Revista de Investigación en Salud Pública
Vol. 1 / Nro. *1* / *2026*
***Recibido**: 13/05/2026 - **Revisado**: 10/06/2026 - **Aceptado**: 31/07/2026 - **Publicado**: 18/09/2026*
***Evaluación:** Doble ciego*

ARTÍCULO ORIGINAL

PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN DOCENTES DE ODONTOLOGÍA, PARAGUAY

Perception of Patient Safety Culture Among Dental School Faculty in Paraguay

DOI: https://doi.org/10.65740/n2ww0850

Ana Victoria Fatecha Aquino
Universidad Nacional de Asunción, Asunción, Paraguay.
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6876-9815
anafatecha@gmail.com

Milner Iván Morel Barrios
Universidad Nacional de Asunción, Asunción, Paraguay.
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6276-4688
Autor de correspondencia: milnermorel@founa.edu.py

Sergio David González Ayala
Universidad Columbia del Paraguay, Asunción, Paraguay.
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3512-7437
sergio.gonzalez@posgradocolumbia.edu.py

Resumen

La seguridad del paciente constituye una dimensión esencial de la calidad en la atención sanitaria, cuya relevancia en los entornos odontológicos universitarios ha sido escasamente documentada en Paraguay. El estudio tuvo como objetivo determinar la percepción sobre la cultura de seguridad del paciente en docentes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Asunción (FOUNA), durante el año 2022. Se empleó un diseño observacional analítico transversal, utilizando la versión española del *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ). La población de estudio estuvo conformada por 248 docentes. Los resultados evidenciaron que apenas el 19,35% de los encuestados había escuchado hablar previamente sobre seguridad del paciente, mientras que el 76,61% nunca había notificado un evento adverso, a pesar de que el 100% afirmó que lo haría ante una situación de riesgo. El 100% declaró registrar siempre los datos básicos del paciente en la historia clínica; sin embargo, el 14,51% solo registra casi siempre el estado general y la terapéutica farmacológica. En cuanto a la valoración del grado de seguridad del área, el 65,72% la calificó como excelente y el 34,27% como muy buena. Estos hallazgos revelan una marcada paradoja institucional: una percepción positiva del entorno clínico coexiste con un profundo desconocimiento conceptual de la seguridad del paciente y una práctica notificadora significativamente deficiente. Los resultados refuerzan la urgencia de implementar programas de formación, sistemas de notificación de eventos adversos y protocolos institucionales de seguridad ajustados a la realidad de la odontología universitaria paraguaya.

Palabras clave: seguridad del paciente, atención odontológica, cultura de seguridad, eventos adversos, formación en salud, Paraguay.

Abstract

Patient safety is an essential dimension of healthcare quality, yet its relevance within university dental settings has been scarcely documented in Paraguay. This study aimed to determine the perception of patient safety culture among faculty members of the School of Dentistry, National University of Asunción (FOUNA), during the year 2022. A cross-sectional observational analytical design was employed, using the Spanish-language version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) developed by the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). The study population consisted of 248 faculty members. Results showed that only 19.35% of respondents had previously heard about patient safety, while 76.61% had never reported an adverse event, despite 100% declaring they would do so if faced with a risk situation. All participants stated they always

Cómo citar: Fatecha Aquino, A. V., Morel Barrios, M. I., & González A., S. D. (2026). Percepción de la cultura de seguridad del paciente en docentes de odontología, Paraguay. *Revista de Investigación en Salud Pública, 1*(1), 191–200. https://doi.org/10.65740/n2ww0850

***Editor responsable**: Derliz Osmar Cabrera Cabrera, Posgrado Columbia, Asunción, Paraguay, risalp@posgradocolumbia.edu.py*
***Derechos de autor**: ©2026 Fatecha Aquino - Morel Barrios – Sergio González, conservan los derechos de autor.*
***Licencia**: Este artículo se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0* Internacional (CC BY 4.0).

recorded basic patient data in the clinical record; however, 14.51% only almost-always recorded the patient's general health status and pharmacological treatment. Regarding the overall safety rating of their clinical area, 65.72% rated it as excellent and 34.27% as very good. These figures reveal a marked institutional paradox: a positive perception of the clinical environment coexists with a profound unfamiliarity with patient safety principles and a significantly deficient reporting practice. The findings reinforce the urgency of implementing training programs, adverse event reporting systems, and institutional safety protocols tailored to the realities of Paraguayan university dentistry.

Keywords: patient safety, dental care, safety culture, adverse events, health education, Paraguay.

