salud. Singh et al. (2021) evidencian que la comunicación abierta, el reporte voluntario de incidentes y la resolución conjunta de problemas generan un ambiente seguro y colaborativo.

La planificación y estandarización de los procesos de atención constituyen elementos integrales para optimizar la consulta externa. La definición clara de roles, tiempos de atención y procedimientos garantiza que cada paciente reciba cuidados completos y consistentes (Morris et al., 2023). García et al. (2023) sostienen que la estructuración de flujos operativos y la aplicación de checklists contribuyen a minimizar omisiones y mejorar la continuidad asistencial. La consolidación de estos procesos permite que las buenas prácticas clínicas se mantengan de manera sostenible, fortaleciendo la seguridad y la calidad de la atención.

Carmen Monserrate Aranea-Merchan; Mireya Magdalena Torres Palacios

La revisión periódica de los flujos operativos permite que las buenas prácticas clínicas se ajusten a cambios en la atención sanitaria y a las necesidades de los pacientes. Morris et al. (2023) indican que la actualización constante de protocolos facilita la identificación de oportunidades de mejora y refuerza la cultura de seguridad en el equipo de salud.

### **Prevención de errores médicos**

La prevención de errores médicos se entiende como la implementación de acciones orientadas a evitar la ocurrencia de eventos adversos durante la atención sanitaria. Rodríguez et al. (2022) definen los errores médicos como fallas en los procesos diagnósticos, terapéuticos o administrativos que pueden ocasionar daño prevenible. Su reducción constituye un objetivo prioritario de los sistemas de salud, dado que la frecuencia y gravedad de estos eventos repercuten en la mortalidad, la morbilidad y los costos institucionales. La atención segura requiere la implementación de medidas estructurales, educativas y tecnológicas para disminuir riesgos y garantizar la calidad del cuidado.

Entre las principales tipologías de errores en consulta externa se identifican los de diagnóstico, prescripción, comunicación clínica y procedimientos. Pérez et al. (2021) registraron que la mayoría de los errores en atención ambulatoria se relaciona con medicamentos, en gran parte por dosis inadecuadas, formulación incorrecta o ausencia de seguimiento. La caracterización precisa de los errores permite aplicar medidas preventivas focalizadas en las áreas de mayor riesgo, priorizando aquellas intervenciones con mayor impacto en la seguridad del paciente.

La frecuencia de los errores varía según el sistema de registro y el nivel de supervisión aplicado en cada establecimiento. Estudios recientes han demostrado que en la atención primaria pueden presentarse hasta seis errores de medicación por cada 100 consultas, aunque esta cifra tiende a estar subestimada debido a la ausencia de sistemas electrónicos de notificación (Naserallallah et al., 2023).

Carmen Monserrate Aranea-Merchan; Mireya Magdalena Torres Palacios

En relación con las consecuencias clínicas, los errores médicos pueden generar desde daños leves hasta complicaciones severas que prolongan tratamientos o incrementan la carga hospitalaria. Fernández y Torres (2022) explican que la detección temprana y corrección oportuna de los errores disminuye la severidad de los eventos adversos y mejora la percepción de seguridad de los usuarios. Este aspecto también influye en la confianza del personal de salud en la eficacia de los sistemas de supervisión, fomentando la adherencia a protocolos y la implementación de medidas preventivas consistentes.

La percepción de seguridad constituye otra dimensión relevante en la prevención de errores. Morris et al. (2023) afirman que la participación de los pacientes, informados sobre su diagnóstico y tratamiento, refuerza el control compartido y facilita la detección temprana de inconsistencias. Asimismo, la opinión del personal de salud sobre la reducción de errores refleja el grado de consolidación de la cultura de seguridad en cada institución. El Manual de Seguridad del Paciente-usuario (MSP, 2016) promueve la inclusión de los usuarios en los procesos de evaluación de la atención como estrategia para reforzar la prevención y fortalecer la confianza institucional.

El Manual de Seguridad del Paciente-usuario (MSP, 2016) enfatiza que la prevención de errores requiere procesos integrales de planificación, supervisión y seguimiento, donde la capacitación constante del personal y la participación de los pacientes resultan determinantes. La implementación de listas de verificación, auditorías periódicas y mecanismos de retroalimentación asegura que los errores se detecten de manera temprana y se tomen medidas correctivas oportunas. La combinación de estrategias educativas, tecnológicas y organizacionales respalda la mejora continua y garantiza que la atención en consulta externa se mantenga alineada con los estándares de calidad establecidos por el MSP (2016).

