

TESIS DOCTORAL

**VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA MEDIR
CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS
CENTROS DE SALUD ESPAÑOLES**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y CIRUGÍA,
PSICOLOGÍA, MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD
PÚBLICA E INMUNOLOGÍA Y MICROBIOLOGÍA
MÉDICA**

UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS

2014

**DÑA SUSANA LORENZO MARTÍNEZ, DÑA. MARÍA PILAR ASTIER PEÑA Y
D. JOSÉ ÁNGEL MADERUELO FERNÁNDEZ,**

CERTIFICAN: Que Doña María Luisa Torijano Casalengua ha realizado bajo su dirección la Tesis Doctoral titulada: “Validación de un cuestionario para medir cultura de seguridad del paciente en los centros de salud españoles”.

Revisada la misma, reúne las condiciones necesarias para obtener el Grado de Doctor, por lo que damos nuestra conformidad para su presentación a tal fin.

Y para que así conste, firmamos la presente certificación en Madrid, a veintitrés de mayo de 2014

Fdo:



Dña. Susana Lorenzo Martínez

Fdo:



Dña. María Pilar Astier Peña

Fdo:



D. José Ángel Maderuelo Fernández

D. CARLOS GUIJARRO HERRÁIZ, PROFESOR ASOCIADO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y CIRUGÍA, PSICOLOGÍA, MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA E INMUNOLOGÍA Y MICROBIOLOGÍA MÉDICA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS

CERTIFICA

Que el proyecto de tesis doctoral tutorizada por mí y dirigido por los doctores Dña Susana Lorenzo Martínez, Dña. María Pilar Astier Peña y D. José Ángel Maderuelo Fernández, titulado **“Validación de un cuestionario para medir cultura de seguridad del paciente en los centros de salud españoles”** realizado por Dña. María Luisa Torijano Casalengua, reúne todos los requisitos científicos y formales para ser presentado y defendido ante el tribunal correspondiente

Y para que así conste a todos los efectos, firmo el presente certificado en Madrid a veintitrés de mayo de dos mil catorce.

Fdo:

Citas 180583209
D. Carlos Gujarrro Herráiz
Dol. N.º 28/35583-L



D. Carlos Gujarrro Herráiz

A mis padres, Juan y Luisa, con todo mi amor

AGRADECIMIENTOS

Es difícil expresar lo que uno siente cuando se llega a este punto. Imagino que muchos doctores saben a lo que me refiero.

Y es entonces, al llegar al final de la tesis doctoral, cuando llega también el momento de agradecer a tantas personas que han estado presentes, de una forma u otra, durante todo el camino. Sin ellas, este resultado no hubiera sido posible.

Agradezco su trabajo a las personas que colaboraron en la retro-traducción al inglés y su comparación con la versión española: Jorge Laya Gómez (Médico de familia. Centro de Salud Abercromby, Liverpool, Reino Unido) y Clifton R. Chestnut (Profesor de inglés. MCH Training).

A aquellos profesionales que amablemente colaboraron y asesoraron en aspectos de metodología: Idoia Gaminde Inda, socióloga (Servicio de Planificación y Docencia del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra) y José Joaquín Mira Solves, Doctor en Psicología (Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández).

A las personas que participaron en los distintos *debriefing* con todo su interés: compañeros de trabajo de los centros de salud y a aquellos que realizaron la encuesta en la fase de pilotaje final.

Al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad por su financiación y apoyo.

A la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) que siempre nos ha facilitado la gestión e intendencia de las reuniones precisas a través de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SOMaMFyC) y especialmente a quien fue nuestra interlocutora, Dña. Ana Pastor.

A Jorge Lema por su trabajo en la maquetación del cuestionario con el sistema TELEFORM y a Eva Ainhoa Rubio Aguado por su ayuda con la herramienta Excel.

Y a todos y cada uno de los miembros del Grupo de Trabajo de Seguridad del Paciente de semFYC (Carlos Aibar Remón, Gemma Almonacid Canseco, Cecilia Calvo Pita, José María Coll Benejam, Juan José Jurado Balbuena, M^a José Lázaro Gómez, Pilar Marcos Calvo, María Dolores Martín Rodríguez, Sergio Minué Lorenzo, Guadalupe Olivera Cañadas, Jesús Palacio Lapuente y José Saura Llamas) por su compañía cada día y los brillantes regalos que suelen hacer, por su generosidad. Ya no concibo el correo electrónico sin su presencia.

No puedo dejar de tener presente también y recordar a D. Fernando Palacio Lapuente. Tengo que agradecerle la confianza que depositó en mí desde que nos conocimos y la oportunidad que me brindó de trabajar a su lado y con un grupo de personas de una calidad que, si no se conoce, es difícil de describir. Él fue también el nexo de unión con mis directores de tesis que saben lo que digo porque le conocieron antes que yo.

A ellos, a mis directores, la Dra. Susana Lorenzo Martínez, la Dra. María Pilar Astier Peña y el Dr. José Ángel Maderuelo Fernández, por su ánimo, su trabajo y el tiempo que me han dedicado en cada momento. Por estar ahí siempre que los he necesitado, haciendo imperceptible la distancia física que nos separa, y empujarme en los momentos de dificultad despejando el miedo y la inseguridad que en ocasiones me asalta.

Y a mis otras tres compañeras de viaje, Guadalupe Olivera Cañadas, Carmen Silvestre Busto y Yolanda Agra Varela, que junto con José Ángel Maderuelo Fernández y María Pilar Astier Peña, emprendimos juntos este camino. Sin ellos este documento no habría visto la luz.

A mis compañeros y compañeras de trabajo que, sin saberlo, han sufrido también las consecuencias del duro trabajo de elaboración de esta tesis doctoral y a los amigos a los que he tenido que privar de mi compañía muchos fines de semana de trabajo y reunión. No voy a nombrarlos a todos, ellos ya saben quiénes son.

A mis padres, a quien no puedo menos que dedicarles el resultado de este trabajo. Por su amor, su cariño, su entrega y su comprensión incondicional en cada momento de mi vida. Ellos me inculcaron los valores que me guían y que intento transmitir día a día a mis hijos. A ellos les debo todo lo que soy y lo que tengo.

A mis suegros por el apoyo moral brindado siempre.

A mis hijos, Alejandro y María, por soportar mis ausencias tanto físicas como mentales, por todas las horas que les he robado. Espero que algún día sepan comprenderlo y con ello, perdonarme.

Y a ti, que has sido desde hace más de 20 años mi apoyo, mi complemento y mi suplemento. Por ayudarme y estar conmigo siempre, por levantarme cuando me caigo y por acompañarme en todo momento, por quererme y por respetarme siempre. Te quiero Javier.

A todos vosotros, gracias.

VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA MEDIR CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS CENTROS DE SALUD ESPAÑOLES

INDICE DE CONTENIDOS

UURESUMEN	1
1. ANTECEDENTES	3
1.1 Revisión histórica del concepto de seguridad del paciente en la atención y los cuidados médicos	3
1.2 El informe “ <i>To Err is Human</i> ” y su impacto.	4
1.3. El contexto de Atención Primaria	7
2. JUSTIFICACIÓN	11
2.1 Cultura y clima de seguridad: sus diferencias, qué significa, qué supone y el porqué de su medición	11
2.2 Dimensiones de la cultura de la seguridad del paciente en AP	14
2.3 Instrumentos para la medición de la cultura de seguridad	18
2.4 La selección del instrumento para la medición de cultura de seguridad en AP en España	23
2.5 El cuestionario “ <i>Medical Office Survey on Patient Safety Culture</i> ” (<i>MOSPSC</i>) y sus dimensiones considerando el entorno de trabajo y la organización sanitaria en España.	24
3. OBJETIVOS	41
3.1 Objetivo general	41
3.2 Objetivos específicos	41
4. MÉTODO	43
4.1. Metodología de traducción, adaptación transcultural y validación del cuestionario	43
4.2. Metodología de adaptación de la aplicación informática	50
5. RESULTADOS	53
5.1. Impacto de la traducción y la adaptación del cuestionario a nuestro ámbito	53
5.2. Resultados de las distintas técnicas de <i>debriefing</i> efectuadas y de la legibilidad tras la traducción del cuestionario.	58
5.3 Cuestionarios obtenidos tras la traducción y adaptación	60
5.4 Resultados del análisis del pilotaje para la validación del cuestionario	61
5.5. Resultados del análisis de la consistencia interna tras la aplicación del cuestionario a nivel nacional.	77
5.6 El cuestionario definitivo	79
5.7 Resultado de la traducción y adaptación de la aplicación informática	80
6. DISCUSIÓN	87
7. CONCLUSIONES	99
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
8. ANEXOS	113
8.1. Anexo 1: Cuestionario <i>MOSPSC</i>	115
8.2. Anexo 2: Cuestionario <i>MOSPSC</i> en español	125
8.3. Anexo 3: Cuestionario <i>MOSPSC</i> en español, versión adaptada	133
8.4. Anexo 4: Análisis de la respuesta	141
8.5. Anexo 5: Análisis Factorial. Matriz de componentes rotados.	151
8.6. Anexo 6: Versión española modificada del Cuestionario <i>MOSPSC</i>	155

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Dimensiones de la Cultura de SP en AP	17
Tabla 2: Herramientas para la medición de la cultura de seguridad más utilizadas a nivel ambulatorio.....	19
Tabla 3: Dimensiones y preguntas que las recogen en el cuestionario	25
Tabla 4: Niveles de dificultad de la escala <i>INFLESZ</i>	48
Tabla 5: Puesto que ocupa en el centro de salud.....	61
Tabla 6: Horas de trabajo semanales.....	62
Tabla 7: Antigüedad en el centro de salud	62
Tabla 8: Relación entre el puesto que ocupan y antigüedad.....	62
Tabla 9: Relación entre el puesto que ocupan y el número de horas de trabajo semanal.....	63
Tabla 10: Frecuencia de "no respuesta" y media de preguntas que fueron respondidas según la sección del cuestionario.....	65
Tabla 11: Dimensiones, casos válidos y alfa de <i>Cronbach</i> comparado con los resultados del pilotaje de la <i>AHRQ</i>	70
Tabla 12: Sentencias que han mostrado menor consistencia en sus respectivas dimensiones	72
Tabla 13: Correspondencia entre las dimensiones del cuestionario <i>MOSPSC</i> de la <i>AHRQ</i> y la solución factorial de la versión española adaptada.....	76
Tabla 14: Alfa de <i>Cronbach</i> de las dimensiones en la validación inicial y tras la aplicación del cuestionario a nivel nacional comparado con el pilotaje de la <i>AHRQ</i>	78
Tabla 15: Modificaciones para mejorar la comprensión y cumplimentación del cuestionario	79

RESUMEN

Título: Validación de un cuestionario para medir cultura de seguridad del paciente en los centros de salud españoles.

Objetivos: Traducir al castellano, adaptar a nuestra cultura y validar el cuestionario “*Medical Office Survey on Patient Safety Culture*” (MOSPSC) para su utilización en el ámbito de la atención primaria en España y adaptar su herramienta Excel para que permita efectuar comparaciones intra y extra organización.

Métodos: El proceso se realizó en cinco etapas: Traducción de la versión original, evaluación de la equivalencia conceptual, *debriefing* y análisis de la legibilidad, valoración de la aceptabilidad y viabilidad, análisis de la validez del contenido y pilotaje del cuestionario español adaptado y análisis de la respuesta y evaluación de las propiedades psicométricas.

Se tradujo y adaptó a continuación la herramienta Excel de modo que permitiera analizar la encuesta española “versión adaptada” y conservar también, a modo de espejo, la herramienta en su “versión original” con el fin de poder realizar así las comparaciones tanto dentro como fuera de la organización.

Emplazamiento: Atención primaria.

Resultados: Una vez realizadas todas las etapas de traducción, adaptación y validación, se han obtenido dos instrumentos fiables para explorar la percepción de los profesionales de atención primaria sobre la cultura de seguridad del paciente. Uno, ajustado a la versión americana, con igual número de variables y otro, adaptado a la percepción de los profesionales españoles, con 6 preguntas duplicadas orientadas a recoger matices de los profesionales sanitarios sobre la cultura de seguridad del paciente.

El índice de *Flesch-Szigriszt* tiene un valor de 75,87 clasificando el cuestionario como BASTANTE FÁCIL de leer.

Todas las sentencias, con una única excepción, tienen capacidad de discriminación. El alfa de *Cronbach* es de 0,96 y el análisis factorial revela una estructura algo más compleja que la del original de la *AHRQ*. No obstante, la correspondencia de las dimensiones del *MOSPSC* de la *AHRQ* con las identificadas en el cuestionario en español adaptado es satisfactoria.

Se ha conseguido la traducción y adaptación también de la herramienta informática asociada al cuestionario mostrando tres utilidades: introducción de datos, resultados de su centro de salud y resultados comparativos.

Conclusiones: El cuestionario de la *AHRQ* traducido, adaptado, ampliado y validado es, para nuestro medio, un instrumento válido, fiable, consistente y de fácil manejo que, conjuntamente con la herramienta informática asociada, puede emplearse para realizar comparaciones tanto intra como extra organización siendo el modelo que representa mejor las particularidades de la atención primaria española.

1. ANTECEDENTES

1.1 Revisión histórica del concepto de seguridad del paciente en la atención y los cuidados médicos

Que antes que nada debemos velar por la seguridad del paciente (SP) no es algo novedoso. Es uno de los principales preceptos que a todo estudiante de medicina se le enseña. Y es que "*Primum non nocere*" (lo primero no hacer daño) es una máxima aplicada en el campo de la medicina. Aunque atribuida al médico griego Hipócrates, siglo V a. C., el origen de la frase no se conoce con certeza y, frente a una extendida creencia, no se encuentra como tal en el tradicional Juramento Hipocrático.

Sin embargo, en la práctica, esto no hace más que recordar al médico que debe considerar los posibles daños que sus acciones puedan provocar y que los actos médicos, hechos con las mejores intenciones, pueden tener consecuencias indeseables, además de las consecuencias buscadas¹.

Y es que no hay actuación sanitaria totalmente inocua y cualquiera supone en sí misma un riesgo para el paciente, haciéndose esto más patente con el progreso científico y tecnológico² y con la creciente complejidad de los sistemas sanitarios. Y así, también se ha definido la prevención cuaternaria como la intervención que atenúa o evita las consecuencias del intervencionismo médico excesivo y los efectos perjudiciales de la intervención médica innecesaria³.

Una vez asumido el hecho de que la práctica clínica es una actividad acompañada de riesgos e incertidumbre, la máxima SP se consigue mediante un conocimiento adecuado de los riesgos, la eliminación de los evitables y la prevención y protección de aquellos que hay que asumir de forma inevitable, porque seguridad no es igual a ausencia de riesgo⁴.

El riesgo asistencial, hasta la publicación por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente del informe técnico final de la Clasificación Internacional en 2009⁵, era un concepto impreciso que incluía cualquier situación no deseable o factor que contribuye a aumentar la probabilidad de que se produzca un daño, que está en

relación con la atención sanitaria recibida y que puede tener consecuencias negativas. Incluía condiciones como, los sucesos adversos tanto evitables como inevitables que a su vez contenían conceptos como el error, casi error, accidente, incidente, negligencia, mala praxis o litigio, categorías que no son ni mutuamente excluyentes ni exhaustivas pero que ofrecían una idea general del problema a que nos referimos.

En ausencia entonces de una taxonomía común, se consideraban sucesos adversos al conjunto de efectos e incidentes adversos. El efecto adverso suponía una lesión o complicación que prolonga la estancia hospitalaria, que precisa procedimientos diagnósticos o terapéuticos adicionales, o que está relacionado con *exitus* o incapacidad al alta hospitalaria. En cualquier caso puede ser minimizado su impacto si se diagnostica y trata precozmente. El incidente era aquel suceso susceptible de provocar daño o complicación en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un efecto adverso, por lo tanto, evitable⁶.

Aunque los resultados del primer estudio a gran escala de eventos adversos fueron publicados hace más de 30 años⁷, el estudio de incidencia de sucesos adversos y negligencias en más de 30.000 pacientes hospitalizados en 51 hospitales de agudos del estado de Nueva York a lo largo de 1984, conocido como Estudio Harvard, sigue siendo el estudio de referencia para el conocimiento del problema^{8,9}.

Estudios posteriores fueron llevados a cabo en los estados de Utah y Colorado^{10,11}, Australia¹², Reino Unido¹³, Dinamarca¹⁴, Nueva Zelanda¹⁵, Canadá^{16,17} y España¹⁸ y han confirmado la magnitud de los eventos adversos en pacientes ingresados (entre un 4 y un 17%) y la posibilidad de evitar el problema (alrededor de un 50%).

1.2 El informe “*To Err is Human*” y su impacto.

El interés por la SP se vio claramente acrecentado cuando, en 1999, se publicó el conocido informe “*To err is human: building a safer health system*” que, basándose en los primeros trabajos mencionados, estimó el número de pacientes que anualmente sufrían lesiones o fallecían en los hospitales estadounidenses.

Entre 44.000 y 98.000 muertes se producirían anualmente en los Estados Unidos como consecuencia de los daños secundarios a la asistencia sanitaria, suponiendo la 8ª causa de muerte, superando a los accidentes de tráfico (43.000), al cáncer de mama (42.000) y al SIDA (16.500).

También se estimaron los costes sanitarios y sociales derivados de ello, entre 17.000 y 29.000 millones de dólares, sin contar la pérdida de confianza en el sistema sanitario y la disminución de la satisfacción tanto de los pacientes como de los profesionales, provocando un debate de gran magnitud y trascendencia¹⁹.

Este informe fue el comienzo de un movimiento, de una línea de investigación y de multitud de intervenciones orientadas a paliar esta situación.

Y así, a este informe le siguieron más, entre otros, "*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*" también del Instituto de Medicina de los Estados Unidos²⁰ o "*An Organization with a Memory: Report of an Expert Group on Learning from Adverse events in the NHS*" en el Reino Unido²¹ así como los estudios ya mencionados en el apartado anterior^{14,16,17,22} extendiéndose este movimiento a nivel internacional de forma muy importante, primero en el mundo anglosajón y luego en Europa.

Centrándonos en España, el estudio ENEAS (Estudio Nacional de Efectos Adversos)¹⁸, promovido por el entonces Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2005, abrió el camino en el estudio de los eventos adversos en nuestro país. Se trataba de un estudio poblacional de cohorte retrospectiva que se llevó a cabo sobre una muestra de 6.500 historias clínicas de los pacientes dados de alta en una misma semana en 24 hospitales seleccionados por muestreo bietápico estratificado por tipo de hospital y aleatoria simple en cada etapa.

En el citado estudio se detectaron 1.063 pacientes con efectos adversos (EAs) durante la hospitalización, siendo la incidencia de pacientes con EAs relacionados con la asistencia sanitaria de 9,3% (525/5.624); IC95%: 8,6-10,1%. La incidencia de pacientes con EAs relacionados directamente con la asistencia hospitalaria (excluidos los de atención primaria (AP), consultas externas y ocasionados en otro hospital) fue de 8,4% (473/5.624); IC95%: 7,7-9,1%.

Los pacientes que presentaban factores de riesgo intrínsecos tenían 1,6 veces más probabilidades de presentar EAs. Los mayores de 65 años con factores de riesgo

extrínsecos tenían 2,5 veces más riesgo que los menores de 65 años sin estos factores.

El 42,8% de los EAs se consideraron evitables, en función de los criterios prefijados. El 31,4% de los EAs tuvieron como consecuencia un incremento de la estancia. Esta carga suponía como mediana 4 días más de hospitalización en los EAs que alargaron la estancia y de 7 días en los que causaron un reingreso. Así, el total de estancias adicionales provocadas por EAs relacionados con la asistencia sanitaria fue de 3.200 (6,1 estancias adicionales por paciente), de las cuales 1.157 corresponden a EAs evitables (2,2 estancias adicionales evitables por paciente).

El 37,4% de los EAs estaba relacionado con la medicación, las infecciones nosocomiales de cualquier tipo representaron el 25,3% del total de los EAs y un 25,0% estaba relacionado con problemas técnicos durante un procedimiento.

Otros estudios que también han sido promovidos por parte del Ministerio responsable en nuestro país informan, a nivel nacional, del estado de la seguridad de los pacientes en otros aspectos en el contexto hospitalario:

Así, en “La Evaluación de la Seguridad de los Sistemas de Utilización de Medicamentos en los Hospitales Españoles”²³, 105 hospitales de las 17 comunidades autónomas de nuestro país cumplimentaron el “Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales” (adaptación del Medication Safety Self-Assessment (MSSA) for hospitals, diseñado originariamente por el Institute for Safe Medication Practices (ISMP) en EE.UU), que permitió hacer un diagnóstico de la situación respecto a la implantación de prácticas seguras de utilización de medicamentos en los hospitales españoles.

Y en el informe “Construcción y Validación de Indicadores de Buenas Prácticas sobre Seguridad del Paciente”²⁴ se describen los resultados obtenidos en relación al grado de implementación de las recomendaciones del National Quality Forum para mejorar la seguridad de los pacientes, con la medición de 69 indicadores en 22 hospitales españoles.

1.3. El contexto de Atención Primaria

Los estudios centrados en SP en el contexto de AP llevados a cabo a nivel mundial han sido más escasos, aunque se reconoce como el primer punto de encuentro del paciente con el sistema sanitario y el nivel asistencial más frecuentado por la población donde, efectivamente, se producen la mayor parte de los encuentros médico-paciente.

La AP presenta unas características particulares. Existe un amplio espectro de síntomas y signos, desde los más leves, autolimitados e inespecíficos, hasta crónicos y amenazantes para la vida, y suele existir una importante carga de morbilidad. Además, se presta en entornos y ámbitos diversos, involucra múltiples visitas y profesionales y hay una gran variedad en cuanto a la forma en que llegan los servicios (por teléfono, a domicilio, en el consultorio e incluso por correo electrónico)²⁵.

La incorporación en este nivel asistencial de nuevas pruebas diagnósticas, terapéuticas y de actividad quirúrgica de baja complejidad o el traslado de determinados cuidados, que antes eran prestados en los centros hospitalarios, al domicilio del paciente pueden hacer aumentar el riesgo del paciente, más aún con las carencias presentes en la comunicación entre niveles y en la continuidad asistencial que pueden existir en cualquier sistema sanitario.

La mayoría de los estudios realizados en el primer nivel, hasta que llegó el APEAS, eran estudios piloto, limitados a un pequeño número de médicos y basados fundamentalmente en sistemas de notificación voluntaria^{26,27}.

De la misma forma que ocurría en los hospitales, los estudios en AP en todo el mundo han mostrado también una amplia variabilidad en las tasas de error por su diversa metodología, variando desde 5 hasta 80 por cada 100.000 visitas. De ellos, entre el 60 y el 83% pueden ser considerados prevenibles²⁸.

Esto hacía difícil cualquier comparación y es por ello que, la Organización Mundial de la Salud a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, decidió trabajar en una taxonomía común. El proyecto para desarrollar una Clasificación Internacional para la SP fue identificado como una de las iniciativas clave de la Alianza en su programa en el año 2005⁵.

En España, en el año 2006, se encuestó por correo a los médicos de una Región Sanitaria de Cataluña para el estudio “Errores clínicos y eventos adversos; percepción de los médicos de Atención Primaria”²⁵. Este estudio describe la subjetividad del error desde la perspectiva del médico, poniendo de relieve que los médicos perciben los errores clínicos y los acontecimientos adversos como sucesos relativamente frecuentes y, sin embargo, una tercera parte de ellos declaró no haber cometido nunca un error.

En 2007, los autores del estudio ENEAS desarrollaron el “Estudio de la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud”, APEAS²⁹, referente a nivel mundial. Se encontró que, en el periodo de estudio, se produjeron 11,18 EAs por cada mil visitas. De los EAs que se consideraron graves, un 7,3%, serían claramente evitables el 70% del total, siendo más evitables (hasta un 80%) los más graves. También se identificaron los factores causales de los EAs. La mayor parte estaban ligados a la medicación y a los cuidados, sin embargo, el 24,6% estaban relacionados con la comunicación y el 8,9% con la gestión. Se concluye que la práctica sanitaria en AP es razonablemente segura, siendo la frecuencia de EAs baja y predominando los de carácter leve pero, si se generalizan los resultados al conjunto de la población podrían verse afectados, de media, 7 de cada 100 pacientes en un año, dado el elevado número de visitas que se realizan anualmente (se calculan alrededor de 300 millones). De esta forma, los resultados del estudio mencionado y la elevada frecuentación por parte de los usuarios, señalan la necesidad de promover acciones que disminuyan dichos efectos y mejoren la seguridad de los pacientes en AP.

En 2008, la Organización Mundial de la Salud pone de manifiesto en el informe “Métodos y medidas utilizadas en la investigación en Seguridad del Paciente en Atención Primaria. Resultados de una revisión de la literatura”³⁰ que los incidentes en SP en el primer nivel asistencial se estiman en 0.004-240.0 por 1000 consultas y entre un 45 y un 76% de ellos son prevenibles. En el informe, muchos estudios incluían medidas de frecuencia relativa de diferentes tipos de incidentes: 26%-57% de incidentes suponían errores diagnósticos; 7%-52% implicaban tratamiento; 13%-47% implicaban investigaciones; 9%-56% implicaban

administración y en un 5%-72% fueron errores de comunicación. El daño producido por estos incidentes oscilaba entre 1,3 incidentes menores por 1000 tratamientos hasta un 4% de incidentes que tenían como resultado la muerte, 17%-39% produjeron daño, y entre 70% y 76% tuvieron potencial para dañar.

En definitiva, se ha realizado mucho trabajo de utilidad pero el estudio de la SP en AP es aún muy incipiente y está en sus inicios. Se requiere utilizar métodos más rigurosos y definiciones más claras y consistentes de los términos comunes deberían permitir la comparabilidad de los resultados.

En 2012, el grupo de expertos de SP en atención ambulatoria de la OMS opina que la SP en AP es un problema global que conviene conocer y que precisa de soluciones locales y sostenibles que interesa poner en práctica y difundir³¹.

2. JUSTIFICACIÓN

2.1 Cultura y clima de seguridad: sus diferencias, qué significa, qué supone y el porqué de su medición

La cultura de seguridad de una organización es el producto de los valores, actitudes, percepciones, competencias y pautas de comportamiento individuales y de grupo que determinan la responsabilidad y el estilo y la competencia en la gestión sanitaria y de seguridad de una organización³². Puede definirse también la cultura de seguridad como el modo de pensar sobre SP y la forma en que esta se implementa dentro de una organización, así como las estructuras y procesos existentes para su apoyo. Es un fenómeno global que abarca normas, valores y asunciones básicas de toda una organización.

El clima de seguridad es un subconjunto de una cultura más amplia, es más específico y se refiere a las percepciones y actitudes del personal sobre SP dentro de la organización. Algunos sugieren que es más fácil de medir que la cultura y también más susceptible de cambiar tras la implementación de intervenciones.

Ambos términos a veces se intercambian pero, en la literatura científica y académica, los términos tienen distintos significados.

Así, cultura de seguridad es una parte de toda la cultura de una organización. El término alcanzó popularidad tras la tragedia nuclear de Chernobyl (26 de abril de 1986) cuando se sugirió que las organizaciones podían reducir accidentes e incidentes de seguridad desarrollando una “cultura de seguridad positiva”. Este término por tanto, no es exclusivo del ámbito sanitario sino que, muy al contrario, procede de las industrias de energía, gas, combustibles, el sector del transporte, la aviación o militar, entre otras. Todas ellas son HRO (High Reliability Organizations) que pueden, y así lo hacen, alcanzar niveles de fiabilidad excepcionalmente altos.