1. Introducción

La seguridad del paciente es reconocida internacionalmente como una dimensión indisociable de la calidad en la atención sanitaria. Desde la publicación del informe *To Err is Human: Building a Safer Health System* por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos en 1999, la comunidad científica internacional tomó plena conciencia de la magnitud del problema que representan los errores médicos y sus consecuencias adversas. Ese hito marcó un punto de inflexión definitivo en las políticas sanitarias globales, impulsando a organismos como la OMS, la Unión Europea y la OCDE a incorporar la seguridad del paciente como eje estratégico prioritario en materia de calidad asistencial.

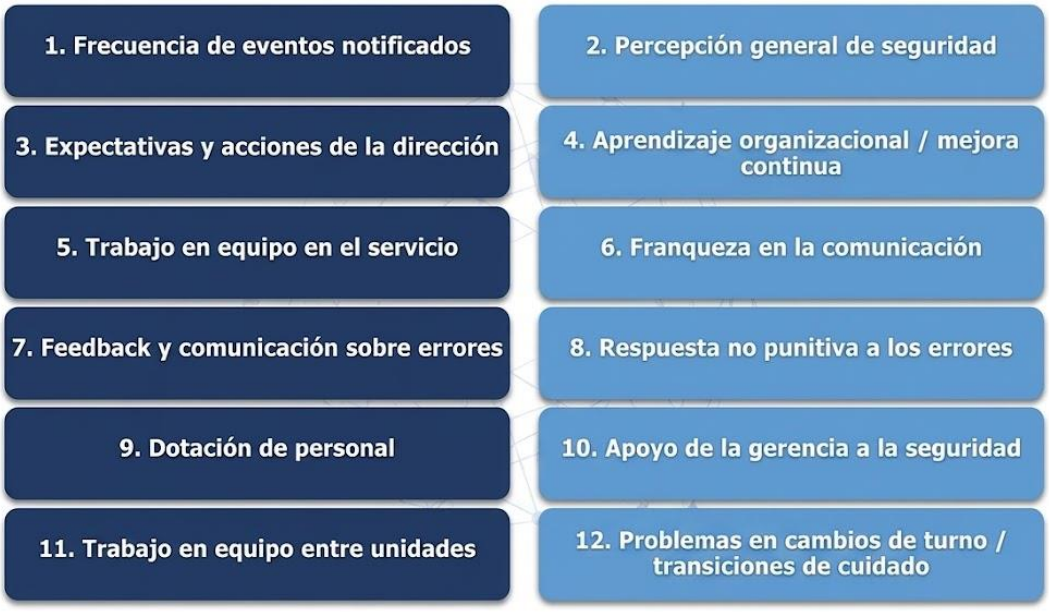
La OMS define la seguridad del paciente como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos durante la atención médica, señalando explícitamente que las intervenciones sanitarias conllevan un potencial de daño que debe ser identificado, evaluado y gestionado de manera sistemática (Vega, 2007). En ese sentido, el principio hipocrático *primum non nocere* no debe entenderse únicamente como una máxima ética individual, sino como el fundamento filosófico de un enfoque institucional orientado a la prevención, detección y mitigación de eventos adversos.

El entorno odontológico universitario constituye un escenario particularmente complejo desde la perspectiva de la seguridad del paciente. Las clínicas docentes acogen simultáneamente a estudiantes en formación, docentes supervisores, personal auxiliar y pacientes con condiciones sistémicas que incrementan el riesgo durante los procedimientos. En Paraguay, la literatura científica sobre seguridad del paciente en entornos odontológicos universitarios es prácticamente inexistente. La Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Asunción (FOUNA) es la principal institución de formación odontológica del país, con un cuerpo docente de 249 profesionales, 131 de los cuales desarrollan su labor en el área clínica, y atiende a una parte significativa de la demanda odontológica de la población de Asunción y del Gran Asunción.

El presente artículo reporta los hallazgos de una investigación orientada a determinar la percepción sobre la cultura de seguridad del paciente en los docentes de la FOUNA, con el propósito de identificar sus fortalezas y debilidades y establecer áreas de mejora que permitan fortalecer los estándares de calidad y seguridad en la atención odontológica ofrecida en la institución.

2. Fundamentación Teórica

Figura 9. Dimensiones de la cultura de seguridad evaluadas mediante el HSOPSC (AHRQ)



Fuente: elaboración propia basada en la versión española del HSOPSC-AHRQ.

Seguridad del paciente: conceptualización y marco internacional

La seguridad del paciente (SP) se ha consolidado como una disciplina autónoma dentro de las ciencias de la salud, surgida en respuesta a la creciente complejidad de los sistemas de atención sanitaria y al reconocimiento explícito de que la asistencia médica puede constituir, en sí misma, una fuente de daño para el paciente. Su objetivo fundamental es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria, siendo la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos su piedra angular epistemológica.