Carmen Monserrate Aranea-Merchan; Mireya Magdalena Torres Palacios

## **MÉTODO**

El diseño de la investigación fue de tipo no experimental, debido a que no se intervinieron las variables planteadas. El estudio se apoyó en un enfoque mixto que integró elementos cuantitativos y cualitativos, con el propósito de analizar la relación entre las buenas prácticas clínicas y la prevención de errores médicos en la consulta externa. El alcance se consideró correlacional, al estar dirigido a identificar vínculos entre la aplicación de protocolos clínicos y la reducción de incidentes asistenciales. De igual manera, se adoptó un corte transversal, puesto que los datos se recogieron en un único período de tiempo correspondiente a los meses de junio a agosto de 2025 (Astier et al., 2021; Macedo et al., 2023).

Los métodos empleados incluyeron el histórico-lógico, que permitió revisar la evolución de las buenas prácticas clínicas y su aporte a la seguridad del paciente en el primer nivel de atención; el analítico-sintético, que facilitó descomponer las dimensiones de cada variable para luego integrarlas en un análisis conjunto; y el inductivo-deductivo, mediante el cual se partió de casos concretos de fallas en consulta externa para generar generalizaciones sobre la importancia de aplicar protocolos estandarizados, así como deducciones derivadas de los marcos conceptuales disponibles (Rodríguez & Méndez, 2023).

La unidad de análisis estuvo constituida por un Centro de Salud del cantón Pedro Carbo. Los sujetos de análisis fueron los profesionales de salud conformados por dos enfermeras y cuatro médicos, además de los pacientes atendidos en el servicio de consulta externa. La población comprendió a los 6 profesionales y a 120 pacientes registrados en el período de estudio. Se determinó una muestra probabilística aleatoria simple de 91 usuarios y 5 profesionales de la salud.

La técnica empleada para la recolección de datos fue la encuesta, aplicada mediante un cuestionario diseñado en la plataforma *Google Forms*. El instrumento se dividió en dos secciones: la primera correspondió a los datos sociodemográficos y laborales, como edad, sexo, profesión, experiencia y tipo de contrato; la segunda incluyó los ítems para la medición de las variables. En el caso de la variable

Carmen Monserrate Aranea-Merchan; Mireya Magdalena Torres Palacios

independiente, buenas prácticas clínicas, se incluyeron dimensiones relacionadas con cumplimiento de protocolos, capacitación continua, supervisión, comunicación clínica, manejo de medicamentos y uso de herramientas digitales, siguiendo las directrices del Manual de Seguridad del Paciente-usuario (MSP, 2016). Para la variable dependiente, prevención de errores médicos, se consideraron ítems enfocados en la frecuencia de incidentes vinculados con prescripción, diagnóstico, comunicación y procedimientos, además de las medidas aplicadas para evitarlos (Naseralallah et al., 2023). La escala de respuesta fue tipo Likert de cinco categorías, que oscilaron desde nunca hasta siempre.

De manera complementaria, se aplicó una entrevista semiestructurada a la jefatura de consulta externa, con el objetivo de identificar la percepción institucional sobre la aplicación de buenas prácticas clínicas y las estrategias preventivas implementadas. La información cuantitativa se procesó en el software JASP, lo que permitió organizar los resultados estadísticos, mientras que los hallazgos cualitativos se examinaron mediante análisis de contenido, favoreciendo la triangulación de los datos y la solidez de las conclusiones (Sousa et al., 2023).

## **RESULTADOS**

En este apartado se presentan los hallazgos más destacados del estudio. La exposición de estos resultados busca ofrecer una visión precisa de la realidad institucional, evidenciando tanto las condiciones actuales como los factores que inciden en la prestación de los servicios y en la calidad de la atención brindada a la población.

Las variables relacionadas con edad, género, nivel educativo y percepciones sobre la atención en salud presentaron 91 casos válidos. La prueba de Shapiro-Wilk mostró valores entre 0.629 y 0.890, con significancia menor a 0.001 en todos los casos. Esto confirma que los datos no siguen una distribución normal.

La muestra analizada estuvo conformada por 91 participantes válidos. La edad más frecuente fue de 21 años, lo que evidencia una concentración en población joven. Predominó el género masculino entre los encuestados. En cuanto al nivel educativo,

Carmen Monserrate Aranea-Merchan; Mireya Magdalena Torres Palacios

la mayoría reportó tener primaria incompleta, reflejando limitaciones en la escolaridad.