En ellas hay cinco conceptos que son clave para que cualquier iniciativa de mejora funcione: sensibilidad de operaciones, resistencia a la simplificación, preocupación por el fallo, deferencia por los expertos y capacidad de adaptación³³.

Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua, que comparten la percepción de la importancia de la seguridad y confían en la eficacia de las acciones preventivas³⁴. Tanto las personas como la organización son capaces de reconocer errores, aprender de ellos, y actuar para su rectificación.

Algunos de los beneficios esperados del desarrollo de una cultura de seguridad en las instituciones sanitarias son:

- La reducción potencial en la recurrencia y la gravedad de incidentes de SP, a través del aumento de notificación y aprendizaje organizativo.
- La reducción del daño físico y psicológico que los pacientes puedan sufrir, gracias al trabajo realizado para prevenir errores, sobre todo facilitando el hablar de forma abierta cuando las cosas fallan.
- La mejora en la gestión de recursos gracias a una evaluación eficaz del riesgo y al cambio de las prácticas en la atención sanitaria como consecuencia de los incidentes reflejados.
- La reducción en los amplios costes financieros y sociales provocados por incidentes de SP, incluyendo pérdida de tiempo laboral y prestaciones por invalidez.

Es preciso conocer que hay alguna evidencia, centrada toda ella sobre todo en el ámbito hospitalario, de que la cultura de seguridad impacta sobre resultados en los profesionales (comportamientos, notificación, movimiento de personal, tasa de daño) pero hay menos evidencia del impacto de esta cultura sobre los resultados en los pacientes (tasa de readmisión, duración de la estancia, mortalidad, complicaciones, errores de medicación, eventos adversos), al menos no se encuentra una relación franca precisándose mayor investigación a este respecto. Es preciso destacar en este sentido que parece que, más que una relación en un único sentido, lineal y simple, en el que la cultura de seguridad influye en los

comportamientos y los resultados clínicos, existe una relación circular, compleja, en la que también cambios en estos últimos están influyendo y produciendo una mejora en la cultura de seguridad³⁵.

Uno de los beneficios de medir cultura de seguridad es que proporciona un indicador tangible del estado actual y del progreso a lo largo del tiempo en las organizaciones y equipos que implementan mejoras. Otras medidas de SP como las tasas de error están condicionadas por la notificación. Las medidas de resultados pueden ser poco sensibles o precisar mucho tiempo para ser influenciadas por cambios en los procesos y sistemas. Las técnicas como revisión de gráficos y estudios observacionales pueden ser efectivas para detectar cambios en SP pero son muy laboriosas y difíciles de mantener.

Así, evaluar la cultura (o el clima de seguridad) resulta de interés y es importante, pudiéndose utilizar, a diferencia de las anteriores, para monitorizar el cambio en una organización a lo largo del tiempo de una forma relativamente barata y sostenible³⁶.

En un informe de 2003, el *National Quality Forum*³⁷ identificó como la primera de sus “30 prácticas seguras” promover una cultura de seguridad en la organización, entendiendo que el mayor cambio, para pasar a un sistema sanitario más seguro, es cambiar a otra cultura en la que los incidentes no son tratados como fallos de las personas sino como oportunidades para mejorar el sistema y prevenir el daño. Esta fue también una de las conclusiones de la Declaración del Consejo de Europa en Varsovia³⁸ que se refleja como estrategia propuesta a los países miembros para abordar el problema de la seguridad de los pacientes a escala nacional.

En nuestro contexto, el Plan de Calidad para el SNS del año 2006 contempla entre las grandes áreas de interés sanitario el Fomento de la Excelencia Clínica y formula como una de las estrategias para lograrla. “Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS” (estrategia 8). El primer objetivo de dicha estrategia es “*Promover una cultura de la seguridad en todos los niveles de la*

atención sanitaria, con un enfoque de gestión proactiva, preventiva y de aprendizaje”, objetivo que es compartido internacionalmente³⁹.

En la actualidad, las Prácticas Seguras del *National Quality Forum* aún incluyen la evaluación de la cultura de seguridad y la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) recomienda la medición anual de la cultura de seguridad como uno de sus “10 consejos de SP para hospitales”⁴⁰.

Actualmente, la cultura de la culpa individual todavía dominante y tradicional en el cuidado médico/sanitario sin duda daña el avance en la cultura de seguridad.

Sin embargo, hay otra visión a este respecto que trata de combinar conceptos y valores, es la siguiente: mientras la “no culpa” es la actitud apropiada para muchos errores, ciertos errores parecen censurables y demandan responsabilidad. En un esfuerzo por reconciliar ambas necesidades de “no culpa” y “apropiada responsabilidad” se ha introducido el concepto de “cultura justa”. Una “cultura justa” se centra en identificar y abordar factores del sistema que conducen a los individuos a enfrentarse a comportamientos inseguros mientras se mantiene una responsabilidad individual estableciendo una nula tolerancia a los comportamientos imprudentes, insensatos o temerarios. Distingue entre el error humano (como por ej. los deslices), comportamiento de riesgo (como por ej. las interrupciones) y el comportamiento imprudente (como por ej. obviar los pasos seguros que son necesarios) en contraste con la extralimitación del enfoque de la “no culpa”. En una cultura justa, la respuesta a un error o casi incidente está determinada por el tipo de comportamiento asociado al error y no por la severidad del evento⁴¹.

2.2 Dimensiones de la cultura de la seguridad del paciente en AP

Para mejorar la cultura de SP, es necesario ser capaz de interpretarla y medirla.

Los esfuerzos para evaluar la cultura de seguridad se basan en la perspectiva de la psicología organizacional, que considera la cultura de seguridad como las creencias y prácticas compartidas que se pueden clasificar, medir, y modificar. Reason

clasifica una cultura de seguridad en cuatro componentes, que reflejan su afirmación de que una cultura informada es una cultura segura⁴². Estos componentes identifican las creencias y prácticas presentes en una organización que está informada acerca de los riesgos y peligros y toma medidas para convertirse en segura. Fundamentalmente, una organización segura depende de la voluntad de los trabajadores de primera línea para informar de sus errores y cuasi incidentes. Esta disposición de los trabajadores a informar depende a su vez de aquellas prácticas organizacionales que apoyan una cultura de notificación, justa, flexible y de aprendizaje. La interacción de estos cuatro componentes de la cultura, resulta en una organización segura e informada que es altamente fiable⁴³.

En el año 2010, Sammer et al⁴⁴ identificaron un amplio rango de propiedades de la cultura de seguridad que organizaron en 7 subculturas y las definieron como:

- Liderazgo: Conocimiento de los líderes de que el ambiente sanitario es un ambiente de alto riesgo y la búsqueda para alinear la visión/misión, la competencia de los profesionales y los recursos humanos y económicos desde la dirección a la primera línea.
- Trabajo en equipo: Un espíritu de compañerismo, colaboración y cooperación existe entre ejecutivos, personal y profesionales independientes. Las relaciones son abiertas, seguras, respetuosas y flexibles.
- Basado en la evidencia: Las prácticas en el cuidado del paciente están basadas en la evidencia. La estandarización para reducir la variabilidad ocurre en cada oportunidad. Los procesos son diseñados para conseguir una alta fiabilidad.
- Comunicación: Existe un ambiente en el cual, cualquier profesional, sin importara lo que se dedique, tiene el derecho y la responsabilidad de hablar en nombre del paciente.
- Aprendizaje: El hospital aprende de sus errores y busca nuevas oportunidades para la mejora. El aprendizaje es valorado entre todos los profesionales, incluido el personal facultativo.

- Justicia: Una cultura que reconoce el error como fallos del sistema más que como fallos individuales y, al mismo tiempo, no dudan en hacer a los individuos responsables de sus acciones.
- Centrado en el paciente: El cuidado está centrado en el paciente y su familia. El paciente no es solo parte activa de su propio cuidado sino que también actúa como enlace entre el hospital y la comunidad.

Todas estas características se reflejan en las dimensiones que a menudo surgen de análisis factoriales de cuestionarios cuantitativos de cultura de seguridad y estas combinaciones de dimensiones subsecuentemente llegan a ser un modo de conceptualizar esta cultura.

Las dimensiones más frecuentemente citadas incluyen, en consonancia con lo anteriormente dicho, liderazgo comprometido con la seguridad, comunicación abierta basada en la confianza, aprendizaje organizacional, una aproximación no punitiva a la comunicación y el análisis de eventos adversos, trabajo en equipo y creencia compartida en la importancia de la seguridad⁴⁵.

En el año 2006, Singla et al realizaron una revisión sistemática de los instrumentos y herramientas existentes, desarrollados en los Estados Unidos, para medir la cultura de SP en centros de cuidados agudos. Encontraron 13 instrumentos que identificaban 23 dimensiones para la cultura de SP. Estas dimensiones fueron agrupadas en seis amplias categorías: gestión/supervisión, riesgo, presión laboral, competencia, reglas y miscelánea⁴⁶.

Los centros dedicados a la Medicina de Familia difieren de los centros de cuidados agudos en estructura organizacional y administrativa, en los procesos clínicos y también en la razón y el tipo de las visitas. En Medicina de Familia, una estructura organizacional formal con políticas y procedimientos fijos es rara, servicios como cuidados especializados, de laboratorio o de imagen están alejados. Hay un menor control sobre el ambiente del paciente, los resultados se ven mucho más despacio y

tardíamente y los pacientes son vistos con más probabilidad por razones crónicas que agudas^{47,48}.

También se diferencia en los tipos de incidentes comunicados y en las estrategias e intervenciones usadas para mejorar la SP. En AP, la mayoría de incidentes se deben al fallo o retraso en el diagnóstico, al fallo o retraso en derivaciones, contraindicación de medicación^{49,50} errores de prescripción y gestión de resultados⁵¹.

Mientras que en los hospitales, las intervenciones y estrategias se centran en estandarizar procedimientos para mitigar incidentes, en AP, las intervenciones y estrategias se focalizan en “diagnóstico, prescripción, dispensación y administración de medicación, y comunicación en los centros, entre diferentes profesionales y entre niveles”^{28,49}.

Por todo ello, es importante conocer también las dimensiones descritas para la cultura de seguridad en nuestro ámbito.

En Estados Unidos^{52,53,54}, Reino Unido⁵⁵ y Canadá⁵⁶ han sido definidas las siguientes dimensiones de la cultura de SP en AP:

Tabla 1: Dimensiones de la Cultura de SP en AP

Dimensión	Descripción de la dimensión	Estados Unidos	Reino Unido	Canadá
Aprendizaje Organizacional	Ilustra el nivel de aprendizaje que ocurre tras un incidente en el centro, y el trabajo para mejorar esos problemas	X	X	X
Comunicación sobre el error	Muestra la apertura de los miembros del centro para admitir los errores y discutirlos con los demás	X	X	X
Formación	Refleja cómo el centro asegura que los miembros del equipo son formados en aquello que se les solicita hacer	X	X	X
Trabajo en equipo	Identifica el respeto, las relaciones laborales y la ayuda a los otros en la carga de trabajo como parte del trabajo en equipo	X	X	X
Seguimiento del paciente	Mide el apropiado seguimiento de los pacientes en el centro	X	X	X

Comunicación franca	Refleja la apertura de los miembros del centro para expresar su opinión y aceptar la de los demás	X	X	X
Aspectos relacionados con calidad y seguridad	Refleja las cosas que pueden ocurrir en los centros que afectan a la calidad y la seguridad del cuidado	X	X	X
Procesos y estandarización	Identifica procedimientos, procesos, flujos de trabajo y estandarización	X	X	X
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	Captura con qué frecuencia el centro ha tenido problemas en el intercambio de información, precisa, completa y oportuna con otros dispositivos externos (laboratorios, centros de diagnóstico por imagen, especialistas)	X	X	X
Presión asistencial y ritmo de trabajo	Explora las distracciones y el volumen de trabajo	X	X	X
Puntuaciones globales sobre calidad y seguridad	Mide las puntuaciones globales sobre la eficacia, oportunidad, eficiencia y equidad de los cuidados sanitarios	X	X	X
Apoyo de los líderes	Se refiere al apoyo que el centro o la institución obtiene de sus líderes para las cuestiones relativas a la SP	X	X	
Satisfacción laboral	Expresa el grado de conformidad de la persona respecto al entorno de trabajo	X	X	
Percepciones globales sobre calidad y seguridad	Determina cómo puntúan los profesionales, globalmente, la calidad asistencial y la SP de su centro de trabajo	X	X	
Comunicación del error a pacientes y familias	Refleja la comunicación del error al paciente			X
Aceptación de la responsabilidad por el error/Aceptación de la falibilidad	Ilustra que los profesionales pueden aceptar que han cometido un error			X

2.3 Instrumentos para la medición de la cultura de seguridad

El creciente interés por la transformación de las organizaciones se acompañó de la necesidad de identificar herramientas que midieran los aspectos culturales del esfuerzo por mejorar la SP. El espejo en el que reflejarse fue la industria de la aviación o de la energía nuclear (como ejemplo de actividades de alto riesgo). Estas organizaciones habían abordado cualquier fallo como técnico, hasta que tomaron conciencia de la complejidad y multicausalidad de sus accidentes, pasando a

estudiar las variables que influyen tanto en el factor humano como en la organización.

Como se ha explicado, en las organizaciones sanitarias ha sido considerada de gran importancia la SP y, en relación a este concepto, los factores culturales a promover dentro de la organización como favorecedores de un buen clima de seguridad. Esto ha propiciado el desarrollo de investigaciones sobre instrumentos que puedan medir el cambio cultural que facilite la implantación y consecución de mejoras en la seguridad de los pacientes.

En la revisión realizada para la elección de un instrumento adecuado para la AP, se han encontrado varias herramientas disponibles. Es preciso destacar que hay herramientas que miden sólo una parte de la cultura de la seguridad como son las percepciones del personal (el clima de seguridad) mientras que otras miden aspectos más amplios y generales.

Hay muchas disponibles estando algunas de ellas probadas más rigurosamente y siendo las mejor conocidas. Varias revisiones existen al respecto^{36,57,58,59}. A continuación se muestra una tabla con las herramientas encontradas y más utilizadas a nivel ambulatorio:

Tabla 2: Herramientas para la medición de la cultura de seguridad más utilizadas a nivel ambulatorio

Herramienta	Promotor	Propiedades psicométricas	Fortalezas	Debilidades
Medical Office Survey on Patient Safety Culture(MOSPSC)	AHRQ-USA	Propiedades psicométricas ampliamente probadas.	Utilizada en otros ámbitos, también en España, permitiendo la comparación internacional. Tiene ítems dirigidos a profesionales no sanitarios. Mide cultura a nivel individual, de unidad y de organización.	No todos los ítems pueden ser generalizables.

Manchester Patient Safety Culture Assessment Tool	NPSA-UK	No se han publicado sus propiedades psicométricas en la literatura.	Consigue una mayor interiorización y reflexión de la cultura de seguridad de una organización o de un equipo.	Más compleja de aplicar que un cuestionario. Se ha publicado poco su uso.
Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)	Flight Management Attitude Questionnaire (FMAQ)-USA	Propiedades psicométricas ampliamente probadas y bien validado	Probado en diversos ámbitos (hace más de 20 años), permitiendo la comparación. Altas puntuaciones en esta herramienta se han asociado con resultados positivos.	Algunos piensan que es demasiado largo.

- La *AHRQ* estadounidense patrocina una de las herramientas de evaluación de cultura de SP más utilizada en diversos ámbitos (hospitales, centros sociosanitarios, AP e industrias) y países y es la principal herramienta probada hasta la fecha. Es la *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*⁶⁰. Presenta un riguroso desarrollo psicométrico en cuanto a su construcción y a su validación, tiene una estructura de 42 preguntas agrupadas en 12 dimensiones. El instrumento forma parte de un kit que incluye: formulario de encuesta, guía del usuario, plantilla de presentación de resultados y una base de datos, al objeto de facilitar su uso y difusión de forma que permita comparar los resultados entre diferentes organizaciones, y países habiendo sido utilizada en varios^{61,62,63,64,65,66,67,68} (incluido España⁶⁹), lo cual sugiere que presenta algún grado de fiabilidad externa.

La necesidad de información en otros ámbitos contribuyó a su aplicación en AP en España⁷⁰ y en otros países^{71,72} antes de que esta fuera adaptada para este ámbito por la misma organización.

Efectivamente, dado el interés que el *HSOPSC* había despertado en las diferentes organizaciones, la *AHRQ* presentó en marzo de 2009, una versión

del mismo dirigida a los centros de AP: *Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC)*⁷³, después de un amplio estudio. El objetivo de este cuestionario es ayudar a los centros de salud a evaluar hasta qué punto la cultura de seguridad de su organización transmite la importancia de la SP, facilita el trabajo en equipo, la discusión abierta sobre los errores y crea un clima de aprendizaje y mejora continuos. El cuestionario *MOSPSC* pone el énfasis en la seguridad de los pacientes y en la calidad de los cuidados y es un modelo que permite su evaluación, monitorización y comparación interna y externa.

- Otra herramienta bien conocida es el *Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)*^{57,74} promovida por la *National Patient Safety Agency (NPSA)* y utilizada sobre todo en el Reino Unido, aunque no solamente⁷⁵. Esta herramienta está disponible para AP, salud mental y servicios de ambulancias y ha sido adaptada para oficinas de farmacia. Es un cuestionario con 10 dimensiones críticas de SP (mejora continua, prioridad dada a la seguridad, errores del sistema y responsabilidad individual, incidentes recogidos, incidentes evaluados, aprendizaje y cambio, comunicación, gestión de recursos humanos, educación de los profesionales, trabajo en equipo) y para cada una de ellas cinco niveles de progresión según el grado de madurez de la cultura de seguridad en el que se encuentra la organización o el equipo que se evalúa (patológico, reactivo, burocrático, proactivo y generativo). Su evaluación es cualitativa, no cuantitativa, y se realiza mediante talleres moderados por un facilitador en los que en primer lugar se realiza una valoración individual y posteriormente se discute en grupo hasta alcanzar consenso. El modelo *Manchester* consigue una mayor interiorización y reflexión de la cultura de seguridad de una organización o de un equipo. Su metodología cualitativa lo hace adecuado para la identificación de mejoras dentro de cada grupo si bien es más complejo que la cumplimentación de un cuestionario.

- La tercera herramienta que se destaca es el *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ)⁷⁶ que deriva del *Flight Management Attitude Questionnaire* (FMAQ), un cuestionario sobre factores humanos utilizado para medir la cultura de cabina en la aviación comercial en los *EEUU* y que ha sido ampliamente utilizada durante 20 años. Se centra en el clima de seguridad, consta de 60 ítems y pide a los equipos sanitarios que describan sus actitudes en relación a seis campos (clima de seguridad, clima en el equipo, reconocimiento del stress, percepciones sobre la gestión, condiciones de trabajo y satisfacción laboral) utilizando una escala de Likert. Tiene varias adaptaciones a distintos contextos en los que ha sido utilizado como en las unidades de cuidados intensivos, en los servicios de cirugía, e incluso en el medio ambulatorio⁵³, en farmacias comunitarias⁷⁷ y en AP⁷⁸ variando el número de dimensiones y de ítems en las distintas versiones. Ha sido ampliamente utilizada en Estados Unidos y también en Suiza⁷⁹, Noruega⁸⁰ y China⁸¹ entre otros países.
- No hay evidencia suficiente sobre las fortalezas y debilidades de varias de las herramientas existentes y sobre las implicaciones prácticas de usarlas en diferentes ámbitos. Esta falta de evidencia no significa que algunas herramientas específicas sean inefectivas o inútiles, sólo que hay poca evidencia disponible sobre ellas. Por otra parte, el hecho de que una herramienta funcione en un ámbito, contexto o lugar no significa que funcione en otro similar³⁶. De aquí viene la transcendencia de pilotar y validar cualquier herramienta que vaya a ser utilizada en otro ámbito, contexto o lugar.
- No obstante, el instrumento específico utilizado puede ser menos importante que el hecho de implementarlo regularmente y utilizarlo de forma que conduzca a discusiones para la mejora, más que emplearlo como un fin en sí mismo.

2.4 La selección del instrumento para la medición de cultura de seguridad en AP en España

La atención sanitaria en el nivel primario se diferencia de la atención hospitalaria en la estructura organizativa, administrativa, en los procesos clínicos y en las razones y tipos de visita. Se caracteriza por tener un carácter ambulatorio y trabajar con un equipo multidisciplinar que atiende a un gran volumen de población por enfermedades de alta prevalencia y a lo largo de muchos años de su vida.

De los cuestionarios sobre cultura de SP aplicables a la atención ambulatoria en general o a la AP en particular, varios criterios fundamentales llevaron a seleccionar finalmente el cuestionario "*Medical Office Survey on Patient Safety*"⁷³(*MOSPSC*) elaborado por la *AHRQ*:

- Está orientado a identificar la cultura de la SP en un entorno de trabajo en equipo, característica esta del entorno en AP, evaluando la cultura de seguridad a nivel individual, de unidad y organizacional y estando diseñado para recoger la opinión tanto de profesionales sanitarios como no sanitarios.
- Contiene la mayoría de las dimensiones importantes que conforman el constructo de la cultura de SP en una organización sanitaria de carácter ambulatorio junto con aspectos importantes de calidad asistencial.
- Presenta un desarrollo psicométrico riguroso y ha tenido una extensa aplicación inicial, también en nuestro país en el ámbito hospitalario, que va a permitir utilizar esta herramienta en todo el Sistema Nacional de Salud permitiendo además la comparación internacional.

Por todo ello, finalmente y tras consenso, se consideró el idóneo para traducirlo al castellano, adaptarlo a nuestra cultura y finalmente pilotarlo con el fin de comprobar su validación y así ponerlo a disposición del Sistema Nacional de Salud, con el fin de ser aplicado en las organizaciones, los centros de salud y las consultas de medicina de familia de nuestro país.

2.5 El cuestionario “*Medical Office Survey on Patient Safety Culture*” (MOSPSC) y sus dimensiones considerando el entorno de trabajo y la organización sanitaria en España.

El cuestionario MOSPSC (Anexo 1) pide opinión al encuestado acerca de la cultura de la SP y calidad de los servicios sanitarios en las consultas de atención ambulatoria a través de un total de 62 preguntas agrupadas en 9 secciones (de la A a la I).

La distribución de las secciones y número de preguntas en cada una es la siguiente:

- A. Aspectos relacionados con la SP y la calidad: 9 preguntas (A1 a A9).
- B. Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales: 5 preguntas (B1 a B5).
- C. Trabajando en el centro de salud: 15 preguntas (C1 a C15).
- D. Comunicación y seguimiento: 12 preguntas (D1 a D12).
- E. Apoyo del liderazgo: 4 preguntas (E1 a E4).
- F. En el centro de trabajo: 7 preguntas (F1 a F7).
- G. Puntuaciones globales en seguridad y calidad: 6 preguntas (G1 a G6).
- H. Sobre su trabajo en el centro/gabinete: 3 preguntas (H1 a H3).
- I. Comentarios libres del encuestado: 1 pregunta (I1).

Del total de las 62 preguntas, 52 miden las 12 dimensiones que lo configuran. Seis de las dimensiones del cuestionario (comunicación abierta entre el personal, comunicación acerca de error, aprendizaje de la organización, percepción general de la SP y calidad, soporte del liderazgo para la SP, y trabajo en equipo) son similares a las dimensiones del cuestionario “*Hospital Survey on Patient Safety Culture*” (HSOPSC)⁶⁰. Las restantes seis dimensiones del mismo son únicas para las consultas de atención ambulatoria con temas que se centran específicamente en cuestiones relacionadas con la SP o la calidad de la atención en los consultorios médicos (aspectos relacionados con la SP y temas de calidad, intercambio de información con otros dispositivos asistenciales, la presión asistencial y el ritmo de

trabajo, formación del personal no sanitario, procedimientos del centro y normalización de los mismos, del seguimiento en la atención al paciente).

Las 12 dimensiones y las preguntas que las recogen en el cuestionario se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 3: Dimensiones y preguntas que las recogen en el cuestionario

Dimensiones	Sentencias
1. Aspectos relacionados con la SP y calidad	A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9
2. Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	B1 B2 B3 B4 B5
3. Trabajo en equipo	C1 C2 C5 C13
4. Ritmo y carga de trabajo	C3 C6 C11 C14
5. Formación del personal no sanitario	C4 C7 C10
6. Procedimientos establecidos en el centro	C8 C9 C12 C15
7. Comunicación franca	D1 D2 D4 D10
8. Seguimiento de la atención a los pacientes	D3 D5 D6 D9
9. Comunicación sobre el error	D7 D8 D11 D12
10. Apoyo de los responsables del centro a la SP	E1 E2 E3 E4
11. Aprendizaje organizacional	F1 F5 F7
12. Percepciones generales sobre la SP y la calidad	F2 F3 F4 F6

Se recogen también dos preguntas de valoración global de la SP y calidad en la sección G:

1. ¿Cómo puntuaría a su centro de salud en cada una de las siguientes dimensiones de la calidad asistencial? (centrado en el paciente, efectivo, a tiempo, eficiente y equitativo): G1a, G1b, G1c, G1d, G1e.

2. Puntuación global en SP: G2.

El cuestionario recoge tres variables sobre las características de los profesionales que trabajan en el centro: categoría profesional, tiempo que llevan trabajando en dicho centro y número de horas por semana que trabajan en el lugar en el que cumplimentan la encuesta.

Para evitar la respuesta automática, el cuestionario presenta una serie de preguntas redactadas de forma que expresan aspectos negativos. Para calcular la puntuación de las diferentes dimensiones, estas preguntas se deben codificar de forma inversa. Las preguntas formuladas en negativo en la encuesta son:

- De la dimensión 4: C3, C6, C14; relativas a la presión asistencial y el ritmo de trabajo.
- De la dimensión 6: C8, C12; sobre los procedimientos del centro y normalización de los mismos.
- De la dimensión 10: E1, E2, E4 que tratan del apoyo del liderazgo del equipo en SP.

El cuestionario, según su guía de usuario⁷³, está diseñado para centros/gabinetes médicos con al menos tres proveedores de asistencia sanitaria, que, según la descripción de categorías profesionales de Estados Unidos, corresponden a: médicos, ya sea MD –grado de máster- o DO – licenciatura-, asistentes médicos y enfermeras y otros proveedores con licencia para diagnosticar problemas médicos, realizar el tratamiento de pacientes y recetar medicamentos. No recomiendan pasarlo a los profesionales que trabajan aisladamente sin un equipo.

En el caso de centros/gabinetes pequeños (menos de 3 personas), más que la administración del mismo, se recomienda su uso como herramienta para iniciar el diálogo y debatir sobre la SP y la calidad entre los proveedores sanitarios y el personal no sanitario.

El entorno de trabajo y la organización del Sistema Nacional de Salud en España son diferentes a los de Estados Unidos. Por ello, en este apartado se realiza una descripción de las características de nuestro Sistema de Salud y se revisa el constructo de las dimensiones anteriormente descritas, analizándolas desde la perspectiva de nuestro ámbito y organización, la AP de salud en España.

El entorno de trabajo en AP en España es básicamente público. El modelo organizativo de la AP vigente hasta el momento tiene sus orígenes en el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud⁸². Esta norma, posteriormente refrendada por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad⁸³, sustentó el modelo de la AP.

El sistema está constituido por el conjunto de los servicios autonómicos de salud y las Comunidades Autónomas, en ejercicio de las competencias asumidas en sus Estatutos, disponen los órganos de gestión y control para dichos Servicios. Las Comunidades Autónomas delimitan y constituyen en su territorio demarcaciones que se denominan Áreas de Salud. Son las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos. Las Áreas de Salud se delimitan teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del Área.