Un evento adverso (EA) se define como cualquier daño no intencionado causado al paciente como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida, y no por la enfermedad subyacente. La gestión del riesgo clínico comprende tres fases interdependientes: la identificación de riesgos, su evaluación en términos de frecuencia, gravedad y coste, y el tratamiento mediante estrategias de prevención o reducción. En instituciones de alta complejidad, la evidencia científica señala que la mayor parte de los errores evitables no obedece a fallos individuales aislados, sino a deficiencias sistémicas en los procesos organizacionales, lo que confiere a la cultura institucional de seguridad un protagonismo determinante (Mella Laborde et al., 2019).

La cultura de seguridad del paciente es entendida como el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso de una organización sanitaria con la gestión de la seguridad. Una cultura sólida se caracteriza por la comunicación abierta sobre errores, el compromiso institucional con el aprendizaje, la respuesta no punitiva ante los incidentes y el liderazgo visible en materia de seguridad (Flores-González et al., 2019).

La seguridad del paciente en la odontología universitaria

La atención odontológica presenta características particulares que la distinguen de otros ámbitos clínicos desde la perspectiva de la seguridad. La proximidad a estructuras anatómicas vitales, el empleo de agentes anestésicos, instrumentos rotatorios de alta velocidad y materiales potencialmente tóxicos configuran un perfil de riesgo específico que requiere gestión proactiva y sistematizada. Las clínicas docentes operan bajo la dualidad de ser simultáneamente espacios asistenciales y entornos pedagógicos, lo que incrementa la complejidad de la gestión del riesgo. Investigaciones realizadas en España, México y Brasil han evidenciado que las dimensiones más frecuentemente valoradas de manera negativa son la frecuencia de notificación de eventos adversos, la respuesta no punitiva a los errores y la comunicación abierta entre colegas (Mella Laborde et al., 2019; Flores-González et al., 2019).

Instrumento de medición: HSOPSC

El *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), desarrollado por la AHRQ, constituye uno de los instrumentos más ampliamente validados para la evaluación de la cultura de seguridad en entornos sanitarios. Evalúa doce dimensiones mediante una escala de respuesta tipo Likert de cinco niveles, desde "Muy en desacuerdo / Nunca" hasta "Muy de acuerdo / Siempre" (Figura 9). La versión española ha sido validada en múltiples contextos hospitalarios y ambulatorios iberoamericanos, demostrando consistencia interna y validez de constructo adecuadas.

3. Metodología

El presente estudio adoptó un diseño observacional analítico transversal, realizado en el área clínica de la FOUNA, Sede Central, Asunción, Paraguay, durante el período comprendido entre mayo y agosto del año 2022.

Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por la totalidad del plantel docente de la FOUNA (249 profesionales, 131 en área clínica). Se encuestaron 248 participantes efectivos. Los criterios de inclusión fueron: (a) ser docente activo de la FOUNA y (b) desempeñar su actividad en el área clínica durante el período de estudio.

Instrumento

Se utilizó la versión española del HSOPSC (AHRQ), que evalúa doce dimensiones de la cultura de seguridad (Figura 9) mediante escala Likert de cinco niveles. Se incluyeron además preguntas sobre variables sociodemográficas, características laborales y prácticas clínicas específicas.

Procedimiento y consideraciones éticas

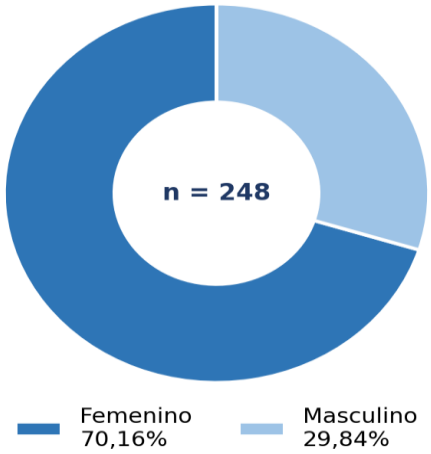
La encuesta fue administrada de manera presencial y autoadministrada, garantizando confidencialidad y anonimato. El estudio fue aprobado por las autoridades académicas de la Universidad Columbia del Paraguay (noviembre de 2022). Todos los participantes otorgaron consentimiento informado voluntario, con estricto apego al Código Sanitario de Paraguay (Ley N° 896/80). Los datos se procesaron mediante estadística descriptiva: frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas.

4. Resultados

Características sociodemográficas

Se encuestó a 248 docentes. El perfil sociodemográfico revela un cuerpo docente predominantemente femenino, de mediana edad y con alta estabilidad institucional.