De los 91 registros válidos, el motivo de consulta más frecuente fue la realización de controles médicos. Esto determina una orientación hacia la prevención y el seguimiento en la atención de salud, complementando el perfil sociodemográfico antes descrito y evidenciando la importancia de las consultas periódicas en esta población.

Respecto a los cuidados posteriores, el 38,5 % de los pacientes manifestó que solo a veces recibe información sobre cuidados posteriores y signos de alarma. En contraste, el 34,1 % manifestó que siempre recibe estas indicaciones y un 23,1 % casi siempre. A pesar de que, existe una práctica positiva en una parte del personal, todavía se requiere reforzar la orientación para todos los pacientes.

En el componente relacionado con el diagnóstico y tratamiento, se identificó que el 36,3 % de los usuarios señaló recibir casi siempre una explicación clara sobre su condición y el procedimiento terapéutico indicado, mientras que el 27,5 % indicó siempre. Sin embargo, un 29,7 % mencionó que esta acción ocurre solo a veces, lo cual muestra que aún no se garantiza una comunicación adecuada en todos los casos.

En la comunicación entre médicos y personal de enfermería, el 36,3 % de los encuestados señaló que casi siempre se mantiene un intercambio de información claro, y un 34,1 % indicó siempre. No obstante, un 27,5 % manifestó que esto sucede solo a veces, lo que evidencia que la coordinación no se da de manera constante.

El análisis muestra una asociación significativa entre la revisión de la medicación y la ocurrencia de errores ( $\chi^2=68,25$ ;  $gl=16$ ;  $p<0,001$ ). Cuando el personal siempre verifica dosis y nombre del fármaco los errores son mínimos. En los casos en que la comprobación se realiza a veces los reportes de errores aumentan de forma notoria. El grupo casi siempre también presenta inconsistencias que evidencian fallas en la aplicación de protocolos. Estos resultados confirman que la verificación rigurosa

Carmen Monserrate Aranea-Merchan; Mireya Magdalena Torres Palacios

actúa como un factor protector. La práctica irregular incrementa la exposición de los pacientes a riesgos. Es necesario fortalecer la cultura de seguridad con protocolos claros y uniformes. La capacitación continua y el doble chequeo son elementales para garantizar seguridad clínica en la atención.

En la repetición de exámenes o procedimientos, el 46,2 % de los pacientes respondió que nunca tuvo que repetirlos, mientras que un 29,7 % afirmó rara vez y un 22 % a veces. Estos datos muestran que aún existen fallas en los procesos que afectan la eficiencia en la atención.

En cuanto a la omisión en el seguimiento del tratamiento, un 28,6 % de los encuestados indicó que nunca ocurrió y la misma proporción rara vez, aunque un 25,3 % dijo a veces y un 15,4 % casi siempre. Esto revela que una parte considerable de pacientes percibe falta de control posterior al tratamiento.

**Tabla 1**

Asociación entre la verificación de la medicación y los errores en la administración de fármaco.

| Antes de prescribir o administrar medicamentos, el personal verifica la dosis y el nombre del fármaco | Alguna vez recibió un medicamento equivocado en este centro de salud |          |         |              |         | Total |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------|---------|--------------|---------|-------|
|                                                                                                       | Nunca                                                                | Rara vez | A veces | Casi siempre | Siempre |       |
| Nunca                                                                                                 | 2                                                                    | 0        | 0       | 0            | 0       | 2     |
| Rara vez                                                                                              | 0                                                                    | 2        | 0       | 1            | 0       | 3     |
| A veces                                                                                               | 8                                                                    | 12       | 11      | 0            | 0       | 31    |
| Casi siempre                                                                                          | 5                                                                    | 21       | 1       | 0            | 1       | 28    |
| Siempre                                                                                               | 18                                                                   | 7        | 1       | 0            | 1       | 27    |
| Total                                                                                                 | 33                                                                   | 42       | 13      | 1            | 2       | 91    |

Carmen Monserrate Aranea-Merchan; Mireya Magdalena Torres Palacios

| Contrastes Chi-cuadrado |       |    |        |
|-------------------------|-------|----|--------|
|                         | Valor | gl | p      |
| X <sup>2</sup>          | 68.25 | 16 | < .001 |
| N                       | 91    |    |        |

**Elaboración:** Los autores.

En la repetición de exámenes o procedimientos, el 46,2 % de los pacientes respondió que nunca tuvo que repetirlos, mientras que un 29,7 % afirmó rara vez y un 22 % a veces. Estos datos muestran que aún existen fallas en los procesos que afectan la eficiencia en la atención. En cuanto a la omisión en el seguimiento del tratamiento, un 28,6 % de los encuestados indicó que nunca ocurrió y la misma proporción rara vez, aunque un 25,3 % dijo a veces y un 15,4 % casi siempre. Esto revela que una parte considerable de pacientes percibe falta de control posterior al tratamiento.