Como regla general, el Área de Salud comprende una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000. Se exceptúan de la regla anterior las Comunidades Autónomas de Baleares y Canarias y las ciudades de Ceuta y Melilla, que podrán acomodarse a sus específicas peculiaridades. En todo caso, cada provincia dispondrá, como mínimo, de un Área. Para conseguir una mayor operatividad y eficacia, las áreas de salud se dividen en Zonas Básicas de Salud (ZBS), que constituyen el marco territorial de la AP de salud donde desarrollan las actividades sanitarias los profesionales integrantes de los equipos de AP en sus centros de salud (entre 5.000 y 25.000 habitantes).

El centro de salud es la estructura física y funcional que posibilita el desarrollo de una AP de salud coordinada globalmente, integral, permanente y continuada, y con base en el trabajo de equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en el mismo. En él, el equipo de AP (EAP) realizará sus actividades y funciones.

El medio rural puede contar con un Consultorio Local en cada una de las localidades restantes que constituyan la Zona. Igualmente, en el medio urbano, cuando las condiciones lo aconsejen, podrán existir otras instalaciones diferenciadas dependientes del centro de salud.

Los Centros de Salud dispondrán de una dotación de personal acorde con las necesidades de cada Zona.

El EAP es el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios con ámbito territorial de actuación en la Zona de Salud y con localización física principal en el centro de salud.

Hoy día, de forma general, pueden componer el EAP:

- a) Médicos de Medicina General o de Familia y Pediatría, Diplomados en Enfermería, Matronas y Auxiliares de Enfermería, adscritos a la Zona.
- b) Funcionarios Técnicos del Estado al servicio de la Sanidad Local adscritos a los Cuerpos de Médicos, Practicantes y Matronas titulares radicados en la Zona.
- c) Farmacéuticos titulares radicados en la Zona colaborarán con el Equipo, de acuerdo con criterios operativos y fórmulas flexibles en la forma en que se determine.
- d) Veterinarios titulares radicados en la Zona podrán integrarse en el Equipo de AP aplicando criterios operativos y de colaboración en la forma en que se determine.
- e) Trabajadores Sociales.
- f) El personal preciso para desempeñar las tareas de administración, recepción de avisos, información, cuidados de mantenimiento y aquellos otros que se estimen necesarios para el mejor funcionamiento del Centro.
- g) En la medida en que la propia dinámica de implantación y desarrollo de los equipos lo hagan preciso, y las disponibilidades presupuestarias lo permitan, podrán incorporarse a los mismos otros profesionales.

Los EAP son elementos organizativos de carácter y estructura jerarquizados, bajo la dirección de un Coordinador Médico.

Esta composición puede variar en función de la Comunidad Autónoma pero, con independencia del desarrollo organizativo que cada servicio regional de salud haya conseguido, la provisión de la AP en el entorno público se organiza a través del EAP que se ubica en el centro de salud.

Pasamos a contextualizar cada dimensión del cuestionario teniendo en cuenta la organización de la AP de salud en España:

Dimensión 1: Listado de aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente y temas de calidad.

Acceso a la atención sanitaria: A1.

Identificación del paciente: A2.

Historias Clínicas: A3 y A4.

Equipamiento Médico: A5.

Medicación: A6, A7.

Diagnósticos y Pruebas complementarias: A8, A9.

En los servicios regionales de salud en nuestro país, el acceso a la atención en los centros de salud se realiza mediante citación telefónica, presencial o vía web facilitando cita en un plazo no superior a 48 – 72hs con su médico de familia o en el mismo día facilitando cita en el servicio de atención continuada que se oferta en el área.

El paciente es identificado en todo momento por la tarjeta individual sanitaria (TIS) que contiene su CIP, código de identificación personal, único para cada paciente.

La historia clínica hoy día es electrónica, está informatizada en la mayoría de los centros de salud si bien no todos los servicios regionales utilizan el mismo sistema.

El equipamiento médico que se utiliza son los esfigmomanómetros, termómetros, fonendoscopios, oftalmoscopios, otoscopios, espirómetros, glucómetros y

coagulómetros. No existen equipos de radiología ni laboratorios clínicos asignados a los centros de salud.

En cuanto al uso de la medicación, la prescripción la realiza el facultativo en consulta. Las enfermeras efectúan la indicación del material que utilizan en los distintos cuidados que practican y se ocupan de la supervisión de las medicaciones crónicas que toma el paciente.

Desde el año 2012 existe una aportación del usuario en la prestación farmacéutica ambulatoria que fue establecida por el Real Decreto-ley 16/2012 a través de la reforma de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Mediante esta reforma de la ley se disponen unos porcentajes de aportación sobre el precio de venta de los medicamentos, proporcionales al nivel de renta del usuario, entre el 60% y el 10% con topes de aportación para determinadas categorías de medicamentos y de asegurados con la finalidad de garantizar la continuidad de los tratamientos de carácter crónico, y con exención de aportación para determinados tipos de usuarios y sus beneficiarios. De esta forma⁸⁴, la mayor parte de la población puede adquirir los fármacos prescritos.

Los resultados de las pruebas complementarias, con independencia de la institución donde se realicen, ya sea pública o privada, son interpretados normalmente por el médico de familia peticionario. En ocasiones estas pruebas pueden visualizarse a través de intranet corporativa de forma ágil.

Dimensión 2: Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales: B1 a B5

La atención especializada a nivel de área de salud es realizada por especialistas que trabajan en consultas hospitalarias o en centros de especialidades fuera de los hospitales. Cada área de salud debe disponer de al menos un hospital general público o privado vinculado al sistema nacional de salud, con los servicios necesarios en razón a la estructura y problemas de la población que atiende y servicio de urgencias durante 24 horas⁸⁵. La comunicación entre niveles se circunscribe básicamente a esta organización. Si bien, es cierto que la

comunicación primaria-especializada es un área de mejora que no se ha resuelto adecuadamente hasta el momento y surge una y otra vez cada vez que se analizan determinados problemas asistenciales.

La comunicación entre clínicos de diferentes consultas, ya sean de dentro o fuera de la organización, siempre debe ser a través de informe clínico legible, si bien supone también, como el punto previo, un área de mejora detectada con cierta frecuencia.

Existen centros de salud que disponen de profesionales especializados de apoyo al núcleo básico del EAP: unidades de odontología, unidades de cuidados paliativos o de soporte de atención domiciliaria (USAD), unidades de psicoprofilaxis obstétrica, unidades de atención a la mujer y orientación familiar (Centros de Orientación Familiar, COF) o salud mental y dan servicio, por lo general, a varios centros de salud a la vez.

Hoy día, no existen laboratorios o equipos de radiología asignados a centros de salud. Estos se encuentran localizados bien en los hospitales, bien en los centros de especialidades, siendo muy importante la comunicación fluida con ellos ante cualquier incidente o circunstancia clínica.

Las oficinas de farmacia próximas a los centros de salud suelen comunicarse con los profesionales en casos de incidentes con las recetas oficiales.

Dimensión 3: El trabajo en equipo: C1, C2, C5, C13

Los cuidados de salud para la población de una ZBS son proporcionados por los EAP compuestos, como se ha descrito, por médicos de familia, pediatras, enfermeras, trabajadores sociales (no en todos los centros) etc., por lo general ubicados en un mismo edificio llamado centro de salud. En las zonas rurales, suele existir un centro de salud con un EAP que trabaja en dicho centro y en consultorios rurales más próximos a la población que atienden.

Las actividades de los EAP se desarrollan de una forma integrada, incluyendo las de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva, de los habitantes de la ZBS⁸⁶. El trabajo en equipo es la base del EAP siendo su máxima expresión la Unidad Clínico Asistencial constituida por un médico y su enfermera que trabajan de forma coordinada para cumplir los programas de salud en la población que tienen adscrita a su cupo. Los programas de salud considerados como básicos son la atención al adulto y anciano, atención a la mujer y atención al niño.

Dimensión 4: La presión asistencial y el ritmo de trabajo: C3, C6, C11, C14.

Los profesionales de los EAP de los centros de salud de los servicios regionales trabajan en su mayoría en turnos de 7 horas en horario de mañana y/o tarde.

Un profesional médico y otro de enfermería se encargan de los cuidados de salud de una población entre 1500 y 2000 pacientes. En centros rurales la población asignada suele ser menor.

Las agendas de los profesionales médicos suelen dar cabida, de media, en torno a 35-40 pacientes/día distribuidos entre actividad a demanda, programada y avisos a domicilio. También atienden urgencias.

La frecuentación registrada en AP se calcula como a) / b) siendo:

- a) Nº total de consultas registradas en un año, para un profesional.
- b) Población de TSI asignada a ese profesional en ese año

La frecuentación general incluye:

Total consultas: resultado de la suma de consultas a demanda, programadas y urgentes (en el horario habitual de los profesionales, es decir, a excepción de las

efectuadas en turnos de urgencia o de atención continuada). Incluye tanto las efectuadas en el centro como en el domicilio del paciente.

Los datos de TSI se aplicarán de la siguiente forma: las de <14 años "asignadas a pediatras" para el caso de pediatría, las "asignadas a médicos de familia" para éstos y la suma de las dos anteriores para el caso de enfermería.

La frecuentación declarada en AP se calcula $a) / b)$ siendo:

a) Número estimado de consultas efectuadas.

b) Personas encuestadas

Incluye a todas aquellas personas que declaran haber consultado con un médico de familia (encuesta del adulto) ó con un pediatra (en el caso infantil), en las 4 semanas previas a la entrevista, "por algún problema de salud, molestia o enfermedad (suya)".

La frecuentación declarada a urgencias se calcula como $[a) / b)] \times 1.000$ siendo:

a) Número de asistencias recibidas de/en un servicio de urgencia en los 12 meses previos a la entrevista.

b) Personas encuestadas

Se incluyen todas aquellas personas que declaran haber "utilizado algún servicio de urgencias, por algún problema o enfermedad", en los últimos 12 meses.

Según el último informe sobre indicadores clave del sistema nacional de salud, versión 2010, los datos de frecuentación son los siguientes:

- La frecuentación registrada en medicina en AP por persona asignada/año es de 5,56 siendo en el caso de los hombres de 4,99 y en el de las mujeres de 6,56.
- La frecuentación registrada en medicina de familia por persona asignada/año es de 5,61
- La frecuentación registrada en pediatría de AP por persona asignada/año es de 5,32

- La frecuentación registrada en enfermería de AP por persona asignada/año es de 2,86 siendo de 2,55 en los hombres y de 3,21 en las mujeres.
- La frecuentación declarada a AP por habitante/año es de 5,65 siendo de 4,91 en los hombres y de 6,38 en las mujeres.
- La frecuentación declarada a urgencias por 1.000 habitantes/año es de 547,39 siendo de 489,62 en los hombres y de 603,97 en las mujeres.

Según un informe de la OCDE, «Eco-Salud OCDE 2004»⁸⁷ que compara la frecuentación con otros países europeos, la frecuentación en España es elevada, entonces se estimaba que cada ciudadano acudíamos al médico de familia una media de 8,7 veces al año pudiendo considerar así que la presión asistencial y el ritmo de trabajo son altos.

Dimensión 5: Formación de Personal no sanitario: C4, C7, C10.

El personal no sanitario, al igual que ocurre con el personal sanitario, puede ser personal fijo o bien personal interino y eventual. Se trata de profesionales que pueden trabajar en departamentos o servicios con funciones muy dispares según su puesto en el sistema regional correspondiente. En el caso de los profesionales que ocupan una plaza fija, han debido superar una prueba selectiva acerca de las actividades específicas de su puesto de trabajo y de conocimiento general del sistema de salud y son personas que no suelen desplazarse con mucha frecuencia de un puesto o lugar a otro muy distinto. Esto no sucede en el caso de los interinos y eventuales en los centros de salud que son contratados por el sistema de bolsa de trabajo del servicio regional de salud correspondiente. Se exige una formación básica para poder acceder a la bolsa, y por tanto a un determinado puesto, pero el profesional puede no tener las habilidades, destrezas y/o actitudes que ese puesto exige. Así, sucede con alguna frecuencia que, en el momento de su incorporación al centro de salud, debido a la escasa capacidad de planificación de la misma al puesto de trabajo, no ha habido tiempo de realizar una formación específica relacionada.

Es por ello que, más en este tipo de escenario, es preciso tener bien presente, tanto por parte de los profesionales como por parte de la Administración, la Formación Continuada. Esta es una formación no reglada, necesaria para la actualización ante el incesante progreso científico y técnico que se está produciendo en las ciencias de la salud, con una incidencia directa en la organización y funcionamiento de la asistencia médico-sanitaria, cada vez más compleja y eficaz.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias la define como un proceso de enseñanza-aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario.

Son objetivos de la Formación Continuada:

1. Garantizar la actualización de los conocimientos de los profesionales y la permanente mejora de su cualificación, así como incentivarles en su trabajo diario e incrementar su motivación profesional.
2. Potenciar la capacidad de los profesionales para efectuar una valoración equilibrada del uso de los recursos sanitarios en relación con el beneficio individual, social y colectivo que de tal uso pueda derivarse.
3. Generalizar el conocimiento, por parte de los profesionales, de los aspectos científicos, técnicos, éticos, legales, sociales y económicos del sistema sanitario.
4. Mejorar en los propios profesionales la percepción de su papel social, como agentes individuales en un sistema general de atención de salud y de las exigencias éticas que ello comporta.
5. Posibilitar el establecimiento de instrumentos de comunicación entre los profesionales sanitarios

Para todo ello, las instituciones y los centros sanitarios facilitarán la realización de actividades de formación continuada⁸⁸.

Dimensión 6: Procedimientos del centro y normalización de los mismos: C8, C9, C12, C15.

La forma en que se trabaja en un centro de salud viene determinada por normas de funcionamiento interno de cada servicio regional. Estas responden como mínimo a la cartera de servicios de AP publicada por el ministerio en 2006⁸⁶.

Esta comprende:

- Atención sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo
- Indicación o prescripción y realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- Actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria
- Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud
- Rehabilitación básica
- Atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos
- Atención paliativa a enfermos terminales
- Atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada
- Atención a la salud bucodental

La dinámica de los equipos está bien consolidada y en varios servicios regionales han trabajado según distintos modelos de gestión de calidad (certificación según la Organización Internacional de Normalización (ISO), Joint Commission o Autoevaluación según European Foundation for Quality Management (EFQM)^{89,90,91,92,93}.

Dimensión 7: Comunicación abierta entre el personal: D1, D2, D4, D10.

En relación con la actividad clínica, los profesionales sanitarios de los equipos, por lo general y con más frecuencia si se trata de un centro docente, desarrollan sesiones tanto clínicas como informativas de forma periódica que fomentan la comunicación en el ámbito laboral. Normalmente la comunicación con los profesionales no sanitarios es más informal salvo que el coordinador o director de centro convoque a todo su equipo generalmente por aspectos o cuestiones organizativas.

Dimensión 8: Del seguimiento en la atención al paciente: D3, D5, D6, D9.

La longitudinalidad en la atención es una de las características básicas de la AP en España. El médico de familia atiende a los pacientes y sus familias durante muchos años llevando a cabo la cartera de servicios en este ámbito a lo largo de sus vidas. Suele ser el mismo profesional durante largos periodos, favorecido por la baja movilidad de personas por motivos laborales salvo, como se menciona con anterioridad, en el caso del personal interino o eventual.

Este tipo de atención es de gran ayuda en el caso del seguimiento de los pacientes con cronicidad que requieren un control más estrecho tanto de sus patologías como de su medicación realizando además una labor integradora de la atención por parte de distintos especialistas del caso concreto. Es por otra parte algo que distingue a la AP de la atención en el segundo nivel asistencial ayudando al profesional a conocer a sus pacientes y a mantener una especial relación profesional-paciente que no puede ser desarrollada en otros ámbitos.

Dimensión 9: Comunicación acerca de error: D7, D8, D11, D12.

En nuestro país no existe una cultura que permita tratar abiertamente los errores cometidos y, aunque se va avanzando en este sentido, todavía no es frecuente realizar sesiones específicas para hablar y aprender de los eventos adversos sucedidos. Desde hace un tiempo, algunos centros tanto hospitalarios como de AP

en España pueden comunicar los eventos adversos a través de un sistema de notificación y aprendizaje (SINASP)⁹⁴ de forma anónima o no (el sistema, no obstante, anonimiza los datos pasado un periodo de tiempo). Existe un gestor del sistema en cada centro que se ocupa de la gestión de las notificaciones y por tanto, de la comunicación de los mismos a los profesionales del EAP, en el caso de AP. Si bien estos sistemas han demostrado su eficacia en entornos como la industria aeronáutica y otras similares, en nuestro ámbito no se está obteniendo el éxito deseado. Desde la deontología médica, comunicar el efecto adverso es una obligación incuestionable⁹⁵. Sin embargo, el mundo del Derecho advierte de los efectos legales que tiene autoinculparse de un daño. Y es que la regulación española obstaculiza el reconocimiento de un error y es un asunto que no tenemos resuelto como ocurre en otros países como Dinamarca o EEUU. Estos sistemas de registro generan una serie de información objeto de protección por parte de la legislación vigente⁹⁶. Los datos anónimos o anonimizados no serían objeto de dicha ley, pero sí los datos sometidos a un proceso de disociación codificado en el que los sujetos pudieran ser identificados. Ello genera obligaciones legales a los titulares, responsables o encargados de dichos ficheros, entre otros la del deber de secreto. Así la información registrada y almacenada en un sistema de registro no se puede garantizar que no llegue a terceros (jueces y tribunales de justicia), en concreto cuando alguna de las partes en el proceso solicita la información almacenada en un sistema de notificación. El marco legal no prevé el carácter protegido de los datos y tanto el notificante como los expertos encargados en analizar los casos tendrían la obligación de declarar e incluso denunciar los casos en los que el evento pudiera suponer un delito.

Según el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, el médico tiene el deber de denuncia de la comisión de delitos públicos. Dicha obligación pesa de manera expresa sobre el profesional sanitario sin que en el ámbito de excepciones se incluya situación alguna relacionada con el profesional sanitario. Además, la ley prevé en el artículo 450 del Código Penal la obligación de impedir la comisión de determinados delitos (deber positivo de actuar o delito de omisión).

Finalmente el deber de secreto profesional de los datos conocidos dentro de la relación médico paciente podría, en algunos casos, entrar en conflicto con los

deberes procesales de denunciar y de declarar. Por todo ello se hace necesaria una legislación específica que contemple y de respuesta a estos conflictos que sin duda están influyendo en la cultura de comunicación de este tipo de eventos.^{97,98}

Dimensión 10: Apoyo de los líderes del equipo en seguridad del paciente: E1, E2, E3, E4.

La figura de los coordinadores médicos, responsables de enfermería y de unidades administrativas, en la mayoría de los servicios regionales de salud, no está planteada con un carácter de liderazgo. Según el Real Decreto sobre estructuras básicas de salud, el personal del equipo de AP dependerá funcionalmente de un coordinador médico, el cual, sin perjuicio de desempeñar sus propias actividades, realizará las actividades específicas propias de su cargo, entre las cuales figurarán las de relación con los demás servicios e instituciones sanitarias y con la población. Su nombramiento, que en todo caso será por tiempo definido, recaerá sobre uno de los componentes del equipo de AP.

El coordinador médico se ocupa del liderazgo del centro y de la organización del conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios, tengan estos vinculación estatutaria o funcionarial por su pertenencia a los cuerpos técnicos del estado al servicio de la sanidad local.⁹⁹

Se trata de figuras que organizan los recursos humanos de su categoría. El coordinador médico asume la coordinación del conjunto del equipo pero la explicitación oficial de jerarquía y funciones claras sobre los demás profesionales del equipo no es homogénea en todos los servicios regionales.

Dimensión 11: Aprendizaje de la Organización: F1, F5, F7.

La organización a la que pertenecen los equipos de AP son los servicios públicos regionales de salud. Estas organizaciones tienen un sistema de aprendizaje inicial por medio del acceso por oposición a la plaza y posteriormente, desarrollan un plan de formación continuada anual para el conjunto de los trabajadores del

servicio regional. Ya se ha comentado en la Dimensión 5, el papel de la Formación Continuada para todos los profesionales.

Sin embargo, el tipo de aprendizaje organizacional considerado como un "proceso que emplea el conocimiento y entendimiento orientado al mejoramiento de las acciones" (Fiol y Lyles, citado por López, 2002)¹⁰⁰ que no sólo requiere cambios estructurales sino también en la mentalidad de los directivos, requiere ser más desarrollado.

Dimensión 12: Percepciones generales de la Seguridad del Paciente y Calidad: F2, F3, F4, F6,

A nivel internacional se está viviendo una situación de crisis económica y de reducción, como consecuencia, de profesionales tanto sanitarios como no sanitarios. En España, la AP ha sido la primera en acusarlo con una merma de los profesionales del campo de la Medicina de Familia y de la Pediatría. Esta situación contribuye a incrementar la presión asistencial y limita la capacidad de control de la actividad realizada, no siendo esta situación favorable para evitar o minimizar los fallos que puedan suceder en determinados momentos. Todo ello puede influir en la percepción de los profesionales sobre la Seguridad del Paciente y Calidad.

Características de los profesionales del centro:

El cuestionario recoge tres variables sobre las características de los profesionales que trabajan en el centro en cuanto a su categoría profesional, al tiempo que llevan trabajando en dicho centro y a cuántas horas por semana trabajan en el lugar en el que cumplimentan la encuesta. En nuestro entorno estas variables son importantes porque en numerosos equipos las horas semanales de trabajo en el centro están entorno a las 35-40 horas y la permanencia en el puesto, una vez obtenida una plaza en propiedad, es prolongada.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

- Obtener un instrumento para medir la cultura de la SP de los equipos de AP en España.

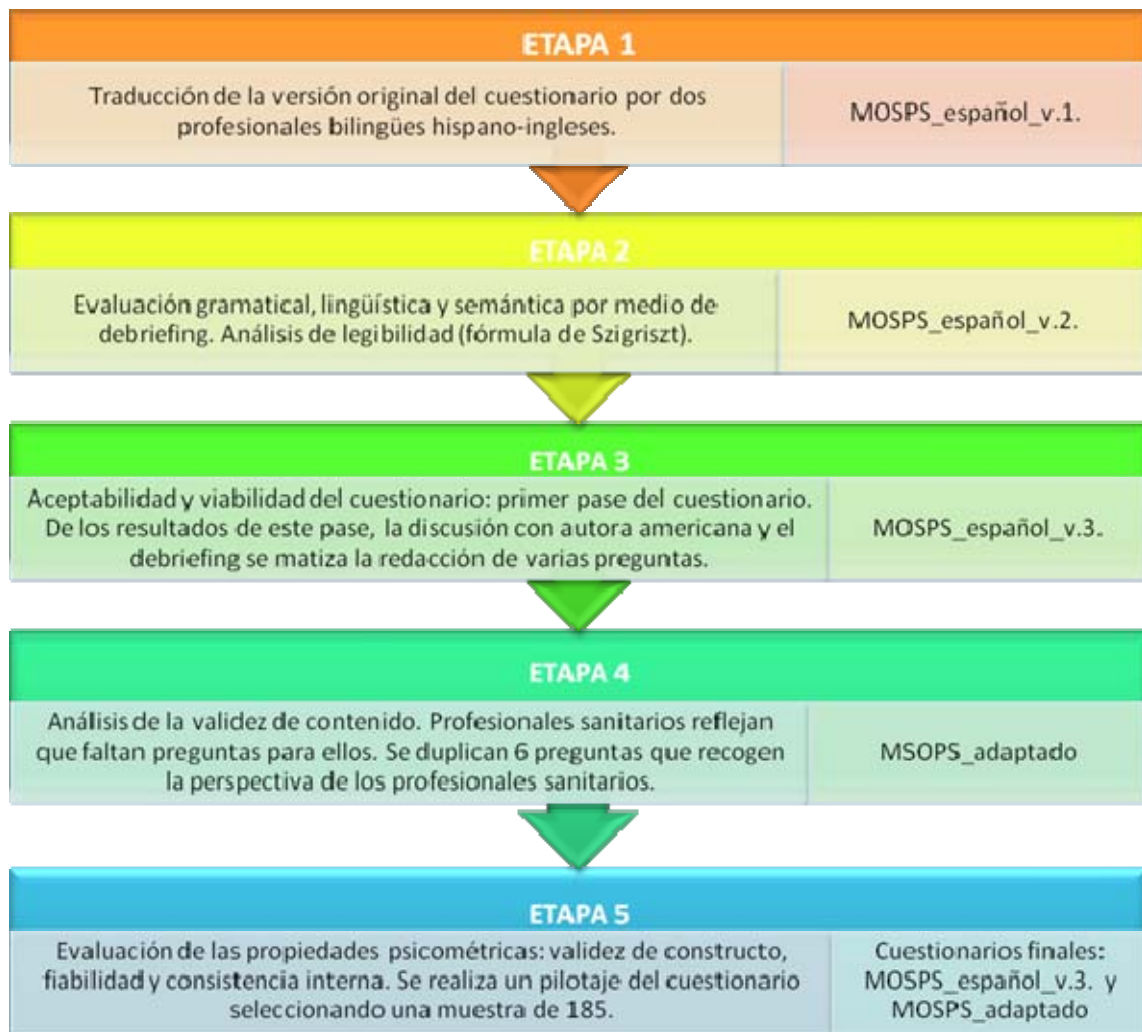
3.2 Objetivos específicos

- Traducir al castellano, adaptar a nuestra cultura y validar el cuestionario "*Medical Office Survey on Patient Safety Culture*" (*MOSPSC*) para su utilización en el ámbito de la AP en España.
- Adaptar la herramienta Excel del *MOSPSC* para que permita a los equipos de AP del Sistema Nacional de Salud efectuar comparaciones internacionales en cultura de seguridad con suficiente fiabilidad de las medidas.

4. MÉTODO

4.1. Metodología de traducción, adaptación transcultural y validación del cuestionario

Figura 1.- Esquema del estudio: Etapas de traducción, adaptación y validación del cuestionario *MOSPS* al español



El proceso se desarrolló en 5 etapas tal como se muestra en la Figura 1 y se describe a continuación:

1) Traducción de la versión original:

La validación lingüística de nuestra traducción se realizó con el método de traducción/retrotraducción conceptual por personas bilingües¹⁰¹.

Se partió de una versión original en inglés (cuestionario de *la AHRQ para Medical Office: "Medical Office Survey on Patient Safety"*).

Como se ha explicado, el cuestionario *MOSPSC* consta de un total de 62 preguntas agrupadas en 9 secciones (de la A a la I):

- A. Aspectos relacionados con la SP y la calidad: 9 preguntas (A1 a A9).
- B. Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales: 5 preguntas (B1 a B5).
- C. Trabajando en el centro de salud: 15 preguntas (C1 a C15).
- D. Comunicación y seguimiento: 12 preguntas (D1 a D12).
- E. Apoyo del liderazgo: 4 preguntas (E1 a E4).
- F. En el centro de trabajo: 7 preguntas (F1 a F7).
- G. Puntuaciones globales en seguridad y calidad: 6 preguntas (G1 a G6).
- H. Sobre su trabajo en el centro/gabinete: 3 preguntas (H1 a H3).
- I. Comentarios libres del encuestado: 1 pregunta (I1).

Del total de las 62 preguntas, 52 miden las 12 dimensiones que configuran el constructo de cultura de SP y que, recordamos, son las siguientes:

- Dimensión 1: Listado de aspectos relacionados con la SP y temas de calidad.

Acceso a la atención: A1.

Identificación del paciente: A2.

Manejo de la historia clínica de pacientes: A3 y A4.

Equipamiento médico: A5.

Uso de medicación: A6, A7.

Manejo de resultados de pruebas diagnósticas: A8, A9.