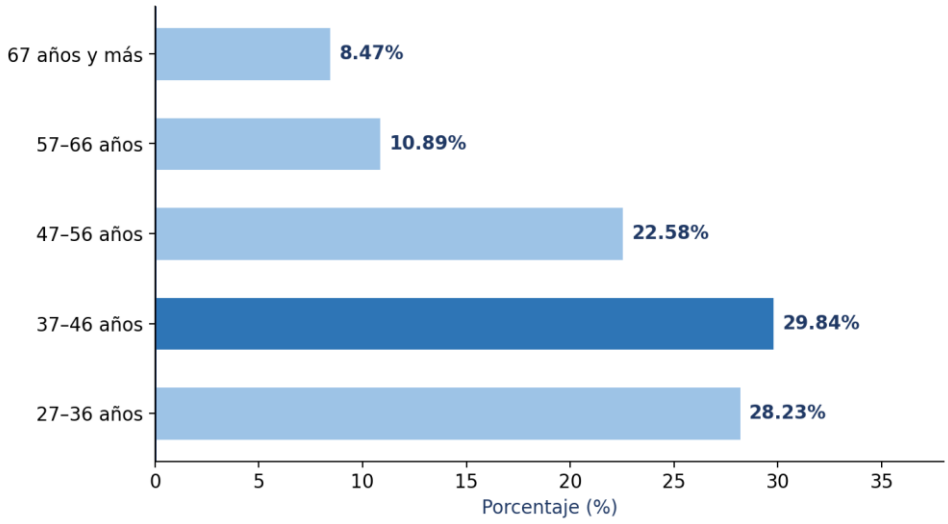
Figura 1. Distribución por sexo
Docentes FOUNA (n = 248)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la encuesta HSOPSC-FOUNA, 2022.

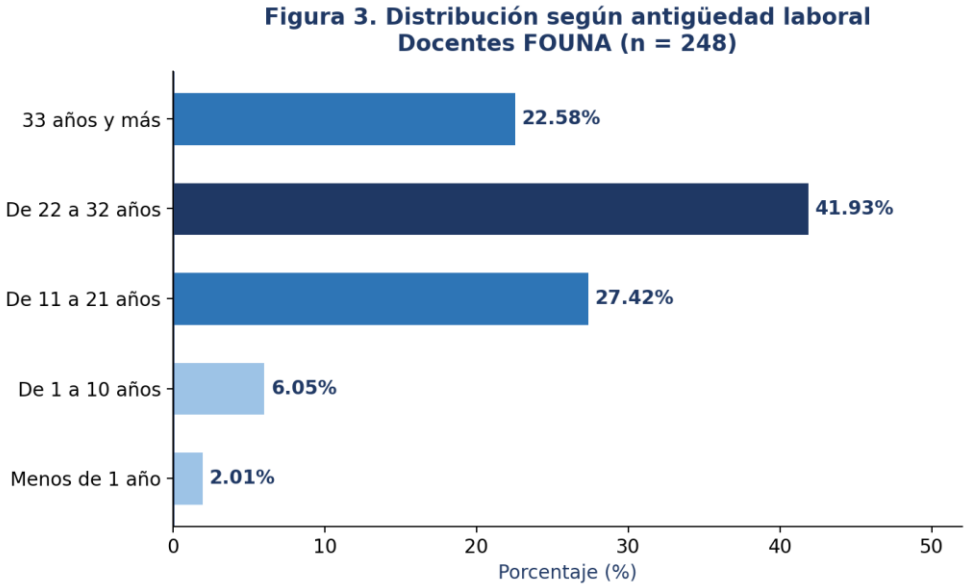
El 70,16% del plantel docente corresponde al sexo femenino (n = 174), evidenciando una marcada feminización del cuerpo docente odontológico de la institución. En cuanto a la distribución etaria, el rango de 37 a 46 años resultó el más frecuente (29,84%), seguido por el grupo de 27 a 36 años (28,23%), configurando una masa crítica de docentes en la franja productiva de 27 a 46 años que representa el 58,07% del total.

Figura 2. Distribución por grupo etario
Docentes FOUNA (n = 248)