En el trabajo en equipo del personal de salud, el 48,4 % de los encuestados expresó que casi siempre los profesionales colaboran para garantizar su seguridad en calidad de paciente, y un 20,9 % señaló siempre. En cambio, un 25,3 % dijo a veces, lo que propone que la colaboración no es percibida de forma uniforme.

En la tabla 2 se observa una asociación significativa entre la percepción de errores en la entrega de recetas y la valoración sobre la existencia de protocolos de seguridad, con un Chi-cuadrado de 21.60 y  $p = 0.042$ . Los pacientes que no reportaron errores concentraron sus respuestas en casi siempre y siempre respecto a los protocolos. En cambio, quienes señalaron errores con mayor frecuencia mostraron menor confianza en dichas medidas. Este hallazgo indica que la experiencia de fallas afecta la credibilidad institucional y resalta la necesidad de fortalecer la aplicación visible de protocolos para mantener la confianza en la atención.

Carmen Monserrate Aranea-Merchan; Mireya Magdalena Torres Palacios

**Tabla 2**  
Relación entre percepción de errores en recetas y protocolos de seguridad

| Considera que el centro de salud cuenta con protocolos para prevenir errores médicos |       |          |         |              |         |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|---------|--------------|---------|-------|
| Percibe que se han cometido errores en la entrega de recetas o indicaciones médicas  | Nunca | Rara vez | A veces | Casi siempre | Siempre | Total |
| Nunca                                                                                | 3     | 2        | 10      | 16           | 8       | 39    |
| Rara vez                                                                             | 3     | 2        | 7       | 12           | 8       | 32    |
| A veces                                                                              | 0     | 4        | 9       | 4            | 0       | 17    |
| Siempre                                                                              | 1     | 1        | 0       | 0            | 1       | 3     |
| Total                                                                                | 7     | 9        | 26      | 32           | 17      | 91    |
| Contrastes Chi-cuadrado                                                              |       |          |         |              |         |       |
|                                                                                      | Valor | gl       | p       |              |         |       |
| X <sup>2</sup>                                                                       | 21.60 | 12       | .042    |              |         |       |
| N                                                                                    | 91    |          |         |              |         |       |

**Elaboración:** Los autores.

La calificación general de la atención reflejó que el 36,3 % de los pacientes la consideró casi siempre segura, mientras que un 34,1 % la evaluó como siempre segura. Un 25,3 % señaló a veces, lo cual muestra que, si bien predomina una valoración positiva, aún existen percepciones de riesgo en la atención.

Los resultados de la entrevista a profesionales de la salud en el Centro de Salud del cantón Pedro Carbo muestran que los errores médicos en consulta externa se relacionan de forma principal con sobrecarga laboral, alto número de pacientes y tiempo limitado por atención. Estas condiciones generan presión en la práctica clínica y elevan el riesgo de fallas. Se señalaron también limitaciones en recursos diagnósticos, falta de actualización y desorganización en la gestión. El personal participa en la aplicación de protocolos con compromiso, cumpliendo normas de

Carmen Monserrate Aranea-Merchan; Mireya Magdalena Torres Palacios

bioseguridad, higiene de manos, uso de equipo de protección y manejo de residuos. Aun así, persisten dificultades por inexperiencia, registros incompletos y deficiencias en documentación, lo que afecta la continuidad de la atención.

Los entrevistados identifican riesgos en historias clínicas incompletas, errores en exámenes de laboratorio e imagen, fallas en signos vitales y consultas rápidas que impiden una valoración completa. Para mitigarlos, se aplican estrategias como capacitaciones en seguridad del paciente, protocolos estandarizados, auditorías internas, cursos virtuales y mejoras en sistemas de registro. Consideran esencial mantener una formación continua y fomentar una comunicación abierta entre equipos y pacientes.