- Dimensión 2: Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales: B1 a B5.
- Dimensión 3: El trabajo en equipo: C1, C2, C5, C13.
- Dimensión 4: La presión asistencial y el ritmo de trabajo: C3, C6, C11, C14.
- Dimensión 5: Formación de personal no sanitario: C4, C7, C10.
- Dimensión 6: Procedimientos del centro y normalización de los mismos: C8, C9, C12, C15.
- Dimensión 7: Comunicación abierta entre el personal: D1, D2, D4, D10.
- Dimensión 8: Del seguimiento en la atención al paciente: D3, D5, D6, D9.
- Dimensión 9: Comunicación acerca de error: D7, D8, D11, D12.
- Dimensión 10: Apoyo del liderazgo del equipo en SP: E1, E2, E3, E4.
- Dimensión 11: Aprendizaje de la organización: F1, F5, F7.
- Dimensión 12: Percepciones generales de la SP y calidad: F2, F3, F4, F6.

Por último, se recogen también dos preguntas de valoración global de la SP y calidad en la sección G, además de tres variables sobre las características de los profesionales que trabajan en el centro: categoría profesional, tiempo que llevan trabajando en dicho centro y número de horas por semana que trabajan en el lugar en el que cumplimentan la encuesta.

Esta versión se tradujo al castellano por dos personas bilingües con lengua española de origen, con experiencia en literatura científica del ámbito sanitario y teniendo en cuenta las características de la sanidad española y sus centros de salud. Ambas traducciones fueron discutidas simultáneamente entre los traductores y el equipo investigador, manteniendo siempre un consenso con las autoras del cuestionario original, generando la primera versión de la encuesta en español. Las traducciones fueron realizadas por la Dra. Susana Lorenzo Martínez y la Dra. M^a Pilar Astier Peña.

2) Evaluación de la equivalencia conceptual, *debriefing* y análisis de la legibilidad:

- Evaluación de la equivalencia conceptual

Un profesional médico de AP con experiencia laboral en países anglófonos evaluó la equivalencia conceptual, la claridad y la naturalidad de cada una de las frases y de las opciones de respuesta de esta primera versión. Esta sección la realizó el Dr. Jorge Laya Gómez, médico especialista en medicina familiar y comunitaria, que lleva ejerciendo como médico de familia desde el año 2002 en un centro de salud de Liverpool, Abercromby Center.

Además se realizó, una vez efectuadas las modificaciones, una evaluación gramatical, lingüística y semántica por medio de *debriefing* de los investigadores y de un grupo de profesionales de AP. Con los nuevos cambios se obtuvo una segunda versión cuya legibilidad fue analizada mediante la fórmula de *Flesch-Szigriszt* utilizando el programa *INFLESZ*¹⁰².

La segunda versión en español se retro-tradujo de nuevo a inglés, por un traductor bilingüe, con inglés como lengua de origen, obteniéndose la primera retro-traducción. Esta sección la realizó un traductor especializado en temas médicos, Clifton R. Chestnut.

- *Debriefing*

Debriefing^{103,104}, es una de las técnicas utilizadas en la fase previa a la utilización de un cuestionario de medida con la finalidad de conseguir varios objetivos:

- (1) Identificar las palabras, términos o conceptos que los encuestados no entienden, no interpretan sistemáticamente, o no interpretan lo que el investigador pretende.
- (2) Identificar las cuestiones que los encuestados no pueden responder con precisión y tienen dudas de sus respuestas.
- (3) Evaluar las opciones de respuestas cerradas.
- (4) Evaluar la sensibilidad de las preguntas.

(5) Obtener sugerencias para la revisión de la redacción de las preguntas y estructura del cuestionario.

Previo al pilotaje del cuestionario para su validación se realizaron varios pases del cuestionario con demanda de *debriefing*. La metodología del *debriefing* consistió en aplicar la encuesta a personas seleccionadas, profesionales sanitarios y no sanitarios de los servicios de salud de las comunidades autónomas de los investigadores, y comentar con el investigador la comprensión global del cuestionario, las dudas sobre preguntas concretas en cuanto a concepto y redacción, las opciones de respuestas y la apreciación global del instrumento por parte del profesional.

El texto de apoyo para el *debriefing* estaba insertado en el propio cuestionario y su contenido era el siguiente:

“El cuestionario que acabas de cumplimentar es una traducción del inglés del cuestionario *MOSPSC* de la *AHRQ* y está en fase de adaptación. Te pedimos nos comentes:

1. ¿Cuánto tiempo has invertido en cumplimentarlo? ----minutos
2. ¿Te ha resultado demasiado largo para cumplimentarlo?: Si, No, Aceptable
3. ¿Todo lo que se pregunta te parece de interés?: Si, No
4. ¿Podrías indicar aquello que no te resulta de interés? Indica la sección y la fila donde se ubica el contenido menos interesante.
5. ¿En qué preguntas tienes problemas o dudas sobre lo que se te pregunta? Por favor, anótalo en esta hoja.
6. ¿Las preguntas están escritas en lenguaje coloquial o alguna suena a un uso de lenguaje forzado?”

- Legibilidad

La legibilidad¹⁰⁵ es el conjunto de características tipográficas y lingüísticas del texto escrito que permiten leerlo y comprenderlo con facilidad. El análisis de legibilidad evalúa la dificultad de lectura y comprensión de un texto pero sin

analizar su contenido conceptual o constructo. La mayoría de las fórmulas parten de la hipótesis de que un texto es tanto más fácil de leer cuanto más cortas son las palabras y frases que utiliza.

Para aplicar esta fórmula se seleccionó el programa *INFLESZ*¹⁰². La escala *INFLESZ* establece 5 niveles de dificultad:

Tabla 4: Niveles de dificultad de la escala *INFLESZ*

PUNTOS	GRADO	TIPO DE PUBLICACIÓN
MENOR 40	Muy difícil	Universitario, científico
40-55	Algo difícil	Bachillerato, divulgación, prensa especializada
56-65	Normal	ESO, prensa general y deportiva
66-80	Bastante fácil	Educación primaria, prensa del corazón, novelas de éxito
MÁS DE 80	Muy fácil	Educación primaria, tebeos, comics

3) Valoración de la aceptabilidad y viabilidad:

Esta segunda versión en español se presentó en la II Jornada de Seguridad del Paciente en AP en Granada en mayo de 2009 y se realizó un pilotaje con la finalidad de obtener información de la comprensión, el tiempo empleado en la cumplimentación y cualquier otro comentario importante para generar la versión definitiva. Tras analizar los resultados, debatir con la autora americana (Joan Sorra) y el *debriefing* con uno de los traductores, se matizó la redacción de varias preguntas obteniéndose una tercera versión más fiel al cuestionario original (Anexo 2: Cuestionario *MOSPSC* en español).

4) Análisis de la validez del contenido:

El *debriefing* mencionado de la tercera versión también detectó el hecho de que el cuestionario contemplaba más preguntas sobre SP para el personal no sanitario

que para el sanitario; por ello, se realizó una consulta de análisis del contenido a dos expertos externos.

De esta forma se generó la versión adaptada del cuestionario en español (Anexo 3: Cuestionario *MOSPSC* en español, versión adaptada).

5) Pilotaje del cuestionario español adaptado en noviembre de 2009. Análisis de la respuesta y evaluación de las propiedades psicométricas.

- Muestra para el pilotaje:

Se obtuvo una muestra no probabilística solicitando la colaboración de al menos 30 profesionales (médicos, enfermeras y no sanitarios) de AP de los centros públicos de cada uno de los Servicios de Salud de Aragón, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Madrid, Andalucía y Cataluña.

- Análisis estadístico del pilotaje:

Se realizó el siguiente proceso de análisis de los datos recogidos:

1. Frecuencia y patrón de respuesta de cada pregunta.
2. Se calculó su poder de discriminación comparando las puntuaciones medias de cada sentencia entre los individuos cuya puntuación en el total de la escala se situó por encima del percentil 75 y los que estaban por debajo del percentil 25. Para realizar este análisis se utilizó la prueba no paramétrica U de *Mann – Whitney*.
3. La consistencia interna de las dimensiones medida a través del alfa de Cronbach¹⁰⁶.
4. La estructura interna del cuestionario se analizó mediante un análisis factorial, por el método de componentes principales con rotación *varimax*¹⁰⁷. El criterio utilizado para la extracción de factores fue el de conservar solamente aquellos componentes principales cuyos valores propios son mayores de la unidad.

Se utilizó el paquete estadístico SPSS version 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) para realizar el análisis de los cuestionarios pasados.

4.2. Metodología de adaptación de la aplicación informática

Se trata de una base de datos Excel que facilita al usuario la introducción de datos crudos, crea tablas y gráficos para ver los resultados de la encuesta de forma agregada, analiza qué dimensiones de la cultura de seguridad requieren atención adicional o un análisis enfocado por áreas de trabajo específicas o categorías profesionales y permite compartir los resultados con otros, dentro o fuera de la organización. Igualmente, posibilita al usuario establecer una comparación de resultados, capturando los datos en un formato que facilita la comparación intra y extra organización. La comparación intraorganización se realiza con los datos facilitados por los profesionales de la misma organización a lo largo del tiempo (en nuestro caso, con los datos de la encuesta aplicada a nivel nacional) y la extraorganización se realiza con los datos agregados de las encuestas de profesionales de otras organizaciones internacionales que han remitido de otros países (en nuestro caso, los ofrecidos por la *AHRQ* en su informe de 2012).

La descripción de los resultados se presenta mediante el porcentaje de respuestas positivas, neutras y negativas de cada variable y dimensión, a nivel global y por categoría profesional. Estos datos se muestran en un gráfico que agrupa bajo el epígrafe de cada dimensión los resultados de las preguntas que la conforman. Según la valoración de los participantes, asigna el color verde a las respuestas positivas y el rojo a las negativas e identifica como “Área Fuerte” cuando la valoración positiva alcanza al 75% de los participantes y como “Potencial de Mejora” cuando el 50% ha valorado de forma negativa. Esta forma de presentación revela de un “vistazo” cuáles son las preguntas que influyen más en los valores alcanzados por las diferentes dimensiones.

Así mismo ofrece, mediante representación gráfica, la comparación de todas las preguntas y las dimensiones del cuestionario con las organizaciones con las que se desee establecer una comparación de resultados¹⁰⁸.

Dado que en el proceso de adaptación del cuestionario se hizo necesario añadir 6 preguntas más a la versión original, para mantener tanto las utilidades de la

herramienta (comparación con otras organizaciones) como la opción de utilizar para la encuesta sólo el cuestionario de la versión original, se optó por desarrollar la herramienta para analizar la encuesta española “versión adaptada” y conservar como espejo la herramienta en “versión original”. Así, se presenta una carpeta con ambas bases de datos vinculadas, los datos se introducen en la “versión adaptada” y de forma automática, se cargan en la “versión original” solamente las preguntas que coinciden con las de la versión original del cuestionario; para que ocurra así las dos bases de datos han de estar siempre dentro de la misma carpeta.

En la “versión adaptada” se incluyen como datos de comparación los de la aplicación a nivel nacional, mientras que en la “versión original” los datos de comparación son los ofrecidos por la *AHRQ* en su informe de 2012¹⁰⁹.

En el comando de INSTRUCCIONES se ofrece la dirección de correo para soporte técnico.

5. RESULTADOS

Con el fin de facilitar la comprensión del lector, se ha decidido estructurar los resultados de la siguiente forma:

En primer lugar se presentan las modificaciones realizadas en relación con la traducción y adaptación del cuestionario a nuestro medio. Así, se muestran las decisiones tomadas acerca de la traducción de términos, los matices de adaptación terminológica y lingüística así como la adaptación de algunas preguntas y formas verbales a nuestro entorno de AP. Se presentan los resultados de las distintas técnicas de *debriefing* efectuadas a lo largo del proceso y el resultado en cuanto a la legibilidad del cuestionario tras el mismo. Se muestran las dos versiones de cuestionario obtenidas de esta forma, para finalmente explicar los resultados de la validación con el análisis de la respuesta obtenida en el pilotaje, fiabilidad y validez exponiendo el cuestionario definitivo y culminando con los resultados del análisis de la consistencia interna tras la aplicación del cuestionario a nivel nacional. Por último, se expone la adaptación de la herramienta informática y las salidas de la misma que permiten la comparación de resultados entre organizaciones.

5.1. Impacto de la traducción y la adaptación del cuestionario a nuestro ámbito

La guía de aplicación del cuestionario define *Medical Office* como las consultas/gabinetes/oficinas de médicos que reúnen las siguientes características:

- La consulta/oficina/gabinete de médicos: establecimiento de atención ambulatoria en una ubicación geográfica determinada. Un gabinete médico o el sistema de salud puede tener varios consultorios médicos en diferentes lugares, pero cada situación única es considerada un consultorio médico independiente en el sentido del cuestionario y de cara a la retroalimentación. Por ello, se identificó consulta/oficina/gabinete de médicos con centro de salud/consultorio médico en la traducción y adaptación.

- Los proveedores en el gabinete médico deben compartir una parte o la totalidad del personal administrativo, como recepcionistas y programadores, y comparten algunas o la totalidad del personal de apoyo clínico. Esto ocurre así en los centros de salud españoles. Así se equipararon los proveedores con el personal sanitario de nuestros centros de salud (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería, odontólogos etc.) tal como se clarifica más adelante.

En cuanto al tamaño del gabinete médico, se recomienda limitar la administración de este instrumento a las oficinas de al menos tres proveedores. En la totalidad de los centros de salud en España existen al menos 3 médicos trabajando para la población de la zona básica correspondiente.

El cuestionario ha sido diseñado para ser usado por cualquier especialidad. La consulta/oficina/gabinete en los EEUU puede prestar servicios de AP únicamente, otros servicios de atención de especialidad única, o una combinación de servicios de AP y especializada. Esta adaptación se centra a la recogida de información en los centros de salud (y sus consultorios) que se dedican únicamente a la AP de salud.

Estas circunstancias particulares de la realidad de nuestro sistema de salud condicionaron la forma de traducción y aplicación del cuestionario a nuestro entorno de la siguiente manera:

1. Traducción de *Medical Office* por centro de salud/consultorio y no por gabinete médico u oficina de consulta médica ambulatoria. La justificación reside en que la AP en España es mayoritariamente pública a través de los servicios regionales de salud y se realiza en los centros de salud y consultorios médicos.

2. Traducción y adaptación de las categorías profesionales:

Por un lado, las categorías profesionales de los trabajadores de un consultorio americano no coinciden con las españolas tanto en cuanto a formación como a responsabilidades asistenciales que asumen. Se consideró importante comentar

este tema con los autores de la encuesta original con los que se mantuvieron varios intercambios de información a este respecto. Los consensos alcanzados con Joan Sorra, autora del cuestionario de la *AHRQ*, de cara a la traducción de las categorías profesionales en relación con el peso atribuido a la categoría y su responsabilidad en velar por la SP en su puesto de trabajo fueron los siguientes:

Concepto de *PROVIDERS* en un centro de salud:

EL *MOSPSC* entiende por *PROVIDERS* las personas que toman las decisiones en el equipo y frente a las cuales, los demás del equipo tienen poco que decir u opinar. Además, son los únicos que pueden prescribir medicamentos y otros tratamientos. En EEUU, este término se refiere a los médicos y las enfermeras que pueden prescribir. Tienen en los equipos otros profesionales, *assistant doctors*, que tienen una formación básica en salud inferior a las enfermeras y que ayudan a los médicos dando consejos a la población.

En España, los médicos y enfermeras trabajan en equipo y para la misma población asignada. Ambos conocen a dicha población y toman decisiones compartidas sobre los pacientes atendidos. Enfermería puede prescribir todo el material sanitario para curas y dar consejos expertos sobre cuidados, gestiona la cartilla de largo tratamiento de los pacientes y por tanto, tiene una implicación importante en velar por la cultura de la SP.

Se acordó, por todo ello, identificar en nuestras encuestas a las enfermeras como providers e incluir igualmente a los profesionales sanitarios implicados en la atención sanitaria directa al paciente que trabajan en un centro de salud, como pueden ser auxiliares de enfermería, matronas, fisioterapeutas u odontólogos entre otros.

Concepto de *STAFF* en el centro de salud:

En el contexto americano, el staff hace referencia al resto de personal que trabaja en el gabinete médico. Se acordó asumir este término para hacer referencia a otros profesionales distintos a aquellos que están implicados en la atención sanitaria directa al paciente. Por ello se tradujo como personal no sanitario.

En el caso del sistema español incluiría a otros profesionales del centro como son los administrativos, los celadores o los trabajadores sociales entre otros, pudiendo existir variaciones entre las distintas Comunidades Autónomas.

Según las autoras, la cultura de SP está poco extendida entre los profesionales no sanitarios de los centros de salud americanos. Estos profesionales piensan que el concepto de SP trata de evitar que el paciente se caiga al pisar un suelo resbaladizo o no se haga daño cuando accede al centro, pero no lo relaciona con posibles daños derivados de tratamientos que se le prescriben al paciente, daños generados en el proceso de cuidados dispensados en el centro, producidos por un cambio de identificación de historia o una citación incorrecta.

Se pretende que la sección A del cuestionario sirva para que los profesionales no sanitarios sean conscientes de que pueden generarse errores debidos a los cuidados de salud recibidos, de ahí la importancia de indagar por las historias y la medicación. Por ello, las autoras del cuestionario original insistieron en la necesidad de que todos los profesionales del centro cumplimenten la totalidad del cuestionario. De esta forma, a la vez que se cumplimenta se aprende y se detecta qué es lo que entienden por SP.

Los resultados obtenidos con el cuestionario en EEUU refieren que los “Office Managers y Doctors” (coordinadores médicos y médicos) tienen niveles de respuesta similares y una percepción alta de la SP en sus oficinas. Por otro lado, las enfermeras y los ayudantes médicos son menos abiertos a la hora de hablar sobre la SP y sienten que la cultura de SP está menos presente en la actividad diaria de los centros de salud que los directivos de los equipos.

3. Matizaciones lingüísticas:

Término Agudo/Grave:

En el enunciado de la pregunta A1 se habla del tiempo de demora para atender un problema agudo/grave. Tras el *debriefing* realizado, se concluyó dejar la palabra “agudo” y quitar la expresión “grave”. El término “agudo” distorsiona menos el significado de la pregunta en cuanto a que la información que se busca es la de conocer si el equipo da una cita en tiempo adecuado con balance riesgo/beneficio asumible para la salud del paciente. Considerando los problemas presentes en las consultas de AP, podemos tener personas con patologías graves (tumores, insuficiencia cardiaca grado III-IV...) pero que no requieran una visita inmediata y sin embargo, los problemas agudos sí requieren una respuesta rápida.

Traducción de Fair por Aceptable:

En la sección G, pregunta 2: “Globalmente, cómo puntúa el sistema y los procedimientos clínicos en su centro de salud...”, la versión inglesa da 5 opciones de gradación de la respuesta: *Poor, Fair, Good, Very good, Excellent*.

Fair admite muchas posibles traducciones: razonable, justo, bueno, equitativo, pasable. Si bien para transmitir la valoración de los sistemas como un punto medio entre “*Poor*=pobre” y “*Good*=bueno” el grupo investigador convino traducirlo como “Aceptable”, expresión próxima a pasable y razonable.

Traducción y adaptación de los tiempos verbales:

Hubo que prestar atención a los tiempos verbales que se propusieron en la traducción literal de las preguntas del inglés ya que el contexto de las preguntas

(no se pregunta por un hecho que sucedió en un tiempo concreto, más bien todo lo contrario, se pregunta por hechos que pudieron no ocurrir u ocurrir diariamente) ha de reflejar un hecho que ha pasado pero que no ha terminado. De esta manera, por ejemplo la redacción “*se utilizó -o se usó- la historia clínica de otro paciente*”, hace referencia a un hecho que ocurrió en un tiempo concreto y que no se adaptaba tan bien a las opciones de respuesta que se ofrecen al encuestado (diariamente - ninguna vez...). Sin embargo, comentado con las autoras de la encuesta original, Marthy Franklin (technical assistant, *MOSPSC, AHRQ*) nos sugirieron mantener en pasado las preguntas de la sección A.

5.2. Resultados de las distintas técnicas de *debriefing* efectuadas y de la legibilidad tras la traducción del cuestionario.

Para evaluar la comprensión del texto por los encuestados se realizaron varias sesiones con soporte de *debriefing* de las diferentes versiones. Se pasaron un total de 62 cuestionarios con apoyo directo del equipo investigador en el proceso de cumplimentación, recogiendo los siguientes comentarios para la mejora de la confección definitiva del cuestionario:

- a) El tiempo invertido fue de una media de 20 minutos, unos 5 minutos más de lo que estima la *AHRQ* en su guía de cuestionario.
- b) La percepción general del cuestionario en cuanto a la temática es de ser un tema interesante.
- c) Resultó excesivo el número de preguntas del cuestionario.
- d) Se sugirió la supresión de algunas preguntas que repiten el mismo concepto con pequeños matices en dos secciones.
- e) Los profesionales de los servicios de las Unidades Administrativas o Admisión no se sentían capacitados para evaluar preguntas referentes a los profesionales sanitarios y lo mismo ocurrió con las enfermeras con respecto a los médicos.
- f) Las opciones de respuesta para cada pregunta (entre 5 y 6) se valoraron como muy numerosas.

- g) Las dificultades presentadas a la hora de cumplimentar el cuestionario fueron las siguientes:
- Las preguntas generales sobre seguridad y calidad en el centro de salud de la sección A fueron las más complejas de evaluar. El motivo más argumentado era el no sentirse capaces de evaluar el trabajo de profesionales de otra categoría del centro. La mayoría de los encuestados referían que les costaba realizar una valoración global de todo el equipo.
 - Las secciones que requirieron más tiempo de cumplimentación, por el esfuerzo de reflexión que les suponía, fueron la sección B (en particular la pregunta 5 que hace referencia a otros servicios) y la sección D.
 - La expresión del texto les parecía adecuada. Insistieron en concretar la diferencia entre un problema agudo o grave, ya que para los profesionales no tiene el mismo impacto asistencial, por ejemplo, el relato de un catarro de vías altas que el relato de crisis anginosas de repetición.

Como consecuencia de toda la información recogida en las sesiones de *debriefing*, el equipo investigador adoptó las siguientes decisiones:

- Que los profesionales no sanitarios no respondieran a las secciones A y B, ya que estas secciones recogen actividades propias de profesionales sanitarios principalmente. Sin embargo, una vez contrastada esta decisión con los responsables técnicos de la *AHRQ*, se renunció a esta opción para garantizar la comparabilidad de las encuestas.
- Que las escalas de medición no se modificaran ya que no podrían compararse los resultados con los de la versión americana.
- Que se suprimiera la pregunta B5 por no aportar valor al cuestionario en nuestro caso y desorienta a los que lo contestan (es una pregunta abierta sobre relación con otros servicios asistenciales).

- Que la pregunta A1 se redactara finalmente con un único matiz de problema agudo y se suprimió “o grave”. Se entiende que un problema grave accede directamente a urgencias en cualquier nivel asistencial del sistema público de salud sin trabas.
- La inclusión de preguntas dirigidas a profesionales sanitarios ya que interpretaron que algunas dirigidas a los no sanitarios también les serían aplicables.

Tras la consulta del análisis del contenido a dos expertos externos, el equipo investigador decidió duplicar preguntas relacionadas con el personal no sanitario y la seguridad en el centro, de tal forma que también recogieran la opinión de los profesionales sanitarios. El texto de las 6 preguntas añadidas replica para los sanitarios el mismo texto que para los no sanitarios.

Las preguntas son:

Sección C: preguntas 4, 7, 10, y 15, que se ubicarán de la 16 a la 19.

Sección D: preguntas 7 y 12, que se ubicarán de la 13 a la 14.

El informe de legibilidad del cuestionario se realizó con el texto completo del cuestionario (instrucciones, preguntas y opciones de respuesta por separado).

El texto contiene un total de 2795 palabras, 5671 sílabas y 613 frases. El promedio de sílabas por palabra es de 2,03 y el promedio de palabras por frase es de 4,56.

El índice de *Flesch-Szigriszt* tiene un valor de 75,87 y según la escala descrita en la metodología, el cuestionario se clasifica con índice de legibilidad BASTANTE FÁCIL.

5.3 Cuestionarios obtenidos tras la traducción y adaptación

En el anexo 2 figura la traducción y adaptación del cuestionario *MOSPSC* al español (Cuestionario *MOSPSC* en español). En el anexo 3 figura la versión con 6 variables añadidas por los investigadores (Cuestionario *MOSPSC* en español, versión adaptada).

5.4 Resultados del análisis del pilotaje para la validación del cuestionario

5.4.1 Descripción de la muestra participante

Se administró el cuestionario a 185 profesionales de AP, siendo su mayoría sanitarios (68,6%) y médicos (el 40,5% del total y el 59,1% de los sanitarios). Entre los que ocupan un puesto gestor, la mayoría tienen su responsabilidad en el área administrativa. Los resultados se muestran en la tabla 5.

Tabla 5: Puesto que ocupa en el centro de salud

Puesto que desempeña en el centro de salud	N (%)
NO CONTESTA	1 (0,5)
MÉDICOS/MIR	75 (40,5)
ENFERMERA	48 (25,9)
GESTORES	36 (19,6)
COORDINADOR MÉDICO	8
RESP AREA ADMINISTRATIVA	15
RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	8
OTROS GESTORES	4
NO CONTESTA	1
ADMINISTRATIVOS Y OTROS NO SANITARIOS	21 (11,4)
OTROS	4 (2,2)
Total	185 (100,0)

Con respecto al tiempo trabajando en el centro de salud, en general la mayoría llevaban entre 1 y 3 años (26,5%), con diferencias según categoría profesional, sanitarios y no sanitarios y entre los gestores. El tiempo de trabajo de la mayoría de los participantes (87,0%) se sitúa en el rango entre 33 a 40 horas/semana. Los datos se muestran en las tablas a continuación:

Tabla 6: Horas de trabajo semanales

Horas que trabaja en el centro de salud	N (%)
NO CONTESTA	1 (0,5)
DE 1 A 4 HORAS/SEMANA	1 (0,5)
DE 5 A 16 HORAS/SEMANA	7 (3,8)
DE 17 A 24 HORAS/SEMANA	2 (1,1)
DE 25 A 32 HORAS/SEMANA	13 (7,0)
DE 33 A 40 HORAS/SEMANA	161 (87,0)
TOTAL	185 (100,0)

Tabla 7: Antigüedad en el centro de salud

Tiempo trabajado en el centro de salud	N (%)
NO CONTESTA	1 (0,5)
< 2 MESES	6 (3,2)
DE 2 MESES A MENOS DE 1 AÑO	20 (10,8)
DE 1 AÑO A MENOS DE 3 AÑOS	49 (26,5)
DE 3 AÑOS A MENOS DE 6 AÑOS	40 (21,6)
DE 6 AÑOS A MENOS DE 11 AÑOS	23 (12,4)
11 AÑOS O MÁS	46 (24,9)
TOTAL	185 (100,0)

Tabla 8: Relación entre el puesto que ocupan y antigüedad

Tiempo trabajado en el centro de salud	Puesto en el centro de salud					TOTAL N (%)
	MÉDICO/MIR N (%)	ENFERMERA N (%)	GESTORES N (%)	ADMINISTRATIVOS N (%)	OTROS N (%)	
NO CONTESTA	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,5)
< 2 MESES	2 (2,7)	2 (4,2)	0 (0,0)	1 (4,8)	1 (25,0)	6 (3,3)
2 MESES - < 1 AÑO	9 (12,0)	7 (14,6)	2 (5,6)	0 (0,0)	2 (50,0)	20 (10,9)
1 AÑO - < 3 AÑOS	22 (29,3)	13 (27,1)	9 (25,0)	5 (23,8)	0 (0,0)	49 (26,6)
3 AÑOS - < 6 AÑOS	19 (25,3)	13 (27,1)	6 (16,7)	2 (9,5)	0 (0,0)	40 (21,7)
6 AÑOS - < 11 AÑOS	7 (9,3)	3 (6,3)	6 (16,7)	6 (28,6)	0 (0,0)	22 (12,0)
11 AÑOS O MÁS	15 (20,0)	10 (20,8)	13 (36,1)	7 (33,3)	1 (25,0)	46 (25,0)
TOTAL	75 (100,0)	48 (100,0)	36 (100,0)	21 (100,0)	4 (100,0)	184 (100,0)

Tabla 9: Relación entre el puesto que ocupan y el número de horas de trabajo semanal

Tiempo trabajado en el centro de salud	Puesto en el centro de salud					
	MÉDICO/MIR N (%)	ENFERMERA N (%)	GESTORES N (%)	ADMINISTRATIVOS N (%)	OTROS N (%)	TOTAL N (%)
NO CONTESTA	0 (0,0)	1 (2,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,5)
DE 5 A 16 HORAS/SEMANA	1 (1,3)	3 (6,3)	2 (5,6)	1 (4,8)	0 (0,0)	7 (3,8)
DE 17 A 24 HORAS/SEMANA	0 (0,0)	1 (2,1)	1 (2,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,1)
DE 25 A 32 HORAS/SEMANA	9 (12,0)	1 (2,1)	1 (2,8)	1 (4,8)	1 (25,0)	13 (7,1)
DE 33 A 40 HORAS/SEMANA	65 (86,7)	42 (87,5)	32 (88,9)	19 (90,5)	3 (75,0)	161 (87,5)
TOTAL	75 (100,0)	48 (100,0)	36 (100,0)	21 (100,0)	4 (100,0)	184 (100,0)

5.4.2 Análisis de la respuesta, fiabilidad y validez

- **Análisis de la respuesta.**

De los 185 cuestionarios valorados, solo 33 (17,8%) participantes respondieron a la totalidad de las preguntas, 53 (28,7%) dejaron sin contestar o marcaron la opción “no lo sé / no procede” entre 1 y 4 preguntas, 43 personas (23,2%) hicieron lo mismo en un rango de 5 a 8 preguntas. Finalmente 56 (30,3%) participantes no respondieron o marcaron la opción “no lo sé / no procede” entre 9 y 30 preguntas, y 20 (10,8%) no respondieron más de 15 preguntas. La media de preguntas en las que se observó este comportamiento cuando se analizaron todas las escalas incluidas en el cuestionario es de 6,7 (DS de 6,5).