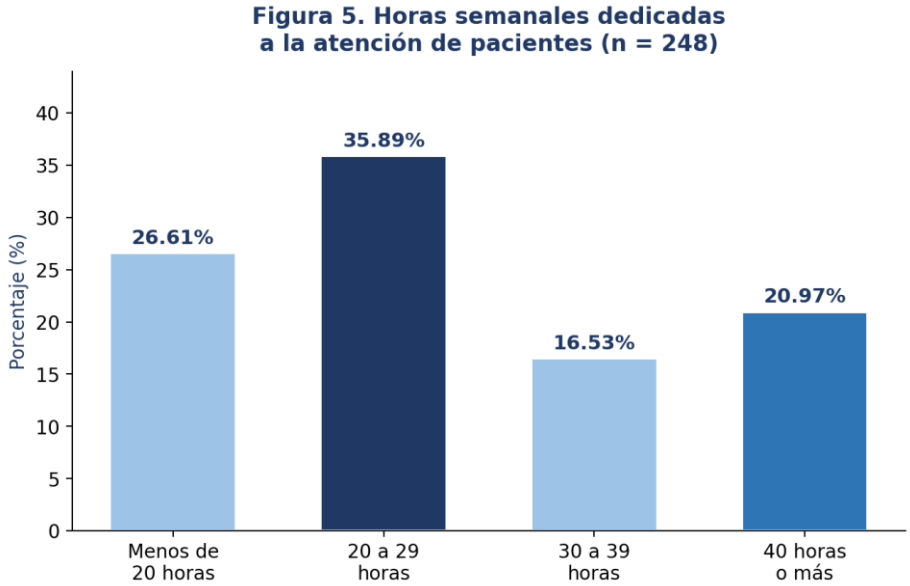
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la encuesta HSOPSC-FOUNA, 2022.

El 62,10% de los docentes reside en la ciudad de Asunción, el 34,68% en el Gran Asunción y el 19,35% en el interior del país. La distribución según antigüedad laboral revela un cuerpo docente con alta estabilidad institucional: el rango predominante fue el de 22 a 32 años de servicio (41,93%), seguido por el de 11 a 21 años (27,42%), lo que indica que casi el 65% del plantel acumula más de una década de trayectoria en la FOUNA.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la encuesta HSOPSC-FOUNA, 2022.

Respecto a las horas semanales dedicadas a la atención de pacientes, el rango más frecuente fue el de 20 a 29 horas (35,89%), y el 52,82% del plantel docente realiza atención directa a pacientes en la institución.

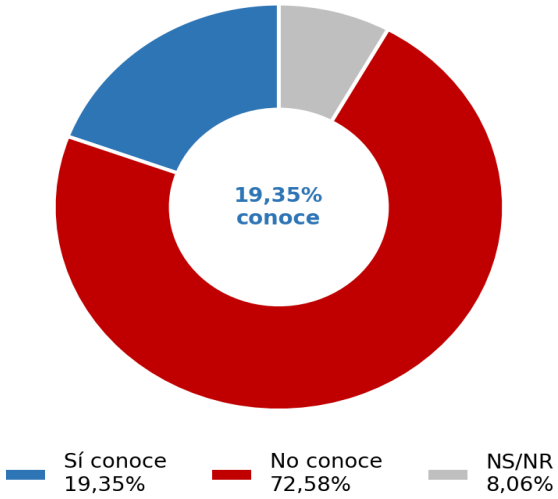


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la encuesta HSOPSC-FOUNA, 2022.

Conocimiento y percepción sobre seguridad del paciente

Uno de los hallazgos más significativos del estudio fue el bajo nivel de conocimiento declarado sobre el concepto de seguridad del paciente. Únicamente el 19,35% (n = 48) de los docentes respondió haber recibido información o escuchado hablar sobre seguridad del paciente, mientras que el 72,58% (n = 180) manifestó no haberlo hecho y el 8,06% (n = 20) optó por "No sabe / No responde". Este resultado es especialmente llamativo considerando que el 52,82% realiza atención clínica directa.

Figura 4. Conocimiento previo sobre "Seguridad del Paciente" (n = 248)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la encuesta HSOPSC-FOUNA, 2022.

Esta cifra contrasta notablemente con la valoración que los docentes asignaron al nivel de seguridad de su área de trabajo. El 65,72% (n = 163) la calificó como "Excelente" y el 34,27% (n = 85) como "Muy buena", sin registrarse respuestas en las categorías "Aceptable" o "Pobre". Esta percepción ampliamente positiva, articulada por un plantel que en su gran mayoría desconoce el concepto formal de seguridad del paciente, constituye un elemento de análisis crítico de primer orden.