### **Diseño de un flujo operativo para la prevención de errores médicos en consulta externa**

El flujo operativo para la implementación del manual de buenas prácticas clínicas en el Centro de Salud del cantón Pedro Carbo está compuesto por: cumplimiento de protocolos estandarizados; control seguro de la medicación; digitalización y registros electrónicos; capacitación continua del personal de salud; supervisión, monitoreo y auditorías clínicas; y comunicación efectiva y trabajo en equipo (ver figura 1).



**Figura 1.** Componentes del flujo operativo para la prevención de errores médicos en consulta externa

**Fuente:** Pacientes del Centro de Salud Los Corazones

Carmen Monserrate Aranea-Merchan; Mireya Magdalena Torres Palacios

Cumplimiento de protocolos estandarizados: se propone establecer y consolidar procedimientos uniformes y claros que aseguren la correcta identificación del paciente en cada etapa del proceso clínico. Esto incluye la verificación exhaustiva de alergias y condiciones previas, el registro minucioso y actualizado de la información clínica, y la prescripción segura de medicamentos. La adopción rigurosa de estos protocolos reducirá significativamente la posibilidad de errores y promoverá una atención más segura y confiable.

Control seguro de la medicación: se plantea implementar un sistema de doble verificación, que consiste en la revisión por parte de dos profesionales de salud antes de administrar cualquier medicamento, apoyado por alertas electrónicas automatizadas. Este mecanismo busca minimizar errores relacionados con dosificación, interacciones farmacológicas y alergias, garantizando así la seguridad del paciente durante todo el proceso terapéutico.

Digitalización y registros electrónicos: se recomienda la transición hacia la gestión digital de los registros clínicos, lo cual permitirá una mejor trazabilidad de la información, facilitando el acceso rápido y seguro a los datos del paciente. La digitalización ayudará a evitar la duplicidad y pérdida de información, mejorando la eficiencia administrativa y clínica, así como la coordinación entre los distintos profesionales que intervienen en el cuidado del paciente.

Capacitación continua del personal de salud: se propone implementar un programa permanente de formación y actualización dirigido a todo el equipo de salud. Este programa incluirá áreas clave como farmacología, diagnóstico clínico, manejo de emergencias y nuevas tecnologías sanitarias. La capacitación constante fortalecerá las competencias del personal, promoviendo una atención basada en evidencia y mejores prácticas.

Supervisión, monitoreo y auditorías clínicas: Se plantea establecer procesos sistemáticos y regulares de supervisión y evaluación de la práctica clínica mediante auditorías internas. Estas actividades permitirán detectar desviaciones o fallas en el

Carmen Monserrate Aranea-Merchan; Mireya Magdalena Torres Palacios

cumplimiento de los protocolos, facilitando la toma de decisiones informadas para la mejora continua de los procesos y la calidad asistencial.

Comunicación efectiva y trabajo en equipo: Se enfatiza la necesidad de fomentar una cultura de comunicación abierta y fluida entre todos los profesionales de salud. El trabajo colaborativo y la coordinación interprofesional son esenciales para asegurar una atención integral, minimizar errores y mejorar la experiencia del paciente dentro del sistema de salud.

## **DISCUSIÓN**

Los resultados obtenidos en el Centro de Salud del Cantón Pedro Carbo coinciden claramente con lo planteado por García et al. (2023) respecto a la función de los protocolos clínicos como herramientas fundamentales para la prevención de errores médicos. En ambos casos, se evidencia que la verificación rigurosa de la medicación y la estandarización de procesos contribuyen significativamente a reducir la probabilidad de fallas en la atención. Sin embargo, a diferencia de lo descrito en la literatura, en el contexto local esta verificación no se realiza de manera sistemática, lo que expone a los pacientes a riesgos evitables. Esta discrepancia subraya que la mera existencia de normas no garantiza la seguridad clínica, siendo indispensable consolidar un flujo operativo que asegure su cumplimiento efectivo en cada proceso de atención.

## **CONCLUSIONES**

La seguridad del paciente en consulta externa requiere un enfoque integral que combine procesos estandarizados, capacitación continua, supervisión constante y una cultura colaborativa, pues solo la suma de estos factores puede generar cambios duraderos y efectivos.

Los errores clínicos derivan más de deficiencias estructurales y organizativas que de fallas individuales, por lo que adaptar las políticas nacionales al contexto local y fortalecer la infraestructura institucional resulta esencial para prevenir riesgos.

Carmen Monserrate Aranea-Merchan; Mireya Magdalena Torres Palacios

La incorporación de tecnologías digitales como la historia clínica electrónica y la prescripción asistida reduce riesgos clínicos, siempre que estas herramientas se integren adecuadamente a los procesos y el personal reciba la formación necesaria para su uso.