La frecuencia de personas que respondieron a todas las sentencias de una sección varía entre el 95,7% de la sección “Puntuaciones globales sobre la calidad” que consta de 5 ítems, y el 45,9% de la sección “Comunicación y seguimiento” que consta de 14 preguntas. Junto con esta última sección también destacó, por la alta frecuencia de no respuesta, la sección de “Aspectos relacionados con la SP y la calidad”.

La frecuencia de participantes que respondieron “no lo sé / no procede” o no responden (en lo sucesivo denominado “no respuesta”), junto con la media del número de preguntas que los participantes dejaron sin responder en las diferentes secciones del cuestionario se muestran en la tabla 10.

Tabla 10: Frecuencia de "no respuesta" y media de preguntas que fueron respondidas según la sección del cuestionario

Sección (nº de sentencias)	Porcentaje medio de no respuesta* (DS)	Media de preguntas no respondidas* Media (DS)	Respuesta a todas las sentencias N (%)	No respuesta en el 50% o más de sentencias N (%)
A. Aspectos relacionados con la SP y la calidad (9).	15,7 (8,6)	1,4 (1,8)	88 (47,6%)	11 (5,9%)
B. Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (4).	15,9 (6,0)	0,6 (1,2)	133 (71,9%)	19 (10,2%)
C. Trabajando en el centro de salud (15).	5,1 (5,2)	0,8 (1,5)	124 (67,0%)	9 (4,8%)
C1. Trabajando en el centro de salud (19).	6,4 (5,3)	1,3 (1,9)	109 (58,9%)	19 (10,3%)
D. Comunicación y seguimiento (12).	12,5 (8,1)	1,5 (2,1)	87 (47,0%)	9 (4,8%)
D1. Comunicación y seguimiento (14).	13,1 (7,9)	1,8 (2,5)	85 (45,9%)	10 (5,3%)
E. Apoyo al liderazgo (4)**	12,1 (4,3)	0,5 (1,1)	117 (78,5%)	11 (7,4%)
F. En el centro (7).	15,7 (1,1)	1,1 (2,3)	133 (71,9%)	24 (13,0%)
G1. Puntuaciones globales sobre la calidad (5).	1,3 (0,8)	0,1 (0,4)	177 (95,7%)	1 (0,5%)
G2. Puntuación global sobre la SP (1).	0 (0%)	0 (0%)	185 (100%)	0 (0%)

(*) No se obtiene respuesta o se responde la opción "no lo sé / no procede".

(**) Calculado sobre 143 cuestionarios resultantes de excluir los que manifestaron estar en posición de liderazgo

El comportamiento de las diferentes preguntas que constituyen el cuestionario fue muy variable, pero en general se constató que el 56,5% de las preguntas presentaron porcentajes de no respuesta superiores al 10%; y en 7 (11,3%) preguntas se observó una frecuencia de no respuesta superior al 20%, destacando las preguntas A7 que obtuvo un 32,4% y las A9 y D7 que alcanzaron un 25,9%; mientras que solo 15 (24,2%) preguntas tuvieron una frecuencia de no respuesta inferior al 3%.

La sección A sobre “Aspectos relacionados con la SP y la calidad” (anexo 4. Tabla 1) es uno de los grupos de sentencias que mayor frecuencia de no respuesta acumuló, destacando las preguntas A7 y A9 que obtuvieron, respectivamente, un 32,4% y un 25,9% siendo los porcentajes de no respuesta más elevados del cuestionario. Además, en otras dos preguntas, las números A2 y A4 se alcanzaron porcentajes de no respuesta superiores al 15%. El análisis por categoría profesional, que también se muestra en la misma tabla, reveló que la no respuesta afecta a los dos colectivos analizados pero con un patrón diferente, de forma que la no respuesta a la pregunta A1 relativa a la cita del paciente, se debió fundamentalmente a que un 12% de los profesionales sanitarios marcaron la opción “no lo sé / no procede”. Lo contrario ocurrió en las preguntas A2, A5, A7, A8 y A9 referidas a diversos aspectos asistenciales como la utilización de la historia clínica, funcionamiento de equipamiento médico, actualización de la medicación o supervisión de pruebas diagnósticas, en las que fue el personal no sanitario el que se decantó por la respuesta “no lo sé / no procede”.

En el colectivo de profesionales sanitarios también se observó un comportamiento de respuesta diferente, de forma que las enfermeras presentaron frecuencias de no respuesta más elevadas que los médicos en todas las preguntas, y de forma más marcada en las referidas a la actualización de la medicación o a la supervisión de pruebas diagnósticas, donde al igual que ocurría con el personal no sanitario, las enfermeras respondían que no sabían la respuesta o consideraban que la pregunta no procedía.

En la sección que trata sobre el intercambio de información con otros dispositivos asistenciales, tres de las cuatro preguntas tuvieron una frecuencia de no respuesta superior al 15%, sentencias B2, B3 y B4, destacando la B3 con un 23,2%. Estos elevados porcentajes se constataron tanto en el grupo de sanitarios como en el de no sanitarios, pero en este último de forma más acentuada (anexo 4. Tabla 2). También en esta sección la frecuencia de valores perdidos fue mucho mayor entre los profesionales de enfermería que entre los médicos y, como en la sección A, se debió casi en su totalidad a la selección de la opción “no lo sé / no procede”.

Ninguna pregunta de la sección C, denominada “Trabajando en el centro de salud” (anexo 4. Tabla 3), alcanzó porcentajes de no respuesta del 15%, y un 74% de las preguntas tuvieron una frecuencia de no respuesta inferiores a 10,3%. Las sentencias que se respondieron menos son la C7, C10, C15 y C19, con porcentajes de no respuestas de 14,6; 13,5; 11,9 y 12,4 respectivamente. Las dos primeras preguntas se refieren a aspectos formativos del personal no sanitario, y las dos últimas a la realización de tareas según procedimientos establecidos. También en este caso se observaron diferencias de respuesta entre categorías profesionales, de forma que en las preguntas que aluden al personal no sanitario, la falta de respuesta se centró en los profesionales sanitarios y viceversa, y también la opción de respuesta marcada en estos casos es la de “no lo sé / no procede”. Médicos y enfermeras tuvieron una frecuencia de no respuesta similar con excepción de las preguntas C4 y C7, ambas sobre formación del personal no sanitario, en las que se observó un mayor porcentaje de valores perdidos (17,9% vs 9,6% y 21,4% vs 15,7%, respectivamente) entre las enfermeras.

Las preguntas agrupadas en la sección de “Comunicación y seguimiento” también presentaron un pobre comportamiento con porcentajes de no respuesta superiores al 10% en el 57,1% de las preguntas de la sección (anexo 4. Tabla 4). En 6 sentencias (42,9%) la frecuencia de no respuesta fue superior al 15% y en 4 (28,6%) estuvo por encima del 20%, estas preguntas son la número D5 sobre el registro de la adherencia terapéutica, las D7 y D13 sobre la utilización de errores en contra del personal no sanitario y sanitario respectivamente y la D12 sobre disposición a la notificación de fallos por el personal no sanitario. Al igual que en las secciones previas, se observó diferente comportamiento de respuesta entre grupos profesionales, de forma que las preguntas que citan al personal no sanitario se registró una mayor frecuencia de no respuesta entre los profesionales sanitarios y de forma más acentuada en las enfermeras (D2, D4, D7, D12). Por el contrario, en las preguntas que se refieren a aspectos clínicos o al personal sanitario, las tasas de no respuesta fueron mucho más elevadas entre el personal no sanitario (D5, D6, D9, D14).

En la sección E, tres preguntas obtuvieron un porcentaje de valores perdidos superior al 10%, destacando la E4 (anexo 4. Tabla 5), sobre los criterios de toma de decisiones de los responsables del centro, que alcanza un 18,1%. Esta elevada frecuencia se obtuvo a expensas del personal no sanitario que en el porcentaje de valores perdidos tuvo un rango de 19,0% a 42,9%. Las respuestas de médicos y enfermeras tuvieron un comportamiento similar en esta sección.

La frecuencia de no respuesta de todas las sentencias de la sección F “En el centro” varió entre 14,6% de la pregunta F3 (“En este centro se producen fallos con más frecuencia de lo que debieran”) y 17,8% de la pregunta F2 sobre la bondad de los procesos del centro para prevenir los fallos. También se observaron pequeñas diferencias entre grupos profesionales, con menor respuesta del personal no sanitario, mientras que médicos y enfermeras tuvieron un comportamiento similar a excepción de la pregunta F1, sobre la valoración del cambio de proceder cuando aparece un problema, en la que los médicos respondieron menos (anexo 4. Tabla 6).

El origen de los valores perdidos en esta sección y en menor medida en la E, se debió fundamentalmente a la falta de respuesta a la pregunta en cuestión, a diferencia de lo que ocurre en las secciones A, B, C y D en las que los valores perdidos procedían de la selección de la opción “no lo sé / no procede”.

Las secciones sobre puntuaciones globales sobre calidad (G1) y SP (G2), son las que mostraron un mejor comportamiento respecto a la no respuesta. Todas tuvieron una frecuencia de no respuesta por debajo del 2 % con la excepción de la pregunta 2 que tuvo el 2,7%. Por otra parte, todos los participantes respondieron la pregunta que constituye la sección G2 de puntuaciones globales sobre la SP (anexo 4. Tablas 7 y 8).

- **Poder de discriminación.**

Se calculó el poder de discriminación de cada pregunta comparando las puntuaciones medias de cada sentencia entre los individuos cuya puntuación en el total de la escala se situó por encima del percentil 75 y los que estaban por debajo del percentil 25.

Todas las preguntas, con la excepción de la C11, mostraron poder de discriminación, observándose en cada una de ellas que las puntuaciones otorgadas por los participantes que trabajan en un entorno de mayor cultura de SP (puntuaciones por encima del percentil 75) son significativamente superiores a las que expresan menor cultura de seguridad (puntuaciones por debajo del percentil 25). Las puntuaciones medias en la pregunta C11 de los grupos situados por debajo del percentil 25 y por encima del percentil 75 fueron 2,89 y 3,23 respectivamente. Esta pregunta se refiere a la suficiencia de personal no sanitario, para dar respuesta a las demandas de los pacientes.

- **Fiabilidad.**

Para determinar la consistencia interna del total de la escala y de cada una de las dimensiones definidas por la AHRQ en el MOSPSC, se utilizó el coeficiente alfa de *Cronbach*¹⁰⁹. Además, para valorar la adecuación de cada sentencia en el seno de su correspondiente dimensión, se calculó el valor que obtendría el alfa de *Cronbach* si la pregunta no formara parte de la dimensión.

El coeficiente de reproductibilidad alfa de *Cronbach* para el total de la escala fue de 0,96. Los resultados de las diferentes subescalas, junto con los valores correspondientes que se obtuvieron en el pilotaje de la encuesta MOSPSC de la AHRQ, se muestran en la tabla 11. También se han incluido las dimensiones que surgieron con la incorporación de las sentencias de las secciones C y D relativas específicamente al personal sanitario.

Los coeficientes alfa de *Cronbach* de 10 de las 15 dimensiones (12 más las 3 conformadas con las preguntas para personal sanitario) evaluadas se situaron entre los valores de 0,70 a 0,94, considerados en la bibliografía como deseables. Solo las dimensiones “Formación del personal no sanitario”, “Seguimiento de la

atención a los pacientes” y “Comunicación sobre el error” obtuvieron valores ligeramente inferiores a 0,70.

Tabla 11: Dimensiones, casos válidos y alfa de *Cronbach* comparado con los resultados del pilotaje de la *AHRQ*

Dimensión	Nº casos válidos	Alfa de <i>Cronbach</i>	Alfa de <i>Cronbach</i> (<i>AHRQ</i> , N= 4200)
1. Aspectos relacionados con la SP y calidad: A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9	88	0,81	0,86
2. Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales: B1 B2 B3 B4	133	0,83	0,90
3. Trabajo en equipo: C1 C2 C5 C13	176	0,75	0,83
4. Ritmo y carga de trabajo: C3 C6 C11 C14	165	0,74	0,76
5. Formación del personal no sanitario: C4 C7 C10	146	0,63	0,80
5b. Formación del personal sanitario: C16 C17 C18	157	0,76	
6. Procedimientos establecidos en el centro: C8 C9 C12 C15	150	0,78	0,77
6b. Procedimientos establecidos en el centro: C8 C9 C12 C19	144	0,77	
7. Comunicación franca: D1 D2 D4 D10	144	0,70	0,81
8. Seguimiento de la atención a los pacientes: D3 D5 D6 D9	129	0,66	0,78
9. Comunicación sobre el error: D7 D8 D11 D12	125	0,69	0,75
9b. Comunicación sobre el error: D13 D8 D11 D14	140	0,80	
10. Apoyo de los responsables del centro a la SP: E1 E2 E3 E4	117	0,78	0,76
11. Aprendizaje organizacional: F1 F5 F7	147	0,77	0,82
12. Percepciones generales sobre la SP y la calidad: F2 F3 F4 F6	140	0,74	0,79

El comportamiento de cada pregunta con su dimensión se valoró mediante el cálculo del coeficiente de correlación entre la puntuación de cada sentencia y la suma de puntuaciones del resto de preguntas de la escala correspondiente (puntuación total corregida). También se estudió la idoneidad de las sentencias

que constituyen cada dimensión analizando los valores de los coeficientes alfa de *Cronbach* que cada una de ellas obtendría en el caso de que una sentencia determinada no fuera tomada en cuenta en el análisis. Lógicamente un incremento en el coeficiente alfa cuando se produce la exclusión de una sentencia determinada, indica que dicha sentencia no es consistente. En la tabla 12 se muestran las sentencias que muestran menos consistencia en cada dimensión.

En la dimensión de “Aspectos relacionados con la SP y calidad” los coeficientes de correlación entre cada ítem y la puntuación total corregida de la escala variaron entre 0,51 y 0,76, con la excepción de la pregunta A1 que obtuvo un coeficiente de 0,39. Esta es también la única pregunta cuya eliminación determina un incremento del alfa de *Cronbach* que pasaría de 0,81 a 0,82.

En la dimensión “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales” no se encontraron coeficientes de correlación inferiores a 0,65 con excepción del número B3 que es de 0,55. La eliminación de esta pregunta de la dimensión haría que el coeficiente alfa de *Cronbach* aumente de 0,83 a 0,84.

Respecto a las dimensiones definidas con las preguntas de la sección C del cuestionario se observó que en la de “Trabajo en equipo” todos los coeficientes de correlación variaron entre 0,50 y 0,65 y la eliminación de cualquiera de las preguntas produciría una reducción del coeficiente alfa de *Cronbach*. En la dimensión de “Ritmo y carga de trabajo” la sentencia C11 presentó una correlación de 0,37 y su eliminación incrementaría el alfa de *Cronbach* de 0,74 a 0,78. Una situación similar se observó en la dimensión de “Formación del personal no sanitario”, en la que la pregunta C10 obtuvo una correlación de 0,27 y su eliminación incrementaría la consistencia de la dimensión notablemente pasando de 0,63 a 0,74. Por último, todos los coeficientes de correlación de las sentencias de “Procedimientos establecidos en el centro” fueron superiores a 0,53, y su eliminación disminuiría la consistencia de la escala.

En las dimensiones de la sección D, la pregunta más inconsistente fue la D10 de la dimensión de “Comunicación franca”. El coeficiente de correlación entre la puntuación de esta pregunta y la puntuación corregida de la escala fue de 0,37; no obstante su eliminación apenas modifica el alfa de *Cronbach*. Los coeficientes del resto de preguntas se situaron entre 0,40 y 0,60.

Todas las preguntas de la dimensión de “Apoyo de los responsables del centro a la SP” tuvieron coeficientes de correlación entre 0,44 (E4) y 0,75 (E2). La eliminación de alguna de las preguntas de la dimensión disminuye el valor del alfa de *Cronbach* (0,78), con la excepción de la E4 que le incrementaría en dos décimas.

En las dimensiones de “Aprendizaje organizacional” y “Percepciones generales sobre la SP y la calidad” los coeficientes de correlación entre cada pregunta y la puntuación total corregida de su escala variaron entre 0,42 (F6) y 0,65 (F4). La exclusión de la pregunta F6 eleva el coeficiente de consistencia interna de 0,74 a 0,76; la eliminación de alguna de las sentencias restantes de estas dimensiones produce una disminución del coeficiente alfa correspondiente.

Las preguntas de la sección “Puntuaciones globales sobre la calidad” tuvieron un comportamiento similar al descrito en las dimensiones anteriores. En este caso los coeficientes de correlación variaron entre 0,58 y 0,70.

Tabla 12: Sentencias que han mostrado menor consistencia en sus respectivas dimensiones

Dimensión (Sentencia)	Correlación - escala total corregida	Alfa de <i>Cronbach</i> de la escala	Alfa de <i>Cronbach</i> si se elimina la sentencia
Aspectos relacionados con la SP y calidad. (A1).	0,39	0,81	0,82
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales. (B3).	0,55	0,83	0,84
Ritmo y carga de trabajo. (C11).	0,37	0,74	0,78
Formación del personal no sanitario. (C10).	0,27	0,63	0,74
Formación del personal sanitario. (C18).	0,45	0,76	0,84
Comunicación franca. (D10).	0,37	0,70	0,70
Apoyo de los responsables del centro a la SP. (E4).	0,44	0,78	0,80
Percepciones generales sobre la SP y la calidad. (F6).	0,42	0,74	0,76

Análisis Factorial

El análisis factorial es una técnica cuya finalidad es la de resumir la información contenida en una matriz de datos con "V" variables. En nuestro caso dicha matriz se define por las respuestas dadas por los encuestados a las 57 sentencias que se corresponden con las incluidas en el cuestionario *MOSPSC*. Para ello se identifica un número reducido de factores, que representan a las variables originales con una pérdida mínima de información. Estos factores se suponen no correlacionados entre sí.

En el análisis factorial realizado para el total de la muestra el número de factores extraídos fue de 15. El porcentaje de variabilidad que explican dichos factores es de 67,2%. De esta manera el cuestionario se reduce a algo más de un cuarto del inicial perdiendo un tercio de la información.

En cuanto a las comunalidades (proporción en que cada sentencia está explicada por el conjunto de factores retenidos), se observó que todas las sentencias presentan comunalidades entre 0,48 (E4) y 0,81 (C17).

Para interpretar los factores extraídos, se analizaron los resultados de la matriz factorial rotada (anexo 5). Estudiando la posible relación entre las sentencias que obtuvieron unas cargas factoriales altas para el mismo factor, se puede identificar lo que cada factor representa. De esta manera se advierte que la correspondencia con las dimensiones identificadas en el *MOSPSC* de la *AHRQ* es bastante buena, ya que la estructura factorial de ambos cuestionarios es muy similar. De los quince factores que se identificaron, cinco se corresponden perfectamente con otras tantas dimensiones del cuestionario original de la *AHRQ*, de forma que los factores incluyen las mismas preguntas que las dimensiones correspondientes o difieren a lo sumo en una.

Estas dimensiones son:

- Apoyo de los responsables del centro a la SP.
- Trabajo en equipo.
- Ritmo y carga de trabajo.
- Procedimientos establecidos en el centro.
- Seguimiento de la atención a los pacientes.

Además, 2 factores contienen todas las sentencias de las dimensiones del cuestionario de referencia, pero también se adscriben, con menor carga factorial, otras preguntas que corresponden a dimensiones diferentes: “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales y “Aprendizaje organizacional”.

El análisis factorial identificó un factor que se corresponde con la dimensión “Aspectos relacionados con la SP y calidad” pero en el que no se incorporan las sentencias A1 y la A5. Estas preguntas se refieren al acceso a la atención sanitaria y al equipamiento médico, mientras que el resto abordan temas que afectan más directamente a la práctica clínica.

La dimensión del cuestionario *AHRQ* “Comunicación franca” se explica a través de dos factores. El primero constituido exclusivamente por las sentencias D1 y D2 y el segundo por las D4 y D10 junto con todas las sentencias de la dimensión de “Comunicación sobre el error” exceptuada la D11. El primer factor hace referencia a la existencia de una comunicación abierta entre los profesionales no sanitarios y sanitarios, mientras que el segundo agrupa a las sentencias que expresan contenidos relacionados con la comunicación de errores, fallos o problemas y a la dificultad para mostrar discrepancias.

A las preguntas C4 y C7 de la dimensión “Formación del personal no sanitario” se agrupan la sentencia A5 y con otras con menor carga, constituyendo un factor de interpretación más compleja. De forma similar las preguntas C16 y C17, incorporadas en el cuestionario adaptado y que se correspondería con la dimensión de “Formación del personal sanitario”, constituyen un factor sobre formación de los sanitarios. Por otra parte la sentencia C18 que a priori también forma parte de la dimensión de “Formación de los profesionales” se integra en la dimensión de “Procedimientos establecidos en el centro”.

Las sentencias de “Aprendizaje organizacional” (F1, F5 y F7) se asocian a las preguntas F2, D11 y D14 configurando un componente relacionado con el proceso de comunicación – aprendizaje de fallos y errores. Por otra parte, las sentencias de

la dimensión denominada “Percepciones generales sobre la SP y la calidad” se separan de forma que dos, la F4 y F5 configuran un factor relacionado con la frecuencia de aparición de fallo en el centro, la F2 se asocia a la dimensión de aprendizaje y la F6 que no alcanza cargas factoriales importantes en ningún componente.

Por último, la pregunta C10 “Al personal no sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado” es la única que consigue cargas factoriales superiores a 0,35 en el factor 15.

Es preciso tener en cuenta que el hecho de que se hayan conformado dimensiones o factores con las sentencias diseñadas específicamente para sanitarios, hace que se repitan variables en varias dimensiones o factores. Esto ocurre en el caso de la dimensión “Procedimientos establecidos en el centro” (se repiten C8, C9 y C12) y la dimensión “Comunicación sobre el error” (se repiten D7, D8 y D11). Este hecho no sucede, sin embargo, con las preguntas referidas a formación que conforman dos dimensiones claramente distintas, una para sanitarios y otra para no sanitarios.

Hay que tener presente la circunstancia de que los factores / dimensiones no deben estar correlacionados entre sí y por ello deben contener en cada uno de ellos un grupo diferente de variables del estudio.

Por ello, teniendo siempre presente la necesidad de respetar la estructura origen con el fin de garantizar la comparabilidad, se ha optado porque la estructura más adecuada en este caso sea fruto de la decisión de unificar estas preguntas en únicas dimensiones para sanitarios y no sanitarios, dándose la circunstancia que de esta forma, se eleva también la consistencia interna (como puede verse en la tabla 14), por lo que podemos concluir que la versión adaptada del cuestionario añade, en nuestro ámbito, una única dimensión adicional que es la de “Formación para sanitarios”, no quedando ninguna pregunta duplicada al separar ambas dimensiones (para sanitarios y no sanitarios) con un total de 13 dimensiones tal como se muestra a continuación:

Tabla 13: Correspondencia entre las dimensiones del cuestionario *MOSPSC* de la *AHRQ* y la solución factorial de la versión española adaptada

Dimensiones	"MOSPSC" (AHRQ)	Versión española adaptada
	Preguntas adscritas	Componentes extraídos y preguntas adscritas^b
- Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad:	A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9	A2 A3 A4 A6 A7 A8 A9
- Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	B1 B2 B3 B4 B5	B1 B2 B3 B4
- Trabajo en equipo:	C1 C2 C5 C13	C1 C2 C5 C13
- Ritmo y carga de trabajo	C3 C6 C11 C14	C3 C6 C11 C14
- Formación del personal no sanitario	C4 C7 C10	A5 C4 C7
- Formación del personal sanitario	-	(C16) ^a (C17) ^a
- Procedimientos establecidos en el centro	C8 C9 C12 C15	C8 C9 C12 C15 (C19) ^a (C18) ^a
- Comunicación franca	D1 D2 D4 D10	D1 D2
- Seguimiento de la atención a los pacientes	D3 D5 D6 D9	D3 D5 D6 D9
- Comunicación sobre el error	D7 D8 D11 D12	D4 D10 D7 (D13) ^a D8 D12 (D14) ^a
- Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente	E1 E2 E3 E4	E1 E2 E3 E4
- Aprendizaje organizacional	F1 F5 F7	D11 D14 F1 F5 F7 F2
- Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad:	F2 F3 F4 F6	F3 F4
		El paciente no consiguió una cita en las siguientes 48hs por un problema de salud A1
		Al personal no sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado C10

^a Preguntas incorporadas en la solución factorial de la versión española adaptada del cuestionario.

^b Sentencias que tienen saturaciones superiores a 0,30.

Notas: (1) Correspondencia de las preguntas originales con las incorporadas en la tercera versión del cuestionario (duplicadas para profesionales sanitarios y no sanitarios): C4 (C16); C7 (C17); C10 (C18); C15 (C19); D7 (D13); D12 (D14)

5.5. Resultados del análisis de la consistencia interna tras la aplicación del cuestionario a nivel nacional.

El coeficiente de reproductibilidad alfa de *Cronbach* para el total del cuestionario fue de 0,94. Los resultados para cada dimensión junto con los valores correspondientes que obtuvieron en el pilotaje de la encuesta “*Medical Office Survey on Patient Safety Culture*” de la *AHRQ* así como en la validación del cuestionario, se muestran en la tabla 14, pudiéndose ver las variaciones. También se han incluido las dimensiones (5b, 6b y 9b) que se incorporaron tras el análisis factorial debidas a la elaboración de nuevas sentencias en la fase de adaptación en las secciones C y D relativas específicamente al personal sanitario.