Figura 8. Valoración del grado general de seguridad del área (n = 248)

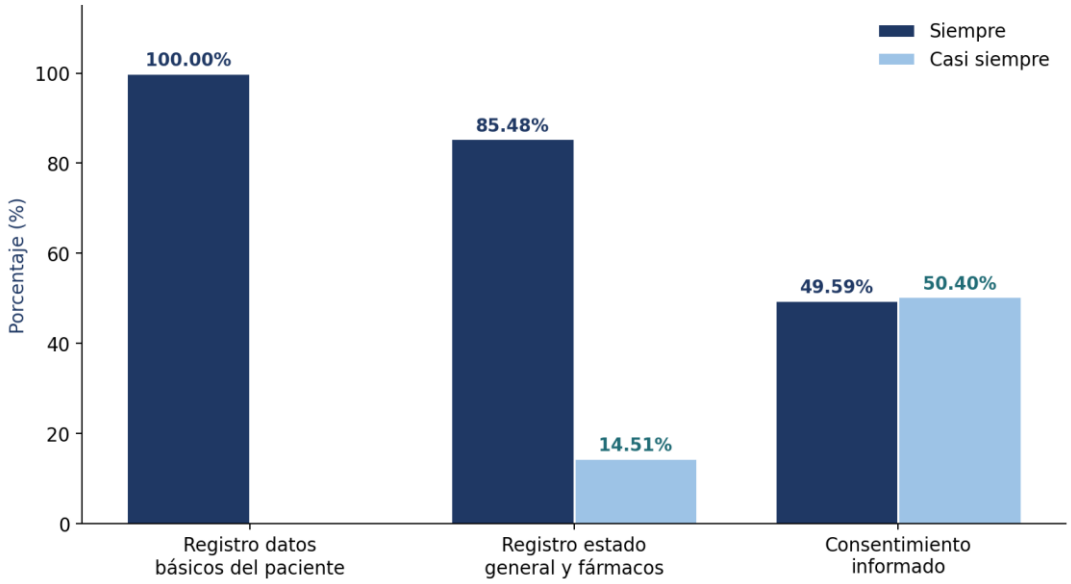


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la encuesta HSOPSC-FOUNA, 2022.

Prácticas de registro clínico y consentimiento informado

Las prácticas de registro y consentimiento informado revelan un panorama heterogéneo. La totalidad de los docentes (100%) declaró registrar siempre los datos básicos del paciente en la historia clínica, indicador positivo en términos de documentación asistencial. Sin embargo, el 14,51% (n = 36) solo registra "casi siempre" el estado general del paciente y su terapéutica farmacológica. Respecto al consentimiento informado, la distribución fue casi equitativa: el 50,40% (n = 125) lo obtiene "casi siempre" y el 49,59% (n = 123) "siempre".

Figura 6. Prácticas de registro clínico y consentimiento informado (n = 248)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la encuesta HSOPSC-FOUNA, 2022.

Tabla 1. Registro del estado general y terapéutica farmacológica — FOUNA, 2022 (n = 248)

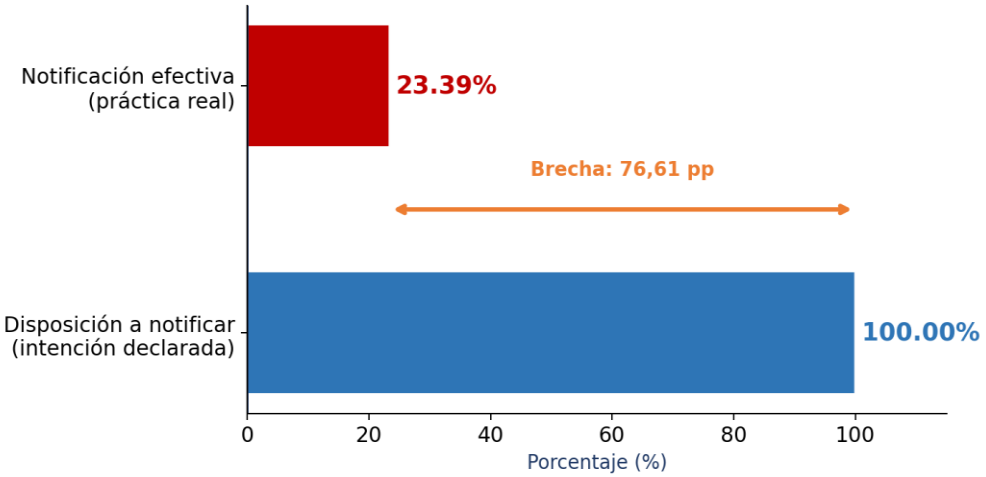
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	36	14,51%
Siempre	212	85,48%
Total	248	100,00%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la encuesta HSOPSC-FOUNA, 2022.

Notificación de eventos adversos

La dimensión de notificación de eventos adversos reveló la brecha más significativa del estudio. La totalidad de los encuestados (100%) manifestó que notificaría ante la ocurrencia de una falla capaz de generar un acontecimiento adverso. Sin embargo, apenas el 23,39% (n = 58) había notificado efectivamente un evento adverso en alguna ocasión, mientras que el 76,61% (n = 190) nunca lo había hecho. Esta divergencia radical entre intención y práctica configura lo que en la presente investigación se denomina paradoja de notificación.