Las brechas en comunicación, seguimiento de tratamientos y coordinación entre profesionales, incluso cuando el personal muestra compromiso, evidencian que se requieren modelos de gestión que aseguren supervisión, auditorías y mecanismos para mejorar la calidad de la atención.

La sobrecarga laboral y la falta de recursos aumentan la probabilidad de errores médicos, lo que indica que las estrategias para mejorar la seguridad deben incluir la optimización de recursos y la participación de pacientes y profesionales para lograr una atención más segura y centrada en las personas.

El flujo operativo diseñado para la prevención de errores médicos en consulta externa en el Centro de Salud Pedro Carbo combina protocolos claros, control riguroso de medicación, digitalización, capacitación continua, supervisión y comunicación efectiva. Esta integración fortalece la seguridad del paciente y mejora la calidad de la atención, garantizando procesos más seguros y coordinados.

## **FINANCIAMIENTO**

No monetario.

## **AGRADECIMIENTO**

A todos los factores sociales que influyeron en el desarrollo de esta investigación.

## **REFERENCIAS CONSULTADAS**

Astier, M., Torijano, M., Añel, R., Palacio, J., & Aibar, C. (2021). Pasado, presente y futuro de la seguridad del paciente en Atención Primaria. *Atención Primaria*, 53(Supl. 1), 102221. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102221>

Carmen Monserrate Aranea-Merchan; Mireya Magdalena Torres Palacios

- Fernández, J., & Torres, R. (2022). Impacto de la detección temprana en la prevención de eventos adversos. *Revista Iberoamericana de Seguridad Clínica*, 14(2), 55–67.
- García, M., López, P., & Ruiz, A. (2023). Protocolos clínicos y seguridad del paciente en atención primaria. *Revista Española de Calidad Asistencial*, 38(1), 45–53. <https://doi.org/10.1016/reca.2023.38145>
- Gauznabi, S. (2024). Impact of emergency simulation training in primary care: A rapid review. *Journal of Primary Health Care*, 16(2), 161–170. <https://doi.org/10.1071/HC24005>
- Macedo, T., Calvo, M., Possoli, L., & Natal, S. (2023). Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: um olhar sobre a literatura. *Revista de APS*, 25(3). <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.38161>
- Miranda, A., & Palacios, D. (2021). Prescription errors in non-steroidal anti-inflammatory drug prescriptions in a primary care center in Ecuador. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40, 234–242. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4662068>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). (2016). *Manual de seguridad del paciente-usuario*. Ministerio de Salud Pública. <https://n9.cl/1rt4x>
- Morris, R., Giles, S., & Campbell, S. (2023). Involving patients and carers in patient safety in primary care: A qualitative study of a co-designed patient safety guide. *Health Expectations*, 26(2), 630–639. <https://doi.org/10.1111/hex.13673>
- Naseralallah, L., Stewart, D., Price, M., & Paudyal, V. (2023). Prevalence, contributing factors, and interventions to reduce medication errors in outpatient and ambulatory settings: A systematic review. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 45(2), 251–264. <https://n9.cl/ceqzd>
- Pérez, A., Jiménez, M., & López, C. (2021). Control de la medicación en atención primaria: un reto para la seguridad del paciente. *Revista de Seguridad y Calidad Asistencial*, 36(4), 211–219.
- Rodríguez, F., & Méndez, L. (2023). Supervisión clínica y mejora continua en consulta externa. *Revista Colombiana de Salud Pública*, 22(2), 77–89.
- Rodríguez, M., Torres, J., & Sánchez, P. (2022). Errores médicos en atención primaria: definición, clasificación y estrategias de prevención. *Revista Chilena de Medicina Familiar*, 16(1), 13–25.

Carmen Monserrate Aranea-Merchan; Mireya Magdalena Torres Palacios

Singh, H., Giardina, T. D., Meyer, A. N. D., Forjuoh, S. N., Reis, M. D., & Thomas, E. J. (2021). Types and origins of diagnostic errors in primary care settings. *JAMA Internal Medicine*, 173(6), 418–425. <https://n9.cl/ejl4eo>

Sousa, V., Días, H., de Sousa, F., Oliveira, R., Costa, E., & de Vasconcelos, P. (2023). Professional burnout and patient safety culture in Primary Health Care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(3), e20220311. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0311>

©2025 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).