Los coeficientes alfa de *Cronbach* de 7 dimensiones evaluadas se sitúan entre los valores de 0,70 a 0,94. Las dimensiones “Ritmo y carga de trabajo”, “Formación del personal sanitario”, “Formación del personal no sanitario”, “Procedimientos establecidos en el centro”, “Procedimientos establecidos en el centro (profesionales sanitarios)”, “Seguimiento de la atención a los pacientes” y “Comunicación sobre el error” y “Comunicación sobre el error (profesionales sanitarios)” obtienen valores entre 0,65 y 0,69.

Tabla 14: Alfa de *Cronbach* de las dimensiones en la validación inicial y tras la aplicación del cuestionario a nivel nacional comparado con el pilotaje de la *AHRQ*

Dimensión (preguntas que la integran)	Alfa de <i>Cronbach</i> inicial	Alfa de <i>Cronbach</i> tras la aplicación a nivel nacional	Alfa de <i>Cronbach</i> (Encuesta <i>AHRQ</i>)
1. Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad (A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9).	0,81	0,77	0,86
2. Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (B1 B2 B3 B4).	0,83	0,86	0,90
3. Trabajo en equipo (C1 C2 C5 C13).	0,75	0,74	0,83
4. Ritmo y carga de trabajo (C3 C6 C11 C14).	0,74	0,69	0,76
5. Formación del personal no sanitario (C4 C7 C10).	0,63	0,68	0,80
5b. Formación del personal sanitario (C16 C17 C18).	0,76	0,68	*-
6. Procedimientos establecidos en el centro (C8 C9 C12 C15).	0,78	0,67	0,77
6b. Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales sanitarios (C8 C9 C12 C19).	0,77	0,66	*-
7. Comunicación franca (D1 D2 D4 D10).	0,70	0,70	0,81
8. Seguimiento de la atención a los pacientes (D3 D5 D6 D9).	0,66	0,67	0,78
9. Comunicación sobre el error (D7 D8 D11 D12).	0,69	0,69	0,75
9b. Comunicación sobre el error. Profesionales sanitarios (D13 D8 D11 D14).	0,80	0,68	*-
10. Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente (E1 E2 E3 E4).	0,78	0,70	0,76
11. Aprendizaje organizacional (F1 F5 F7)	0,77	0,78	0,82
12. Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad (F2 F3 F4 F6).	0,74	0,71	0,79

*Dimensiones incorporadas en la adaptación española para recoger expresamente la percepción de los profesionales sanitarios.

5.6 El cuestionario definitivo

Finalmente, tras consenso entre el equipo investigador, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y las responsables del cuestionario en *AHRQ*, el cuestionario fue maquetado y presentó algunas modificaciones con respecto al cuestionario traducido / validado y adaptado previamente (anexo 6). Dichas modificaciones, que fueron consideradas imprescindibles por parte del equipo investigador para mejorar la comprensión y la cumplimentación del mismo, se muestran a continuación en la tabla 15, encontrando disponible el cuestionario en la página de Seguridad del Paciente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad^{110,111}.

Tabla 15: Modificaciones para mejorar la comprensión y cumplimentación del cuestionario

Apartado	Modificación
Título del cuestionario	“CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN AP. Versión española modificada del <i>Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS-AHRQ)</i> ”
Instrucciones para cumplimentar el cuestionario	Reducción de la extensión de la introducción para dar más espacio a los ítems del cuestionario sin alterar el contenido.
En las preguntas correspondientes	Se destacó en negrita el “no” de “no sanitarios” a fin de evitar equívocos y poder ayudar al encuestado en la cumplimentación.
Título de la sección E,	Se denomina APOYO DE LOS LÍDERES en lugar de APOYO AL LIDERAZGO.
Clarificación de la sección E.	Al contestar “SI”, en esta sección, en lugar de indicar “Saltar a la sección F” se redactó “Continúe en la sección F”. Al contestar “NO”, en lugar de “responder a las preguntas de la 1 a la 4 que se muestran a continuación”, se matizó “responda a las preguntas de la 1 a la 4 que se muestran a continuación y luego prosiga el cuestionario en la sección F”.

Pregunta nº 5 de la sección F,	En lugar de “Este centro es capaz de modificar sus procesos para garantizar que los mismos problemas no vuelven a ocurrir”, se redactó “Este centro modifica sus procesos para garantizar que los mismos problemas no vuelven a ocurrir”
Pregunta nº 7 de la sección F.	En lugar de “Cuando introducimos cambios para mejorar la asistencia comprobamos si funcionan”, se redactó “Después de introducir cambios para mejorar la asistencia, comprobamos si funcionan”.
Escala de la sección G.	Tras consenso con <i>AHRQ</i> se modificó el término “Aceptable” de la escala por “Regular”, de cara a permitir el cumplimiento de uno de los objetivos iniciales del proyecto de validación, la comparación internacional.
Tiempo trabajado en el centro de la sección H	Se añadió una categoría a la variable: “más de 20 años”.
Puesto en el centro de la sección H,	Se separó “médico” de “MIR”, se compendió “enfermera” y “matrona”, se añadió “trabajador social” y fue separado de “administrativos y otro personal no sanitario” por las peculiaridades de su puesto y en “otros profesionales sanitarios del centro de salud” se añadieron a los “odontólogos” retirando los puestos “técnicos” que no existen en este ámbito en nuestro país.
Incorporación de variables socio-demográficas de la sección H.	El nº de TSI adscritas al cupo (< 500, 500-1000, 1000-1500, 1500-2000, >2000), la edad (numérica), el sexo (varón/mujer), la situación laboral (fijo/ interino/ eventual), el turno de trabajo (sólo mañana, sólo tarde, mañana y tarde) y si el profesional realiza guardias o no.

5.7 Resultado de la traducción y adaptación de la aplicación informática

Se trata de una herramienta en Excel de explotación de resultados traducida y adaptada a nuestro entorno. La herramienta es la diseñada por la *AHRQ* traducida y adaptada¹¹².

Validación de un cuestionario para medir cultura de seguridad del paciente en los centros de salud españoles

En la pantalla principal se muestran en tres apartados diferentes, las tres utilidades de la herramienta:

Figura 2: Imagen de la pantalla principal de la aplicación informática para el cuestionario.



1. Introducción de datos: Es una tabla para introducir los datos de la encuesta, ordenada según el cuestionario con los siguientes comandos:

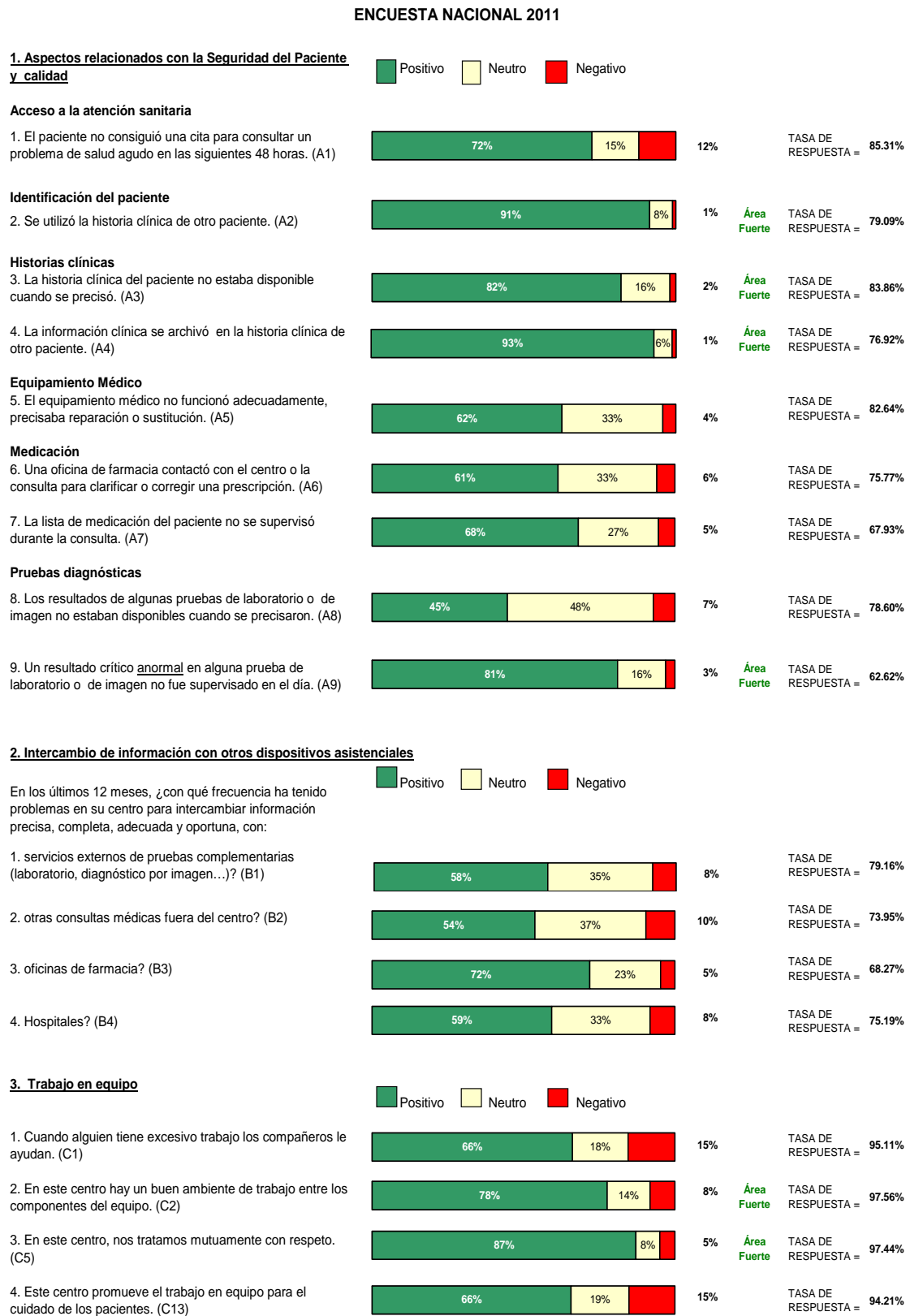
- Instrucciones: Explica cómo utilizar la herramienta.
- Tabla de Introducción de datos: Siguiendo el orden del cuestionario.
- Explicación de los cálculos: Cómo calcula los datos para su presentación.
- Exportar datos: Exporta la hoja con la tabla de datos a un nuevo libro Excel. Para compartir los resultados con su organización se deben seguir las pautas indicadas en el comando de Instrucciones.

2. Resultados de su centro de salud: Los comandos de este apartado devuelven los datos de los cuestionarios introducidos según las variables de la encuesta, presentándolos en porcentajes y en formato de tablas o de gráficos. Igualmente ofrece una explicación de cómo se realizan e interpretan dichos resultados. Para las variables y dimensiones de seguridad de la encuesta, identifica Áreas Fuertes y con Potencial de Mejora con el fin de ofrecer una imagen inmediata de la posición del centro en cuanto a la cultura de seguridad del paciente; también se incluyen los comentarios añadidos por los participantes. Para ello dispone de los siguientes comandos:

- Datos sociodemográficos de la persona encuestada.
- Valoraciones globales sobre la calidad.
- Valoraciones globales sobre la seguridad del paciente.
- Interpretación de resultados de variables y dimensiones.
- Resultados de las variables de la encuesta.
- Resultados de las dimensiones de la encuesta.
- Resultados de las variables por categoría profesional.
- Comentarios de la encuesta.

A continuación se muestra un ejemplo:

Figura 3: Imagen de los resultados de un centro de salud ofrecidos por la aplicación informática.

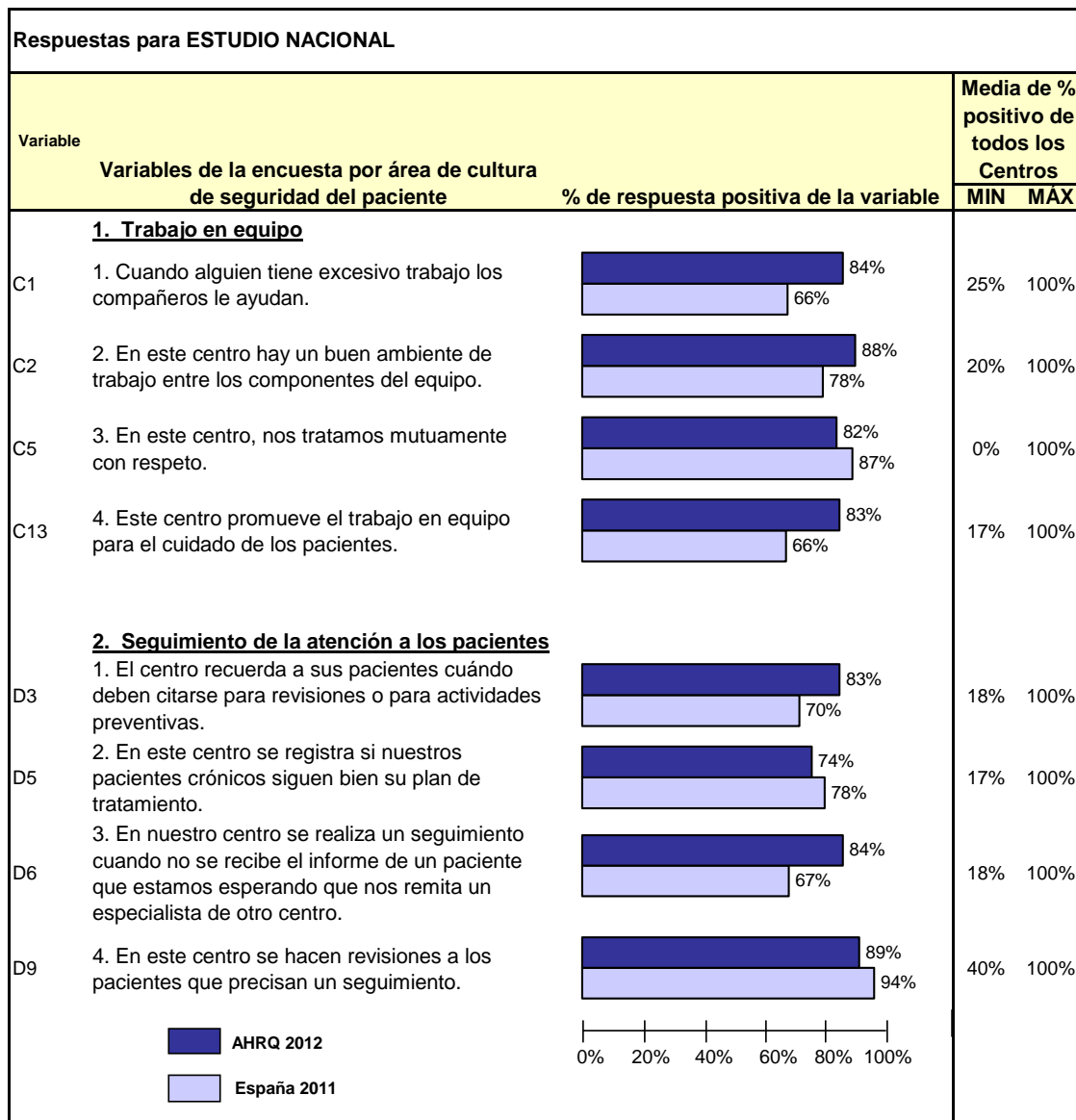


1. Resultados comparativos: Los comandos de este apartado permiten compararse con sus referentes naturales y valorar la distancia positiva o negativa que les separa de ellos.
 - Resultados comparativos de valoraciones sobre la calidad.
 - Resultados comparativos de valoraciones sobre la seguridad del paciente.
 - Resultados comparativos para cada variable.
 - Resultados comparativos para cada dimensión.

Cada apartado puede imprimirse separadamente.

A continuación se muestra un ejemplo:

Figura 4: Imagen de los resultados comparativos ofrecidos por la aplicación informática.



6. DISCUSIÓN

El proceso de traducción y retro-traducción del cuestionario se desarrolló de forma secuencial sin incidencias. Las sucesivas técnicas de *debriefing* aplicadas en las distintas etapas, han aportado clarificaciones y matizaciones en la redacción de las distintas preguntas, que pudieron modificarse, pero también aspectos de mejora, en cuanto a la longitud excesiva del cuestionario y en cuanto a la existencia de preguntas muy conceptuales, que no pudieron incluirse con el fin de mantener la validez interna del propio cuestionario original.

Así las cosas, se mantuvo la versión más ajustada en constructo y formato a la original en inglés de tal forma que permitiera su comparabilidad con los datos recopilados por la *AHRQ*. La intención siempre fue que el cuestionario *MOSPSC*, traducido y validado en español, se pudiera poner a disposición de todos los centros de salud españoles, permitiendo con esta estructura comparaciones internacionales. Se ha visto cumplido este objetivo encontrándose disponible en el momento actual en la página web del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España¹¹⁰.

La versión americana está diseñada específicamente para proveedores de servicios ambulatorios de medicina y personal no sanitario que trabaja en los mismos con la intención de que pueda utilizarse en 4 vertientes:

- Como una herramienta de diagnóstico para evaluar el estado de la cultura de la SP en un consultorio médico,
- Como una intervención para sensibilizar al personal sobre cuestiones de SP,
- Como un mecanismo para evaluar el impacto de las iniciativas de mejora de la SP, y
- Como una forma de seguimiento de los cambios en la cultura de la SP en el tiempo.

El objetivo de esta traducción y validación también fue conseguir elaborar un cuestionario en español que respondiera, por tanto, a los objetivos del cuestionario inicial. ¿Puede afirmarse que el cuestionario traducido responde a estos objetivos en el entorno español?

- Como herramienta de evaluación se ha podido objetivar, tanto en la validación interna como externa, que es un buen instrumento.
- Como intervención para sensibilizar al personal, muchos de los encuestados advirtieron que resulta demasiado largo en la cumplimentación, pero también es cierto que, en las técnicas de *debriefing* los encuestados comentaron que el tema tratado les había resultado muy interesante para considerarlo en su trabajo cotidiano.
- Como mecanismo para evaluar el impacto de iniciativas resulta demasiado largo para utilizarlo de forma habitual. Por ello, para cumplir con este objetivo, podrían utilizarse aquellas preguntas pertenecientes a las dimensiones concretas que se quieran investigar y que estén relacionadas con las iniciativas de mejora puestas en marcha en el centro y no el cuestionario completo.
- Para emplearlo como forma de seguimiento de los cambios en la cultura habría que utilizar el cuestionario de forma periódica (autoevaluación individual y de equipo de AP en SP). Nuevamente, para este uso debería ser más breve y orientado de forma más específica a cada categoría profesional, de forma que pudiera ser una herramienta de autoevaluación periódica de mejora individual atendiendo a las necesidades de cada una de ellas, siendo utilizado como un indicador indirecto de la marcha de las funciones o responsabilidades de cada profesional en el centro de salud en este ámbito.

Teniendo todo lo anterior en cuenta y, para poder dar respuesta tanto a las propuestas de realizar un cuestionario más abreviado como más extenso para recoger las opiniones de todas las categorías profesionales, se han estudiado las propuestas que realiza la guía americana de implementación de cuestionario en cuanto a las posibles modificaciones que permitan, teniendo presentes las sugerencias, mantener la oportunidad de las comparaciones internacionales, añadiendo o quitando variables.

La *AHRQ*, anticipándose a la necesidad de alguna modificación o personalización del cuestionario, ha incluido el estudio y el informe de retroalimentación de plantillas como archivos electrónicos modificables en el sitio web de la *AHRQ*⁷³. Así, recomienda hacer cambios en el cuestionario sólo cuando es absolutamente necesario, ya que cualquier cambio puede afectar a la fiabilidad y la validez del cuestionario y hacer comparaciones con otros centros se haría más difícil. No obstante, existen varias posibilidades para la modificación del cuestionario en el sentido de poder agregar o quitar variables.

Las estrategias que se plantean son las siguientes:

- Adición de variables: *AHRQ* recomienda agregar estos elementos hacia el final del cuestionario, justo antes de la sección de preguntas sobre antecedentes laborales de los profesionales.
- Eliminación de variables: Aunque completar el cuestionario supone unos 15 minutos de tiempo, entre los comentarios libres recogidos en el pilotaje efectuado, el más frecuente hacía referencia a la excesiva exhaustividad de la información solicitada, tanto en número de preguntas como en número de opciones a responder para cada pregunta. Por ello, se plantea como una línea de trabajo e investigación futura la realización de un cuestionario abreviado. La mejor manera de acortar el cuestionario es valorar la eliminación de ciertas dimensiones que, en conjunto y en nuestro entorno de centros de salud, no mereciera la pena explorar (esto significa eliminar

todas las variables de cada dimensión que se valore suprimir para abreviar el cuestionario).

De esta manera, los resultados del cuestionario para nuestros centros en las dimensiones de la cultura de seguridad restantes no modificadas, se podrían comparar, sin ningún problema, con los resultados de otros centros. La eliminación selectiva de elementos dentro de las diversas dimensiones supondría desestructurar el constructo del cuestionario, generando por tanto, un cuestionario nuevo. Este cuestionario no podría ser comparado con ningún otro.

La estructura de la versión traducida, ampliada y adaptada del cuestionario *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* de la AHRQ, evaluada mediante el análisis factorial, se corresponde en gran medida con las dimensiones de dicho cuestionario.

El cuestionario, con las 6 preguntas que se añadieron específicas para profesionales sanitarios, mantiene la validez de constructo del cuestionario original. Las características se muestran adecuadas a pesar de que la pregunta C11, referida a la suficiencia de personal no sanitario para afrontar la respuesta a las demandas de los pacientes, presenta menor poder de discriminación. Creemos que esto puede ser debido a un sesgo de conveniencia social, por la percepción que tienen los profesionales sobre la presión asistencial diaria en nuestra AP de salud agravada por la situación de escasez que vivimos de un tiempo a esta parte en cuanto a recursos humanos se refiere siendo estos aspectos claramente modificables¹¹³.

Los valores del coeficiente alfa de *Cronbach* indican una adecuada consistencia interna del cuestionario y de sus dimensiones. Los resultados obtenidos son parejos a los notificados por la AHRQ en la mayoría de las dimensiones y sólo se observan diferencias acentuadas en las que abordan la formación del personal no sanitario, la comunicación franca o el seguimiento a los pacientes, que pueden deberse al comportamiento de las sentencias C10 y D10 principalmente.

La dimensión sobre “Aspectos relacionados con la SP y calidad”, abarca diferentes aspectos de la SP. La pregunta A1 sobre la accesibilidad de los pacientes, junto con la A5 sobre equipamiento, son las que muestran una correlación más baja con el resto de preguntas, debido, posiblemente, a que la obtención de cita sea interpretada por los profesionales como una actividad diferenciada dentro del proceso asistencial propiamente dicho y, de hecho, realizada en muchas ocasiones por personal de diferente categoría profesional.

La menor consistencia de la pregunta B3, que analiza la frecuencia de problemas de intercambio de información con oficinas de farmacia, posiblemente se deba a la menor frecuencia con la que, en nuestro sistema, a diferencia del americano, los centros de salud se relacionan con estas oficinas, en comparación con otros dispositivos asistenciales con los que la relación es habitual. Sin embargo, esta realidad está cambiando en los equipos de AP desde la implantación de la receta electrónica que ha supuesto tanto una necesidad como una mejora de la coordinación y comunicación entre centros de salud y oficinas de farmacia.

Todas las sentencias de la dimensión “Ritmo y carga de trabajo” hacen referencia a la suficiencia de recursos para dar respuesta a la población asignada, pero mientras que la pregunta C11 hace mención explícita al personal no sanitario, el resto pueden interpretarse como referidas a procesos asistenciales. De hecho, la no respuesta que acumula esta pregunta procede mayoritariamente de profesionales sanitarios que, por otra parte, responden masivamente al resto de preguntas de la dimensión. Nuevamente se pone de manifiesto la diferencia en nuestro medio en cuanto a competencias y funciones se refiere entre categorías profesionales.

Las preguntas C10 y C18 se integran, respectivamente, en las dimensiones que tratan sobre la formación del personal no sanitario y sanitario. Llama la atención que, en las dos dimensiones, se repita la menor consistencia de la pregunta que aborda los mismos contenidos: “al personal sanitario / no sanitario se le pide

realizar tareas para las que no ha sido formado”. Los encuestados pueden percibir en esta sentencia algún matiz que las separa de las otras dos sentencias con las que, a priori, comparte dimensión alejando su interpretación de la relación que se establece entre la formación y el trabajo que realiza.

En la dimensión “Comunicación franca”, las primeras preguntas hacen referencia al proceso de comunicación en el que interviene el personal no sanitario, la D1 y la D2 en relación con la comunicación abierta entre sanitarios y no sanitarios y la D4 sobre la disposición a la comunicación de problemas. Sin embargo la D10 no se refiere de forma específica y explícita al personal no sanitario y puede compartir con la D4 el contexto de comunicación en situaciones conflictivas.

La inconsistencia de la pregunta F6, “En este centro es más importante realizar más trabajo que la calidad de la atención”, se puede deber a la diferencia de contenidos a los que alude en relación con el resto de las preguntas de la dimensión “Percepciones generales sobre la SP y la calidad”, las cuales tienen que ver más con los fallos concretos que se producen en el centro de trabajo y su prevención, que con el estilo de dirección.

Es cierto que el alfa de *Cronbach* total y en general los de la mayoría de las dimensiones, descienden tras la aplicación del cuestionario a nivel nacional, excepto en las dimensiones “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales” (de 0,83 pasa a 0,86), “Formación del personal no sanitario” (de 0,63 a 0,68), “Seguimiento de la atención a los pacientes” (de 0,66 a 0,67) y “Aprendizaje organizacional” (de 0,77 a 0,78). En “Comunicación sobre el error” el alfa se mantiene sin cambios. Sin embargo es necesario destacar que, la mayoría de los valores son aceptables y reiteran la adecuada consistencia interna del cuestionario y de sus dimensiones, fiables para medir y evaluar la cultura de seguridad en la AP de nuestro sistema de salud.

El análisis factorial revela una estructura factorial del cuestionario adaptado algo más compleja que la del propuesto por la *AHRQ*, si bien hay que tener en cuenta

que se han incorporado 6 sentencias más. Los 15 componentes extraídos explican más de dos tercios de la variabilidad y puede concluirse que la estructura factorial de ambos cuestionarios es muy similar y la correspondencia con las dimensiones identificadas en el *MOSPSC* de la *AHRQ* es satisfactoria.

Siete de las doce dimensiones del cuestionario *AHRQ* tienen un fiel reflejo en los factores identificados en el análisis factorial de forma que estos contienen todas las preguntas de las dimensiones correspondientes. En tres dimensiones, la de “Aspectos relacionados con la SP y calidad”, “Formación del personal no sanitario” y “Comunicación sobre el error “ se identifican otros tantos factores que mantienen todas las preguntas menos una, la A1, la C10 y la D11. Finalmente en dos dimensiones “Comunicación franca” y “Percepciones generales sobre la SP y la calidad” se produce una división de sus componentes.

Los resultados del análisis factorial concuerdan con los obtenidos en la consistencia interna de forma que las preguntas que se segregan de sus dimensiones y se adscriben a otras distintas son las mismas que, en el análisis de fiabilidad, mostraban menor consistencia en sus dimensiones (A1, C10, C18, D10).