Figura 7. Paradoja de notificación de eventos adversos Intención declarada vs. práctica efectiva (n = 248)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la encuesta HSOPSC-FOUNA, 2022. Nota: pp = puntos porcentuales.

Tabla 2. Notificación efectiva de eventos adversos — FOUNA, 2022 (n = 248)

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Ha notificado al menos un evento adverso	58	23,39%
Nunca ha notificado un evento adverso	190	76,61%
Total	248	100,00%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la encuesta HSOPSC-FOUNA, 2022.

5. Discusión

Los resultados obtenidos permiten identificar un conjunto de hallazgos de alto valor científico y práctico, articulados en torno a tres ejes analíticos principales: la paradoja percepción–conocimiento, la brecha intención–práctica en la notificación, y las vulnerabilidades específicas en las prácticas de registro y consentimiento.

El hallazgo más revelador es la marcada brecha entre la autopercepción positiva del entorno clínico (100% de valoraciones "Excelente" o "Muy buena") y el bajo conocimiento formal sobre seguridad del paciente (19,35%). Esta combinación indica que la cultura de seguridad no ha sido integrada como componente curricular ni organizacional sistemático. El resultado es consistente con los hallazgos de Flores-González et al. (2019), quienes identificaron que el desconocimiento del concepto coexiste frecuentemente con una valoración positiva del entorno asistencial, configurando lo que los autores denominan "percepción de seguridad acrítica". Mella Laborde et al. (2019), en un hospital universitario español, evidenciaron que las dimensiones de notificación y respuesta no punitiva son sistemáticamente las peor valoradas en contextos universitarios, patrón que guarda coherencia directa con los datos obtenidos en la FOUNA.

La paradoja de notificación —disposición universal a notificar (100%) frente a notificación efectiva mínima (23,39%)— constituye el hallazgo con mayor impacto práctico del estudio. Esta discordancia entre actitud y comportamiento es un fenómeno ampliamente documentado en la literatura, atribuido a múltiples factores concurrentes: desconocimiento de los procedimientos de notificación, inexistencia de sistemas formalizados de registro, percepción de consecuencias punitivas y ausencia de retroalimentación institucional. La Figura 7 ilustra esta brecha de 76,61 puntos porcentuales, que representa la magnitud del desafío institucional para transformar la intención individual en práctica sistemática.

La heterogeneidad en el registro farmacológico (14,51% solo "casi siempre") introduce una dimensión de riesgo clínico significativa. La omisión de información farmacológica puede tener consecuencias adversas en pacientes anticoagulados, diabéticos, hipertensos o con tratamientos inmunosupresores, cuyas condiciones interfieren directamente con la hemostasia, la cicatrización y el metabolismo de los anestésicos locales. Del mismo modo, la aplicación inconsistente del consentimiento informado —con aproximadamente la mitad de los docentes que lo obtiene solo "casi siempre"— evidencia tanto déficits formativos como limitaciones organizacionales que deben ser abordados de manera integral.

En términos comparativos regionales, el perfil de la FOUNA corresponde a una fase inicial o emergente del desarrollo de la cultura de seguridad: desconocimiento conceptual mayoritario, ausencia de sistemas de notificación formalizados y percepción acrítica del entorno clínico. Este patrón ha sido documentado en facultades de odontología de Brasil y otros países latinoamericanos, sugiriendo que la integración de la seguridad del paciente en la formación odontológica universitaria constituye un desafío pendiente de escala regional.

Entre las limitaciones del estudio se destacan: el diseño transversal, que impide establecer relaciones causales; la utilización de un instrumento originalmente validado en contextos hospitalarios; y la posibilidad de sesgos de deseabilidad social en determinadas respuestas, particularmente en las preguntas sobre intención de notificación.

6. Conclusiones

La presente investigación permite concluir que la cultura de seguridad del paciente en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Asunción se encuentra en una etapa formativa incipiente, caracterizada por una notable paradoja institucional: una percepción ampliamente positiva del entorno clínico coexiste con un desconocimiento conceptual mayoritario sobre seguridad del paciente y con prácticas notificadoras significativamente deficientes.

El hecho de que apenas el 19,35% del plantel docente haya tenido contacto previo con el concepto de seguridad del paciente revela una brecha formativa fundamental. La seguridad del paciente no puede constituirse como práctica efectiva mientras no exista un marco conceptual compartido que permita identificar, categorizar y comunicar los eventos adversos en forma sistemática.

La discordancia entre la intención universal de notificar (100%) y la notificación efectiva (23,39%) evidencia que el problema no radica en la voluntad individual sino en la ausencia de condiciones habilitantes: registros, protocolos y canales de comunicación que transformen la buena disposición en práctica colectiva y sostenida. El registro incompleto del estado

farmacológico y la aplicación inconsistente del consentimiento informado constituyen vulnerabilidades clínicas específicas que incrementan el riesgo de eventos adversos en la atención odontológica.