Comentario especial merece el estudio de la no respuesta. En general, parece que se muestra muy condicionado por la distinta organización del sistema sanitario en un país y otro y el papel claramente diferenciado que en nuestro sistema juega cada profesional, con tareas también claramente diferenciadas a las de los profesionales americanos y, a su vez, muy diferentes entre profesionales sanitarios y no sanitarios en nuestro país. Estas diferencias son patentes a lo largo de todo el cuestionario como se describe más someramente a continuación.

Las secciones que presentan una mejor respuesta son las que hacen una “Valoración global de la calidad y de la SP”, seguidas de la sección “Trabajando en el centro de salud”. Por el contrario las secciones que acumulan una mayor frecuencia de preguntas sin respuesta son la A (4 de 9), la B (3 de 4), la D (6 de 12) y la F (6 de 7) que se corresponden con las dimensiones *AHRQ* de “Aspectos

relacionados con la SP y calidad”, “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales”, “Aprendizaje organizacional” y “Percepciones generales sobre la SP y la calidad”. Estas dimensiones acumulan todas las preguntas con una tasa de no respuesta superior a 15%. No obstante, se percibe una diferencia notable en el origen de la no respuesta, de forma que en las sentencias de las dos primeras dimensiones mencionadas, la no respuesta es a expensas de la opción “No lo sé / no procede”, mientras que en el caso de las sentencias correspondientes al “Aprendizaje organizacional” y “Percepciones generales sobre la SP y la calidad” los encuestados no han marcado ninguna opción de respuesta.

Como se ha comentado ya, en todas las dimensiones se observa un comportamiento de respuesta diferente entre las distintas categorías profesionales, tanto entre sanitarios y no sanitarios como entre médicos y enfermeras. Con excepción de la sección F que agrupa las dimensiones de “Aprendizaje organizacional” y “Percepciones generales sobre la SP y la calidad”, las diferencias observadas pueden deberse a las características de los conceptos que valoran las diferentes preguntas, de forma que las sentencias que se refieren a una determinada categoría, como por ejemplo el personal no sanitario, posiblemente inducen a que las categorías no aludidas opten por la respuesta “no lo sé / no procede”. De igual manera las preguntas que abordan temas clínicos o asistenciales reflejan diferencias referidas a la organización de actividades o a la competencia de funciones.

En resumen, el patrón de respuesta puede reflejar que las personas encuestadas no consideran que los aspectos abordados en la encuesta les incumban de igual manera, lo que genera una frecuencia tan elevada de respuestas de la opción “no lo sé / no procede”.

Destaca la frecuencia de no respuesta en las dimensiones “Aprendizaje organizacional” y “Percepciones generales sobre la SP y la calidad” (sección F del cuestionario) porque las preguntas de estas dimensiones no se refieren a aspectos

específicos que afecten a un determinado colectivo, ni se requiere, para su respuesta, disponer de una información de difícil acceso. Por el contrario, hacen referencia a aspectos centrales de la cultura de la SP que pueden afectar a todos los trabajadores del centro de salud, tanto personal sanitario como no sanitario. La falta de selección de una respuesta, incluida la opción “no lo sé / no procede”, puede sugerir simplemente que no se ha realizado un planteamiento previo de estas cuestiones dejando traslucir una pobre cultura de SP.

Esta falta de respuesta detectada está también justificada con los comentarios del *debriefing* y con las observaciones recogidas en el apartado de sugerencias del propio cuestionario comentadas al inicio.

Para poder dar respuesta a estas sugerencias se ha analizado con la guía americana de implementación del cuestionario las posibles modificaciones factibles de aplicar al cuestionario para adaptarlo a la realidad española y a la vez permitir su comparabilidad con la americana. De esta forma, el cuestionario *MOSPSC* traducido y validado, ha sido desarrollado de forma lo suficientemente general como para poder ser utilizado en la mayoría de los consultorios médicos.

Como puede verse en los ejemplos incluidos, la herramienta de análisis que acompaña al cuestionario permite obtener también los resultados personalizados en cada equipo, el análisis pormenorizado y por dimensiones y la comparación con los resultados nacionales e internacionales de la *AHRQ 2012*.

Los resultados así obtenidos, permiten establecer estrategias de mejora para el futuro, aunque es patente el hecho de que, siendo un cuestionario con un gran número de ítems a cumplimentar, pudiera suponer un inconveniente para su uso en repetidas ocasiones.

Por ello, como línea de investigación futura se ha identificado la mejora del cuestionario en relación a su extensión y formato. Se considera que el diseño de una versión abreviada del cuestionario facilitaría su utilización como herramienta

de autoevaluación periódica en los equipos y servicios de salud en el ámbito de la AP.

Es preciso destacar nuevamente que, uno de los objetivos perseguidos desde el inicio de la validación, ha sido la comparabilidad internacional y que este cuestionario pueda ser utilizado por cualquier centro, diseñando un formato estándar de resultados sobre cultura de seguridad para los EAP basado en la herramienta de explotación que tiene la *AHRQ* para el *MOSPSC*.

Así, para mantener las utilidades de la herramienta (comparación con otras organizaciones) y la opción de utilizar para la encuesta sólo el cuestionario de la versión original, se ha optado por un desarrollo de la herramienta para el análisis de la encuesta española “versión adaptada” y conservar como espejo la herramienta en “versión original”, tal como se explica en el método.

Esta es la razón primordial de que en la herramienta se exploten también las 3 dimensiones desdobladas para sanitarios obteniendo por tanto 15 dimensiones y no 12 como en la encuesta original, respetando en todo momento la estructura de las dimensiones de la “versión original”.

Esta herramienta permite así, a los EAP y a los servicios de salud de las diferentes comunidades autónomas, realizar una autoevaluación de la evolución de la cultura de seguridad del paciente en su ámbito, al mismo tiempo que comparar sus resultados con los registros de la base de datos disponible de la *AHRQ*.

Con posterioridad a la realización de este trabajo, ha sido realizada otra traducción del cuestionario por la *AHRQ*. Nuestro cuestionario fue validado en 2010 como puede comprobarse en el informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicado (Estudio financiado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con el nº: 20110341). Ambos cuestionarios no son iguales. Nuestra pretensión fue, además de realizar su traducción lingüística, lograr su adaptación transcultural, de forma que el cuestionario pudiese ser contestado por los profesionales de la AP de nuestro país, con una cultura y un sistema sanitario muy diferente al americano. Si los británicos emplearan este mismo cuestionario, probablemente, tendrían que pilotarlo también en primera instancia por esta misma razón y validarlo si fuese necesario.

El hecho de que una herramienta funcione en un ámbito, contexto o lugar no significa que funcione en otro similar. De aquí viene la trascendencia de pilotar y validar cualquier herramienta que vaya a ser utilizada en otro ámbito, contexto o lugar.

A pesar de la coexistencia de este cuestionario con el cuestionario traducido por la *AHRQ*, debe conocerse y destacarse que, durante todo el proceso de traducción se mantuvieron contactos periódicos con las autoras del cuestionario original consensuando las decisiones adoptadas en cada momento y siendo el modelo que representa mejor las particularidades de la AP española.

7. CONCLUSIONES

1. Se ha traducido el cuestionario "*Medical Office Survey on Patient Safety Culture*" (*MOSPSC*) y se ha realizado una versión adaptada, con 6 nuevas preguntas, para medir la cultura de seguridad del paciente en atención primaria en España.
2. El proceso de traducción-retrotraducción del cuestionario seleccionado (*MOSPSC* de la *AHRQ*) ha supuesto la adaptación de conceptos al entorno de atención primaria en España sin modificar el número de ítems.
3. El análisis factorial revela una estructura del cuestionario adaptado algo más compleja que la del original de la *AHRQ*. No obstante, la correspondencia de las dimensiones del *MOSPSC* de la *AHRQ* con las identificadas en el cuestionario en español adaptado es satisfactoria.
4. La evaluación realizada nos hace concluir que el cuestionario de la *AHRQ* traducido, adaptado y ampliado es, para nuestro medio, un instrumento válido, fiable, consistente y de fácil manejo para la medición de la cultura de la seguridad en atención primaria.
5. La herramienta de análisis automático ha sido traducida al español y adaptada a nuestro entorno completando así el proyecto y permitiendo difundir de una forma más eficiente la cultura de SP en atención primaria en España.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹Kaldjian LC, Weir RF, Duffy TP. A Clinician's Approach to Clinical Ethical Reasoning. *J Gen Intern Med.* Mar 2005; 20: 306–11. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1490072/> [Consultado el 30 de marzo de 2014]

²Moser R. Diseases of medical progress. *N Engl J Med.* 1956; 255: 606.

³Gervás J, Pérez Fernández M. Genética y Prevención cuaternaria. El ejemplo de la hemocromatosis. *Aten Primaria.* 2003;32:158-62. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/articulo/genetica-prevencion-cuaternaria-el-ejemplo-13049901> [Consultado el 19 de marzo de 2014]

⁴Aranaz J, Mollar J, GEA M. Efectos adversos en el siglo XXI. La epidemia silenciosa. *Monografías Humanitas.* 2004; 8:59-69. Disponible en: http://www.fundacionmhm.org/fondo_editorial.html [Consultado el 19 de marzo de 2014]

⁵The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.1 Final technical report. Ginebra: WHO; 2009. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/publications/en/> [Consultado el 19 de marzo de 2014]

⁶Aibar C, Aranaz J. ¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la atención hospitalaria? *An Sis Sanit Navar* 2003; 26:195-209. Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5105/4321> [Consultado el 19 de marzo de 2014]

⁷Mills DH, ed. Medical insurance feasibility study. A technical summary. *West J Med.* 1978;128:360-5.

⁸Brennan TA, Leape LL, Laird N, Hebert M, Localio AR, Lawthers A et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard medical practice study I. *N Engl J Med* 1991; 324: 370-6. Disponible en: <http://content.nejm.org/cgi/content/short/324/6/370> [Consultado el 19 de marzo de 2014]

⁹Leape LL, Brennan T, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard medical Practice Study II. *N Engl J Med.* 1991; 324: 377-84. Disponible en: <http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/324/6/377> [Consultado el 19 de marzo de 2014]

¹⁰ Studdert DM, Thomas EJ, Burstin HR, Zbar BIW, Orav E J, Brennan T A. Negligent care and malpractice claiming behavior in Utah and Colorado. *Med Care.* 2000; 38: 250-60. Disponible en: <http://www.jstor.org/pss/3767189> [Consultado el 19 de marzo de 2014]

¹¹ Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care.* 2000; 38: 261-71. Disponible en: <http://www.jstor.org/pss/3767190> [Consultado el 19 de marzo de 2014]

¹²Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian Health-Care Study. *Med J Aust.* 1995;163: 458-71. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?rep=rep1&type=pdf&doi=10.1.1.217.5840> [Consultado el 19 de marzo de 2014]

¹³ Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: Preliminary Retrospective Record Review. *Br J Med.* 2001; 322: 517-9. Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/reprint/322/7285/517> [Consultado el 19 de marzo de 2014]

¹⁴ Schioler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen PS, Bech KB, Stockmarr A, et al. Incidence of adverse events in hospitals. A Retrospective Study of Medical Records. *Ugeskr Laeger.* 2001; 163: 5370-8.

¹⁵Davis P, Lay-Yee R, Schug S, Briant R, Scott A, Johnson S, et al. Adverse events regional feasibility study: indicative findings. *N Z Med J.* 2001; 114: 203-5.

¹⁶Baker RG, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *JAMC.* 2004; 170: 1678-86. Disponible en: <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/170/11/1678> [Consultado el 19 de marzo de 2014]

¹⁷Forster AJ, Asmis TR, Clark HD, Saied GA, Code CC, Caughey SC, et al. Ottawa Hospital Patient Safety Study: Incidence and timing of adverse events in patients admitted to a Canadian teaching hospital. *Can Med Assoc.* 2004; 170: 1235-40. Disponible en: <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/170/8/1235> [Consultado el 19 de marzo de 2014]

¹⁸ Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; Febrero 2006. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf [Consultado el 19 de marzo de 2014]

¹⁹ Kohn L, Corrigan J, Donalson MS (eds). To err is human: building a safer health system. Washington, D.C: National Academy Press, 1999. Disponible en: <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371> [Consultado el 19 de marzo de 2014]

²⁰ Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington DC: National Academic Press; 2001. Disponible en: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10027 [Consultado el 19 de marzo de 2014]

²¹ An Organization with a Memory: Report of an Expert Group on Learning from Adverse events in the NHS. London: Department of Health; 2000. Disponible en: <http://www.aagbi.org/sites/default/files/An%20organisation%20with%20a%20memory.pdf> [Consultado el 19 de marzo de 2014]

²² Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: Preliminary Retrospective Record Review. Br J Med 2001; 322: 517-519. Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/reprint/322/7285/517> [Consultado el 19 de marzo de 2014]

²³ Estudio de Evaluación de la seguridad de los sistemas de utilización de medicamentos en los hospitales españoles (2007). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/evaluacionSeguridadSistemasMedicamentos.pdf> [Consultado el 19 de febrero de 2014]

²⁴ Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Resultados de su medición en una muestra de hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Indicadores_buenas_practicas_SP_Resultados_medicion_hospitales_SNS.pdf [Consultado el 19 de febrero de 2014]

²⁵ Borrell i Carrió F, Páez Regadera C, Suñol Sala R, Orrego Villagan C, Gil Terrón N, Martí Nogués M. Errores clínicos y eventos adversos: percepción de los médicos de Atención Primaria. Aten Primaria. 2006; 38:25-32. Disponible en <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/errores-clinicos-eventos-adversos-percepcion-los-medicos-13090027-originales-2006> [Consultado el 19 de marzo de 2014]

²⁶ Rubin G, George A, Chinn D J, Richardson C. Errors in general practice: development of an error classification and pilot study of a method for detecting errors. Qual Saf Health Care. 2003; 12:443-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1758031/pdf/v012p00443.pdf> [Consultado el 19 de marzo de 2014]

-
- ²⁷ Makeham MAB, Kidd MR, Saltman DC, Mira M, Bridges-Webb C, Cooper C, et al. The Threats to Australian Patient Safety (TAPS) study: incidence of reported errors in general practice. *MJA* 2006 Jul 17; 185:95-8. Disponible en: <https://www.mja.com.au/journal/2006/185/2/threats-australian-patient-safety-taps-study-incidence-reported-errors-general> [Consultado el 19 de marzo de 2014]
- ²⁸ Sandars J, Esmail A. The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. *Family Practice* 2003; 20:231-6. Disponible en: <http://fampra.oxfordjournals.org/content/20/3/231.full> [Consultado el 19 de marzo de 2014]
- ²⁹ Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/e-epidemiologicos/2006/> [Consultado el 19 de marzo de 2014]
- ³⁰ Makeham M, Dovey S, Runciman W, Larizgoitia I. Methods and Measures used in Primary Care Patient Safety Research. Results of a literature review. Ginebra: WHO; 2008. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/primary_care_ps_research/en/index.html [Consultado el 19 de marzo de 2014]
- ³¹ Safer Primary Care. A global challenge. Summary of the inaugural meeting. The Safer Primary Care Expert Working Group. Ginebra: WHO; 2012. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/safer_primary_care/en/index.html [Consultado el 19 de marzo de 2014]
- ³² Organising for safety: Third report of the ACSNI study group on human factors. Sudbury UK: HSE Books. Health and Safety Commission Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations; 1993.
- ³³ Hines S, Luna, K, Lofthus J, Marquardt M, Stelmokas D. Becoming a High Reliability Organization: Operational Advice for Hospital Leaders. (Prepared by the Lewin Group under Contract No. 290-04-0011.) AHRQ Publication No. 08-0022. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. April 2008.
- ³⁴ Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. 2003; 12 (suppl II):ii17-ii23. Disponible en: http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2.toc [Consultado el 20 de marzo de 2014]
- ³⁵ Does improving safety culture affect patient outcomes? Londres: The Health Foundation Inspiring Improvement; November 2011. Disponible en: <http://www.health.org.uk/publications/does-improving-safety-culture-affect-patient-outcomes/> [Consultado el 20 de marzo de 2014]

³⁶Measuring safety culture. Londres: The Health Foundation Inspiring Improvement; February 2011. Disponible en: <http://www.health.org.uk/publications/measuring-safety-culture/> [Consultado el 20 de marzo de 2014]

³⁷Safe Practices for Better Healthcare: Summary: A Consensus Report. August 2003. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/nqfpract.html> [Consultado el 20 de marzo de 2014]

³⁸ La seguridad del paciente: Un reto europeo. Varsovia: Consejo de Europa; 2005. Disponible en: http://www.strasbourgre.mfa.gov.pl/en/poland_in_the_council_of_europe/polish_chairmanship_of_the_coe_committee_of_ministers/patient_safety_conference [Consultado el 20 de marzo de 2014]

³⁹ Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm> [Consultado el 20 de marzo de 2014]

⁴⁰10 Patient Safety Tips for Hospitals. December 2009. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/patients-consumers/diagnosis-treatment/hospitals-clinics/10-tips/index.html> [Consultado el 20 de marzo de 2014]

⁴¹Achieving a culture of safety. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; Octubre 2012. Disponible en <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=5> [Consultado el 14 de agosto de 2013]

⁴² Reason J. Managing the risks of organizational accidents. Aldershot, UK: Ashgate; 1997

⁴³ Jones KJ, Skinner A, Xu L, Sun J, Mueller K. The AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Tool to Plan and Evaluate Patient Safety Programs. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, et al., editors. Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 2: Culture and Redesign). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Aug. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43699/> [Consultado el 20 de marzo de 2014]

⁴⁴ Sammer C, Lykens K, Singh K, Mains D, Lackan N. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. Journal of Nursing Scholarship, 2010; 42:2, 156–65.

- ⁴⁵ Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf.* 2011; 20:338-43.
- ⁴⁶ Singla AK, Kitch BT, Weissman JS, Campbell EG. Assessing Patient Safety Culture: A Review and Synthesis of the Measurement Tools. *J Patient Saf.* 2006; 2: 105-15.
- ⁴⁷ Dovey SM, Meyers DS, Phillips Jr RL, Green LA, Fryer GE, Galliher JM, et al. A Preliminary Taxonomy of Medical Errors in Family Practice. *Qual Saf Health Care.* 2002; 11:233-38.
- ⁴⁸ Dovey S, Phillips R, Green L. Medical errors affecting vulnerable primary care patients in six countries: A report of the LINNAEUS Collaboration. Academy for Health Services Research and Health Policy Annual Research Meeting; Washington, DC: AHSRHP; 2002.
- ⁴⁹ Dovey S, Phillips R, Green L, Fryer GE. Types of Medical Errors Commonly Reported by Family Physicians. *Am Fam Physician.* 2003; 67:697.
- ⁵⁰ Seven Steps to Patient Safety for Primary Care. The Full Reference Guide. Londres: National Health Service. National Patient Safety Agency, 2006. Disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=59804> [Consultado el 28 de octubre de 2012]
- ⁵¹ Elder NC, McEwen TR, Flach JM, Gallimore JJ. Management of Test Results in Family Medicine Offices. *An Fam Med.* 2009; 7: 343-51.
- ⁵² Medical Office Survey on Patient Safety Culture: Items and Dimensions. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2010. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/qual/mosurvey08/> [Consultado el 19 de marzo de 2014].
- ⁵³ Modak I, Thomas E, Sexton J, Lux T, Cheng L, Helmreich R. Measuring Safety Culture in the Ambulatory Setting: The Safety Attitudes Questionnaire—Ambulatory Version. *J Gen Intern Med.* 2007; 22:1-5.
- ⁵⁴ Schutz AL, Counte MA, Meurer S. Development of a Patient Safety Culture Measurement Tool for Ambulatory Health Care Settings: Analysis of Content Validity. *Health Care Management Science.* 2007; 10:139-49.
- ⁵⁵ Kirk S, Parker D, Claridge T, Esmail A, Marshall M. Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. *Qual Saf Health Care.* 2007; 16: 313-20.
- ⁵⁶ Palacios-Derflingher L, O'Beirne M, Sterling PD, Zwicker K, Harding BK, Ann Casebeer. Dimensions for Patient Safety Culture in Family Practice. *Healthcare Quarterly.* 2010; 13: 121-7.

- ⁵⁷ Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care*. 2005; 14:364-6.
- ⁵⁸ Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care*. 2006; 15:109-15.
- ⁵⁹ Use of Patient Safety Culture Instruments and Recommendations. Denmark: EUNetPaS; March 2010. Disponible en: http://90plan.ovh.net/~extranetn/images/EUNetPaS_Publications/eunetpas-report-use-of-psci-and-recommandations-april-8-2010.pdf [Consultado el 20 de marzo de 2014]
- ⁶⁰ Hospital Survey on Patient Safety Culture. July 2013. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html> [Consultado el 20 de marzo de 2014]
- ⁶¹ Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Challenging patient safety culture: survey results. *Int J Health Care Qual Assur*. 2007; 20:620-32.
- ⁶² Olsen E. Workers' perceptions of safety culture at a hospital. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2007; 127:2656-60.
- ⁶³ Al-Ahmadi HA. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Qual Saf Health Care*. 2010; 19:e17.
- ⁶⁴ Al-Ahmadi TA. Measuring patient safety culture in Riyadh's hospitals: a comparison between public and private hospitals. *J Egypt Public Health Assoc*. 2009; 84:479-500.
- ⁶⁵ Bodur S, Filiz E. Validity and reliability of Turkish version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. *BMC Health Serv Res*. 2010; 10:28.
- ⁶⁶ El-Jardali F, Jaafar M, Dimassi H, Jamal D, Hamdan R. The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline. *Int J Qual Health Care*. 2010; 22:386-95.
- ⁶⁷ Smits M, Christiaans-Dingelhoff I, Wagner C, Wal G, Groenewegen PP. The psychometric properties of the 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' in Dutch hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8:230.
- ⁶⁸ Smits M, Wagner C, Spreeuwenberg P, van der Wal G, Groenewegen PP. Measuring patient safety culture: an assessment of the clustering of responses at unit level and hospital level. *Qual Saf Health Care*. 2009; 18:292-6.

⁶⁹ Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis cultura SP ambito_hospitalario.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf) [Consultado el 20 de marzo de 2014]

⁷⁰ Silvestre C, Gost J, Lameiro F, Layana E, Abad J. Cultura de seguridad en Atención Primaria. Ponencias de la 1ª Jornada para la Mejora de la Seguridad del Paciente en Atención Primaria; San Sebastián; 2008. ISBN: 978-84-691-5215-7. Disponible en: http://www.seguridadpaciente.com/2008/J_2008_primera.htm [Consultado el 20 de marzo de 2014]

⁷¹ Bodur S, Filiz E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *Int J Qual Health Care*. 2009; 21:348–55.

⁷² Zwart, Langelaan M, van de Vooren RC, Kuyvenhoven MM, Kalkman CJ, Verheij TJM, et al. Patient safety culture measurement in general practice. Clinimetric properties of 'SCOPE'. *BMC Family Practice*. 2011; 12:117.

⁷³ Medical Office Survey on Patient Safety Culture. August 2013. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient_safety/patientsafetyculture/medical-office/index.html [Consultado el 20 de marzo de 2014]

⁷⁴ Patient Safety. United Kingdom: National Health Service. 2006. Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF). Facilitator Guidance. Disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59796> [Consultado el 20 de marzo de 2014].

⁷⁵ Wallis K, Dovey S. Assessing patient safety culture in New Zealand primary care: a pilot study using a modified Manchester Patient Saety Framework in Dunedin general practices. *J Prima Health Care*. 2011; 3:35-40.

⁷⁶ Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, BoydenJ, et al. The safety attitudes questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res*. 2006; 6:44.

⁷⁷ Norden-Hagg A, Sexton JB, Kalvemark-Sporrong S, Ring L, Kettis-Lindblad A. Assessing safety culture in pharmacies: the psychometric validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in Sweden. *BMC Clin Pharmacol*. 2010; 10:8.

⁷⁸Hoffmann B, Domanska OM, Albay Z, Muller V, Guethlin C, Thomas E, Gerlach F. The Frankfurt Patient Safety Climate Questionnaire for General Practices (FraSiK): analysis of psychometric properties. *BMJ Qual Saf.*2011; 20:9797-805.

⁷⁹Norden-Hagg A, Sexton JB, Kalvemarm-Sporrong S, Ring L, Kettis-Lindblad A. Assessing safety culture in pharmacies: the psychometric validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in Sweden. *BMC Clin Pharmacol.*2010; 10:8.

⁸⁰Deilkas ET, Hofoss D. Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006). *BMC Health Serv Res.*2008; 8:191.

⁸¹Lee WC, Wung HY, Liao HH, Lo CM, Chang FL, Wang PC, Fan A, Chen HH, Yang HC, Hou SM. Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using Chinese version Safety Attitude Questionnaire. *BMC Health Serv Res.* 2010; 10:234.

⁸² Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. BOE núm. 27 (1 de febrero de 1984): 2627 a 2629. Disponible en http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1984-2574 [Consultado el 20 de marzo de 2014]

⁸³ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102 (29 de abril de 1986): 15207 a 15224. Disponible en https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499 [Consultado el 20 de marzo de 2014]

⁸⁴ Resolución de 21 de enero de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a la actualización de la cuantía máxima correspondiente a los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC de aportación reducida, y se actualizan los límites máximos de aportación mensual para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria. BOE nº 225 (31 de enero de 2013): 73113 a 73118. Disponible en http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-9709 [Consultado el 20 de marzo de 2014]

⁸⁵ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102 (29 de abril de 1986): 15207 a 15224. Disponible en https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499 [Consultado el 20 de marzo de 2014]

⁸⁶ Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE nº 222 (16 de septiembre de 2006): 32650 a 32679. Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/2006/09/16/pdfs/A32650-32679.pdf> [Consultado el 20 de marzo de 2014]

⁸⁷ECO-SALUD OCDE 2004. Disponible en: <http://www.gestion-sanitaria.com/1-sistemas-sanitarios-union-europea.html> [Consultado el 20 de marzo de 2014]

⁸⁸ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE nº 280 (22 de noviembre de 2003): 41442-41458. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/formacionContinuada/docs/Ley44_2003_LOPS.pdf [Consultado el 20 de marzo de 2014]

⁸⁹ Ezkurra Loyola P, Sanchez Martin I, Aseginolaza Iparagirrea I, Zubeldia Beldarraina E, Agirre Landa M. Alcance total en la certificación de procesos de una unidad de Atención Primaria de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Rev Calid Asist. 2006. 21: 271-6.

⁹⁰ Simón R, Guix J, Nualarta L, Surroca RM, Carbonell JM. Utilización de modelos como herramienta de diagnóstico y mejora de la calidad: EFQM y Joint Commission. Rev Calid Asist. 2001. 16: 308-12.

⁹¹ Davins Miralles J, Calvet Junoy S, Pareja Rossell C. Experiencia del plan de mejora de la calidad del Centro de Salud La Mina (1989-2004). Aten Primaria. 2006; 38:501-5.

⁹² Gens Barberà M, Palacios Llamazares L, Hernández Vidal N, Vidal Esteve E. Metodología utilizada para la acreditación externa en calidad en un centro de salud. Aten Primaria. 2008.40:577-80.

⁹³ Palacio F, Pascual I, Daniel J. Modelo europeo de excelencia. Aplicación en primaria de un modelo adaptado: resultados. Rev Calid Asist. 2002; 17:87-92.

⁹⁴ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP). Disponible en: <https://www.sinasp.es/> (actualizado el 24 de enero de 2014/consultado el 20 de marzo de 2014)

⁹⁵ Organización Médica Colegial de España. Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2011. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf [Consultado el 20 de marzo de 2014]

⁹⁶ Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE núm. 298 (de 14/12/1999):43088-43099. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf> [Consultado el 20 de marzo de 2014]

⁹⁷ Martín MC, Cabré L. Aspectos éticos y legales sobre la seguridad del paciente. *Revista de Bioética y Derecho*. 2009; 15: 6-14.