En suma, la FOUNA posee condiciones institucionales favorables para desarrollar una cultura de seguridad del paciente —un cuerpo docente numeroso, estable y comprometido— pero requiere con urgencia la instauración de un marco formativo, normativo y operacional que traslade ese potencial al plano de las prácticas cotidianas.

7. Recomendaciones

Los hallazgos del estudio permiten formular las siguientes recomendaciones prioritarias para el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente en la FOUNA.

En primer término, se recomienda la elaboración y aplicación de un Protocolo Institucional de Seguridad del Paciente, tomando como referencia el Código Sanitario (Ley N° 896/80), las directrices de la OMS y las experiencias de instituciones odontológicas universitarias de la región. Este protocolo debe contemplar los procedimientos de registro clínico, el consentimiento informado, el manejo de emergencias y la gestión de eventos adversos.

En segundo término, resulta imperativo diseñar e implementar un programa de capacitación sobre seguridad del paciente dirigido a la totalidad del cuerpo docente, con especial énfasis en los docentes de áreas clínicas. La Dirección de Servicios Clínicos y la Jefatura de Control de Infecciones se posicionan como las instancias más adecuadas para liderar esta iniciativa.

En tercer término, se recomienda la creación de un sistema formal de registro y notificación de eventos adversos, con formularios estandarizados, garantías de confidencialidad y mecanismos de retroalimentación a los notificadores. La constitución de un Comité de Seguridad del Paciente como instancia de análisis y toma de decisiones en materia de gestión del riesgo clínico constituye una medida complementaria de alta pertinencia.

También se sugiere extender esta iniciativa hacia otras facultades de salud del Paraguay, promoviendo una red interinstitucional de seguridad del paciente con efecto multiplicador en la cultura de seguridad del sistema sanitario paraguayo. La generación de investigaciones comparativas en el ámbito regional contribuirá a contextualizar los hallazgos de la FOUNA y a fortalecer la evidencia disponible sobre seguridad del paciente en la odontología universitaria latinoamericana.

Referencias

Agency for Healthcare Research and Quality. (s. f.). Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ. https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html

Flores-González, M. T., Cruz-León, A. y Morales-Ramón, F. (2019). Cultura de seguridad del paciente: percepción del personal de una unidad de medicina familiar en Tabasco, México. Revista de Enfermería del IMSS, 27(1), 14-22.

Mella Laborde, M., Soro Domingo, M., Torralba Castellote, A., Arán Inglés, M., Giménez Rodrigo, A., Arreaza Buyolo, M., & Pinto Coelho, M. (2019). Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. Gaceta Sanitaria, 34(5), 500-513. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.10.004

Organización Mundial de la Salud. (2001). Calidad de la atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría. 109.ª Reunión del Consejo Ejecutivo. WHO/EB109/22.

Organización Mundial de la Salud. (s. f.). Seguridad del paciente. WHO. https://www.who.int/topics/patient_safety/es/

Vega, R. (2007). Seguridad del paciente. Definición y alcances. Revista Chilena de Medicina Familiar, 8(1), 5-10.

Declaraciones

Aprobación ética: los autores declaran haber cumplido con los requisitos éticos aplicables a la investigación y contar, cuando correspondió, con la aprobación o autorización de las instancias competentes para su realización. Esta información fue declarada por los autores durante el proceso de envío del manuscrito.

Consentimiento informado: Todos los participantes otorgaron su consentimiento informado previo a su inclusión en el estudio.

Contribución de autoría (CRediT):

- Ana Victoria Fatecha Aquino: conceptualización, investigación y redacción del borrador original.
- Milner Iván Morel Barrios: curación de datos, revisión y edición.
- Sergio D. González A.: metodología y análisis formal.

Disponibilidad de datos: Los datos que sustentan los resultados de este estudio están disponibles previa solicitud razonable al autor de correspondencia.

Uso de inteligencia artificial: los autores declaran haber utilizado herramientas de inteligencia artificial durante la preparación del manuscrito exclusivamente para tareas de apoyo a la redacción y revisión lingüística. Su utilización no sustituyó la autoría intelectual, el análisis ni la interpretación de los resultados. Los autores revisaron y validaron el contenido final y asumen plena responsabilidad por el manuscrito.

Conflictos de intereses: los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses, ya sea de carácter financiero, personal, institucional o de cualquier otra índole, que pudiera haber influido en los resultados, interpretación o conclusiones del presente estudio.

Financiamiento: La investigación fue financiada con recursos propios de los autores y no se recibió financiamiento externo.