⁹⁸ El establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos en el sector sanitario: aspectos legales. Informe. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Establecimiento_Sistema_Nacional_Notificacion.pdf [Consultado el 20 de marzo de 2014]

⁹⁹ Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. BOE núm. 27 (1 de febrero de 1984): 2627 a 2629. Disponible en http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1984-2574 [Consultado el 20 de marzo de 2014]

¹⁰⁰ López C. Aprendizaje organizacional. 2003. Disponible en: www.gestiopolis.com [Consultado el 20 de marzo de 2014]

¹⁰¹ Speber AD. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology*. 2004; 126: S124-S128.

¹⁰² Szigriszt Pazos, F. Inflesz. Legibilidad.com; 2007 [acceso el 20 de febrero de 2014]. Disponible en <http://www.legibilidad.com/home/acercade.html> [Consultado el 20 de marzo de 2014]

¹⁰³ Hess J, Singer E. The role of respondent *debriefing* questions in questionnaire development. *Proceedings of the American Statistical Association (Survey Research Methods Section)*. Alexandria, VA: American Statistical Association, 1075-1080; 1995.

¹⁰⁴ Hughes KA. Comparing pretesting methods: cognitive interviews, respondent *debriefing* and behavior coding. *Research Report Series: Survey Methodology 2004-2*. Washington DC: Statistical Research Division; 2004.

¹⁰⁵ Alliende González F. *La legibilidad de los textos*. Santiago de Chile: Ed. Andrés Bello; 1994.

¹⁰⁶ Bland JM, Altman DG. *Statistics notes: Cronbach's alpha*. *BMJ*. 1997;314:572.

¹⁰⁷ González-Valcárcel B. *Análisis de componentes principales*. En: *Análisis multivariante. Aplicación al ámbito sanitario*. Barcelona: SG Editores; 1991.

¹⁰⁸ Medical Office Survey on Patient Safety Culture: 2012 User Comparative Database Report. May 2012. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/2012/index.html> [Consultado el 20 de marzo de 2014]

¹⁰⁹ Distribution of AHRQ Database Medical Offices (2012) Compared With U.S. Table 1-2. Economic Census (2007) and NAMCS (2005-2006) Data by Region: 2012 User Comparative Database Report: Medical Office Survey on Patient Safety Culture. May 2012. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/2012/mosurv12tab1-2.html> [Consultado el 20 de marzo de 2014]

¹¹⁰ Seguridad del Paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010. Traducción y validación de la encuesta de la AHRQ para medir la cultura de la seguridad del paciente en Atención Primaria <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/participacion/profesionales/proyectos-sccc/semfyc/2010/> [Consultado el 20 de marzo de 2014]

¹¹¹ Torijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G, Astier-Peña MP, Maderuelo-Fernández JA, Silvestre-Busto C. Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de Atención Primaria en España. *Aten Primaria*. 2013; 45:21-37.

¹¹² Seguridad del Paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Aplicación informática para la entrada y análisis de los datos recogidos a través del cuestionario MOSPSC. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/participacion/profesionales/proyectos-sccc/semfyc/2010/> [Consultado el 20 de marzo de 2014]

¹¹³ Simó J, Gervas J. Gasto sanitario en Atención Primaria en España: insuficiente para ofrecer servicios atractivos para pacientes y profesionales. *Informe SESPAS 2012*. *Gac Sanit*. 2012;26(S):36-40

8. ANEXOS

8.1. Anexo 1: Cuestionario *MOSPSC*

Medical Office Survey on Patient Safety

SURVEY INSTRUCTIONS

Think about the way things are done in your medical office and provide your opinions on issues that affect the overall safety and quality of the care provided to patients in your office.

In this survey, the term **provider** refers to physicians, physician assistants, and nurse practitioners who diagnose, treat patients, and prescribe medications. The term **staff** refers to all others who work in the office.

- If a question does not apply to you or you don't know the answer, please check "Does Not Apply or Don't Know."
- If you work in more than one office or location for your practice, when answering this survey answer only about the office location where you received this survey—do not answer about the entire practice.
- If your medical office is in a building with other medical offices, answer only about the specific medical office where you work—do not answer about any other medical offices in the building.

SECTION A: List of Patient Safety and Quality Issues

The following items describe things that can happen in medical offices that affect patient safety and quality of care. **In your best estimate, how often did the following things happen in your medical office OVER THE PAST 12 MONTHS?**

	Daily ▼	Weekly ▼	Monthly ▼	Several times in the past 12 months ▼	Once or twice in the past 12 months ▼	Not in the past 12 months ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
Access to Care							
1. A patient was unable to get an appointment within 48 hours for an acute/serious problem	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Patient Identification							
2. The wrong chart/medical record was used for a patient	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Charts/Medical Records							
3. A patient's chart/medical record was not available when needed	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
4. Medical information was filed, scanned, or entered into the wrong patient's chart/medical record	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Medical Equipment							
5. Medical equipment was not working properly or was in need of repair or replacement	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9

SECTION A: List of Patient Safety and Quality Issues (continued)

How often did the following things happen in your medical office **OVER THE PAST 12 MONTHS?**

	Daily ▼	Weekly ▼	Monthly ▼	Several times in the past 12 months ▼	Once or twice in the past 12 months ▼	Not in the past 12 months ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
Medication							
6. A pharmacy contacted our office to clarify or correct a prescription ..	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
7. A patient's medication list was not updated during his or her visit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
Diagnostics & Tests							
8. The results from a lab or imaging test were not available when needed	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
9. A critical abnormal result from a lab or imaging test was not followed up within 1 business day	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉

SECTION B: Information Exchange With Other Settings

Over the past 12 months, how often has your medical office had **problems exchanging accurate, complete, and timely information** with:

	Problems daily ▼	Problems weekly ▼	Problems monthly ▼	Problems several times in the past 12 months ▼	Problems once or twice in the past 12 months ▼	No problems in the past 12 months ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
1. Outside labs/imaging centers?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
2. Other medical offices/ outside physicians?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
3. Pharmacies?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
4. Hospitals?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
5. Other ? (Specify): _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉

SECTION C: Working in Your Medical Office

How much do you agree or disagree with the following statements?	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither Agree nor Disagree ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
1. When someone in this office gets really busy, others help out.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. In this office, there is a good working relationship between staff and providers.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. In this office, we often feel rushed when taking care of patients.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. This office trains staff when new processes are put into place.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. In this office, we treat each other with respect.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. We have too many patients for the number of providers in this office.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. This office makes sure staff get the on-the-job training they need.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. This office is more disorganized than it should be.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9. We have good procedures for checking that work in this office was done correctly.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
10. Staff in this office are asked to do tasks they haven't been trained to do.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
11. We have enough staff to handle our patient load..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
12. We have problems with workflow in this office.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
13. This office emphasizes teamwork in taking care of patients.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
14. This office has too many patients to be able to handle everything effectively.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
15. Staff in this office follow standardized processes to get tasks done.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SECTION D: Communication and Followup

How often do the following things happen in your medical office?	Never ▼	Rarely ▼	Some- times ▼	Most of the time ▼	Always ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
1. Providers in this office are open to staff ideas about how to improve office processes.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Staff are encouraged to express alternative viewpoints in this office.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. This office reminds patients when they need to schedule an appointment for preventive or routine care.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Staff are afraid to ask questions when something does not seem right.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. This office documents how well our chronic-care patients follow their treatment plans.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Our office follows up when we do not receive a report we are expecting from an outside provider.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. Staff feel like their mistakes are held against them.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. Providers and staff talk openly about office problems.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9. This office follows up with patients who need monitoring.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
10. It is difficult to voice disagreement in this office	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
11. In this office, we discuss ways to prevent errors from happening again.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
12. Staff are willing to report mistakes they observe in this office.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SECTION E: Owner/Managing Partner/Leadership Support

- A. Are you an owner, a managing partner, or in a leadership position with responsibility for making financial decisions for your medical office? ₁ Yes → (SKIP TO SECTION F)
₂ No → (ANSWER ITEMS 1–4 BELOW)

How much do you agree or disagree with the following statements about the owners/managing partners/leadership of your medical office?

	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither Agree nor Disagree ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
1. They aren't investing enough resources to improve the quality of care in this office	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
2. They overlook patient care mistakes that happen over and over	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
3. They place a high priority on improving patient care processes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
4. They make decisions too often based on what is best for the office rather than what is best for patients	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

SECTION F: Your Medical Office

How much do you agree or disagree with the following statements?

	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither Agree nor Disagree ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
1. When there is a problem in our office, we see if we need to change the way we do things	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
2. Our office processes are good at preventing mistakes that could affect patients	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
3. Mistakes happen more than they should in this office	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
4. It is just by chance that we don't make more mistakes that affect our patients	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
5. This office is good at changing office processes to make sure the same problems don't happen again	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
6. In this office, getting more work done is more important than quality of care	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
7. After this office makes changes to improve the patient care process, we check to see if the changes worked	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

SECTION G: Overall Ratings

Overall Ratings on Quality

1. Overall, how would you rate your medical office on each of the following areas of health care quality?

		Poor ▼	Fair ▼	Good ▼	Very good ▼	Excellent ▼
a. Patient centered	Is responsive to individual patient preferences, needs, and values	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Effective	Is based on scientific knowledge	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Timely	Minimizes waits and potentially harmful delays	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Efficient	Ensures cost-effective care (avoids waste, overuse, and misuse of services).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e. Equitable	Provides the same quality of care to all individuals regardless of gender, race, ethnicity, socioeconomic status, language, etc.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Overall Rating on Patient Safety

2. Overall, how would you rate the systems and clinical processes your medical office has in place to prevent, catch, and correct problems that have the potential to affect patients?

Poor ▼	Fair ▼	Good ▼	Very good ▼	Excellent ▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECTION H: Background Questions

1. How long have you worked in this medical office location?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Less than 2 months | <input type="checkbox"/> d. 3 years to less than 6 years |
| <input type="checkbox"/> b. 2 months to less than 1 year | <input type="checkbox"/> e. 6 years to less than 11 years |
| <input type="checkbox"/> c. 1 year to less than 3 years | <input type="checkbox"/> f. 11 years or more |

2. Typically, how many hours per week do you work in this medical office location?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> a. 1 to 4 hours per week | <input type="checkbox"/> d. 25 to 32 hours per week |
| <input type="checkbox"/> b. 5 to 16 hours per week | <input type="checkbox"/> e. 33 to 40 hours per week |
| <input type="checkbox"/> c. 17 to 24 hours per week | <input type="checkbox"/> f. 41 hours per week or more |

SECTION H: Background Questions (continued)

3. What is your position in this office? Check ONE category that best applies to your job.

- a. Physician (MD or DO)
- b. Physician Assistant, Nurse Practitioner, Clinical Nurse Specialist, Nurse Midwife, Advanced Practice Nurse, etc.
- c. Management
 - Practice Manager
 - Office Manager
 - Office Administrator
 - Business Manager
 - Nurse Manager
 - Lab Manager
 - Other Manager
- d. Administrative or clerical staff
 - Insurance Processor
 - Billing Staff
 - Referral Staff
 - Medical Records
 - Front Desk
 - Receptionist
 - Scheduler (appointments, surgery, etc.)
 - Other administrative or clerical staff position
- e. Nurse (RN), Licensed Vocational Nurse (LVN), Licensed Practical Nurse (LPN)
- f. Other clinical staff or clinical support staff
 - Medical Assistant
 - Nursing Aide
 - Technician (all types)
 - Therapist (all types)
 - Other clinical staff or clinical support staff
- g. Other position; please specify: _____

SECTION I: Your Comments

Please feel free to write any comments you may have about patient safety or quality of care in your medical office.

THANK YOU FOR COMPLETING THIS SURVEY.

8.2. Anexo 2: Cuestionario *MOSPSC* en español

CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCION PRIMARIA EN ESPAÑOL

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA ENCUESTA

Piense en cómo se hacen las cosas en su **centro de salud/consultorio** y dénos su opinión sobre los aspectos que afectan a la seguridad y calidad de los cuidados que se dispensan a los pacientes.

En esta encuesta, el término **profesional sanitario** hace referencia a los médicos, médicos residentes y enfermeras. El término **personal no sanitario** hace referencia al resto de los trabajadores del centro (administrativos, trabajadores sociales,...). El término **personal o equipo** hace referencia al conjunto de las personas que trabajan en el centro de salud.

Si alguna pregunta no le afecta o no sabe responderla, por favor, marque “No lo sé/ No procede”.

Si usted trabaja en más de una consulta o ubicación para su población asignada, cuando responda este cuestionario, hágalo atendiendo únicamente a los hechos del lugar donde pasa la consulta la mayor parte del tiempo. Responda a las preguntas de las secciones C, D, E y F pensando en su equipo de atención primaria.

SECCIÓN A: LISTADO DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA CALIDAD.

Los siguientes enunciados describen hechos que pueden ocurrir en el día a día del centro de salud/consultorio y que afectan a la seguridad de los pacientes y a la calidad asistencial. En su opinión, ¿con qué frecuencia han ocurrido los siguientes hechos en su centro de salud/consultorio en los últimos doce meses?

Acceso a la atención sanitaria

El paciente no consiguió una cita en las siguientes 48hs por un problema de salud agudo.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

Identificación del paciente

Se utilizó la historia clínica de otro paciente.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

Historias clínicas

La historia clínica del paciente no estaba disponible cuando se precisó.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

La información clínica se archivó en la historia clínica de otro paciente.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

Equipamiento médico

El equipamiento médico no funcionó adecuadamente, precisaba reparación o sustitución.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

Medicación

Una oficina de farmacia contactó con el centro o la consulta para clarificar o corregir una prescripción.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

La lista de medicación del paciente no se supervisó durante la consulta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

Diagnósticos y pruebas complementarias

Los resultados de algunas pruebas de laboratorio o de imagen no estaban disponibles cuando se precisaron.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

SECCIÓN B: INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CON OTROS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas en su centro para intercambiar información precisa, completa, adecuada y oportuna, con cada uno de los siguientes dispositivos asistenciales?

Problemas con servicios externos de pruebas complementarias (laboratorio, diagnóstico por imagen...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

Problemas con otras consultas médicas fuera del centro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

Problemas con oficinas de farmacia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

Problemas con hospitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

¿Otros? (Especificar): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

SECCIÓN C: TRABAJANDO EN EL CENTRO DE SALUD.**¿Cuál es su grado de acuerdo con los siguientes enunciados?:**

Cuando alguien tiene excesivo trabajo los compañeros le ayudan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
En este centro hay un buen ambiente de trabajo entre los componentes del equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
En este centro, sentimos que atendemos con prisas a los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
Este centro forma a su personal no sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
En este centro, nos tratamos mutuamente con respeto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
Tenemos demasiados pacientes asignados para el número de profesionales sanitarios que tiene el centro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
En este centro se asegura que el personal no sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
Este centro está más desorganizado de lo que debiera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
Tenemos procedimientos adecuados para evaluar que el trabajo en el centro se ha realizado correctamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
Al personal no sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
Tenemos suficiente personal no sanitario para manejar la carga de trabajo de los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
En este centro tenemos problemas con la organización y distribución del trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
Este centro promueve el trabajo en equipo para el cuidado de los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
Este centro tiene demasiados pacientes para hacer frente a todo de forma eficiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
El personal no sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede

SECCIÓN D: COMUNICACIÓN Y SEGUIMIENTO.**¿Con que frecuencia ocurren las siguientes situaciones en su centro de salud?**

Los profesionales sanitarios del centro son receptivos a las propuestas de mejora de los no sanitarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
En este centro, se anima al personal no sanitario a expresar puntos de vista alternativos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
El centro recuerda a sus pacientes cuándo deben citarse para revisiones o para actividades preventivas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
El personal no sanitario teme hacer preguntas cuando algo parece que no está bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
En este centro se registra si nuestros pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
En nuestro centro se realiza un seguimiento cuando no se recibe el informe de un paciente que estamos esperando que nos remita un especialista de otro centro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
El personal no sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
Todo el equipo habla abiertamente de los problemas del centro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
En este centro se hacen revisiones a los pacientes que precisan un seguimiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
Es difícil expresar libremente cualquier desacuerdo en este centro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
El personal no sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede

SECCIÓN E: APOYO AL LIDERAZGO

1. ¿Está usted en una posición de liderazgo con responsabilidad para tomar decisiones en la gestión de los recursos de su centro de salud? (coordinador médico, responsable de enfermería, responsable administrativo u otros gestores del centro).

SI (saltar a la sección F)

NO (responder a las preguntas de la 1 a la 4 que se muestran a continuación)

Indique el grado de acuerdo con los siguientes enunciados:

Los responsables de su centro no están invirtiendo suficientes recursos para mejorar la calidad asistencial en este centro de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
Los responsables de su centro pasan por alto los fallos relacionados con la asistencia que ocurren una y otra vez.	°C	°C	°C	°C	°C	°C
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede

Los responsables de su centro dan prioridad a los procesos relacionados con la mejora de la atención a los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
Los responsables de su centro a menudo toman decisiones basadas en lo que es mejor para el centro en lugar de lo que es mejor para los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede

SECCION F: EN EL CENTRO

¿Cuál es su grado de acuerdo con los siguientes enunciados?

Cuando hay un problema en nuestro centro, valoramos si necesitamos cambiar la manera en qué hacemos las cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
Los procesos de nuestro centro son buenos para prevenir fallos que pueden afectar a los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
En este centro se producen fallos con más frecuencia de lo que debieran.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
Si no cometemos más fallos que afecten a nuestros pacientes, es por casualidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
Este centro es capaz de modificar sus procesos para garantizar que los mismos problemas no vuelvan a ocurrir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
En este centro, es más importante realizar más trabajo que la calidad de la atención.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
Cuando introducimos cambios para mejorar la asistencia, comprobamos si funcionan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede

SECCIÓN G: PUNTUACIONES GLOBALES.

PUNTUACIONES GLOBALES SOBRE LA CALIDAD

En general, ¿cómo puntuaría a su centro de salud en cada una de las siguientes dimensiones de la calidad asistencial?

Centrado en el paciente	Responde a las preferencias individuales de los pacientes, a sus necesidades y valores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pobre	Aceptable	Buena	Muy buena	Excelente
Efectivo	Se basa en el conocimiento científico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pobre	Aceptable	Buena	Muy buena	Excelente
A tiempo	Minimiza esperas y demoras potencialmente perjudiciales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pobre	Aceptable	Buena	Muy buena	Excelente
Eficiente	Garantiza unos cuidados coste-efectivos (evita el despilfarro, la sobreutilización, o el mal uso de los servicios).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pobre	Aceptable	Buena	Muy buena	Excelente
Equitativo	Ofrece la misma calidad asistencial a todos los individuos con independencia de su sexo, raza, etnia, nivel socioeconómico, idioma, etc...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pobre	Aceptable	Buena	Muy buena	Excelente

PUNTUACION GLOBAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

2. Globalmente, como puntúa el sistema y los procedimientos clínicos que su centro de salud ha puesto en marcha para prevenir, detectar, y corregir problemas que potencialmente pueden afectar a los pacientes:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pobre	Aceptable	Bueno	Muy bueno	Excelente

SECCIÓN H: PREGUNTAS SOBRE SU TRABAJO EN EL CENTRO DE SALUD.

¿Cuánto tiempo lleva trabajando en este centro de salud?

- Menos de dos meses
- De dos meses a menos de un año
- De un año a menos de tres años
- De 3 años a menos de 6 años
- De 6 años a menos de 11 años.
- 11 años o más.

Habitualmente, ¿cuántas horas trabaja en este centro de salud?

- De una a 4 horas por semana
- De 5 a 16 horas por semana
- De 17 a 24 horas por semana
- De 25 a 32 horas por semana
- De 33 a 40 horas por semana

¿Qué puesto tiene en el centro de salud? Marque la categoría que mejor refleje su trabajo.

- Médico / MIR
- Enfermera/enfermera especialista.
- Gestores:
 - Coordinador médico
 - Responsable del área administrativa
 - Responsable de enfermería
 - Otros gestores del centro
- Administrativos y otro personal no sanitario.
- Otros profesionales asistenciales en el centro de salud:
 - 5.1. Auxiliar de clínica
 - Técnicos (de todos los tipos)
 - Fisioterapeuta (de todos los tipos)
 - Otros profesionales.

SECCIÓN I: SUS COMENTARIOS

Este espacio está destinado a que pueda expresar cualquier comentario u opinión que tenga sobre la seguridad del paciente o la calidad de la asistencia en su centro.

GRACIAS POR CUMPLIMENTAR ESTA ENCUESTA

8.3. Anexo 3: Cuestionario *MOSPSC* en español, versión adaptada

CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCION PRIMARIA EN ESPAÑOL, VERSIÓN ADAPTADA

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA ENCUESTA

Piense en cómo se hacen las cosas en su **centro de salud/consultorio** y dénos su opinión sobre los aspectos que afectan a la seguridad y calidad de los cuidados que se dispensan a los pacientes.

En esta encuesta, el término **profesional sanitario** hace referencia a los médicos, médicos residentes y enfermeras. El término **personal no sanitario** hace referencia al resto de los trabajadores del centro (administrativos, trabajadores sociales,...). El término **personal o equipo** hace referencia al conjunto de las personas que trabajan en el centro de salud.

Si alguna pregunta no le afecta o no sabe responderla, por favor, marque “No lo sé/ No procede”.

Si usted trabaja en más de una consulta o ubicación para su población asignada, cuando responda este cuestionario, hágalo atendiendo únicamente a los hechos del lugar donde pasa la consulta la mayor parte del tiempo.

SECCIÓN A: LISTADO DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA CALIDAD.

Los siguientes enunciados describen hechos que pueden ocurrir en el día a día del centro de salud/consultorio y que afectan a la seguridad de los pacientes y a la calidad asistencial. En su opinión, ¿con qué frecuencia han ocurrido los siguientes hechos en su centro de salud/consultorio en los últimos doce meses?

Acceso a la atención sanitaria

El paciente no consiguió una cita en las siguientes 48hs por un problema de salud agudo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

Identificación del paciente

Se utilizó la historia clínica de otro paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

Historias clínicas

La historia clínica del paciente no estaba disponible cuando se precisó.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

La información clínica se archivó en la historia clínica de otro paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

Equipamiento médico

El equipamiento médico no funcionó adecuadamente, precisaba reparación o sustitución.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

Medicación

Una oficina de farmacia contactó con el centro o la consulta para clarificar o corregir una prescripción.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

La lista de medicación del paciente no se supervisó durante la consulta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

Diagnósticos y pruebas complementarias

Los resultados de algunas pruebas de laboratorio o de imagen no estaban disponibles cuando se precisaron.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

SECCIÓN B: INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CON OTROS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas en su centro para intercambiar información precisa, completa, adecuada y oportuna, con cada uno de los siguientes dispositivos asistenciales?

Problemas con servicios externos de pruebas complementarias (laboratorio, diagnóstico por imagen...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

Problemas con otras consultas médicas fuera del centro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

Problemas con oficinas de farmacia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

Problemas con hospitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

SECCIÓN C: TRABAJANDO EN EL CENTRO DE SALUD.

¿Cuál es su grado de acuerdo con los siguientes enunciados?:

Cuando alguien tiene excesivo trabajo los compañeros le ayudan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo		No lo sé/ no procede

En este centro hay un buen ambiente de trabajo entre los componentes del equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo		No lo sé/ no procede

En este centro, sentimos que atendemos con prisas a los	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Validación de un cuestionario para medir cultura de seguridad del paciente en los centros de salud españoles

pacientes.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
Este centro forma a su personal no sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
En este centro, nos tratamos mutuamente con respeto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
Tenemos demasiados pacientes asignados para el número de profesionales sanitarios que tiene el centro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
En este centro se asegura que el personal no sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
Este centro está más desorganizado de lo que debiera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
Tenemos procedimientos adecuados para evaluar que el trabajo en el centro se ha realizado correctamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
Al personal no sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
Tenemos suficiente personal no sanitario para manejar la carga de trabajo de los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
En este centro tenemos problemas con la organización y distribución del trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
Este centro promueve el trabajo en equipo para el cuidado de los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
Este centro tiene demasiados pacientes para hacer frente a todo de forma eficiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
El personal no sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
Este centro forma a su personal sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
En este centro se asegura que el personal sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
Al personal sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
El personal sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede

SECCIÓN D: COMUNICACIÓN Y SEGUIMIENTO.**¿Con que frecuencia ocurren las siguientes situaciones en tu centro de salud?**

Los profesionales sanitarios del centro son receptivos a las propuestas de mejora de los no sanitarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
En este centro, se anima al personal no sanitario a expresar puntos de vista alternativos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
El centro recuerda a sus pacientes cuándo deben citarse para revisiones o para actividades preventivas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
El personal no sanitario teme hacer preguntas cuando algo parece que no está bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
En este centro se registra si nuestros pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
En nuestro centro se realiza un seguimiento cuando no se recibe el informe de un paciente que estamos esperando que nos remita un especialista de otro centro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
El personal no sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
Todo el equipo habla abiertamente de los problemas del centro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
En este centro se hacen revisiones a los pacientes que precisan un seguimiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
Es difícil expresar libremente cualquier desacuerdo en este centro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
El personal no sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
El personal sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
El personal sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede

SECCIÓN E: APOYO AL LIDERAZGO

1. ¿Está usted en una posición de liderazgo con responsabilidad para tomar decisiones en la gestión de los recursos de su centro de salud? (coordinador médico, responsable de enfermería, responsable administrativo u otros gestores del centro).

SI (saltar a la sección F)

NO (responder a las preguntas de la 1 a la 4 que se muestran a continuación)

Indique el grado de acuerdo con los siguientes enunciados:

Los responsables de su centro no están invirtiendo suficientes recursos para mejorar la calidad asistencial en este centro de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede

Los responsables de su centro pasan por alto los fallos relacionados con la asistencia que ocurren una y otra vez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
Los responsables de su centro dan prioridad a los procesos relacionados con la mejora de la atención a los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
Los responsables de su centro a menudo toman decisiones basadas en lo que es mejor para el centro en lugar de lo que es mejor para los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede

SECCION F: EN EL CENTRO

¿Cuál es su grado de acuerdo con los siguientes enunciados?

Cuando hay un problema en nuestro centro, valoramos si necesitamos cambiar la manera en qué hacemos las cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
Los procesos de nuestro centro son buenos para prevenir fallos que pueden afectar a los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
En este centro se producen fallos con más frecuencia de lo que debieran.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
Si no cometemos más fallos que afecten a nuestros pacientes, es por casualidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
Este centro es capaz de modificar sus procesos para garantizar que los mismos problemas no vuelvan a ocurrir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
En este centro, es más importante realizar más trabajo que la calidad de la atención.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
Cuando introducimos cambios para mejorar la asistencia, comprobamos si funcionan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede

SECCIÓN G: PUNTUACIONES GLOBALES.

PUNTUACIONES GLOBALES SOBRE LA CALIDAD

En general, ¿cómo puntuaría a su centro de salud en cada una de las siguientes dimensiones de la calidad asistencial?

Centrado en el paciente	Responde a las preferencias individuales de los pacientes, a sus necesidades y valores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pobre	Aceptable	Buena	Muy buena	Excelente
Efectivo	Se basa en el conocimiento científico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pobre	Aceptable	Buena	Muy buena	Excelente
A tiempo	Minimiza esperas y demoras potencialmente perjudiciales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pobre	Aceptable	Buena	Muy buena	Excelente
Eficiente	Garantiza unos cuidados coste-efectivos (evita el despilfarro, la sobreutilización, o el mal uso de los servicios).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pobre	Aceptable	Buena	Muy buena	Excelente
Equitativo	Ofrece la misma calidad asistencial a todos los individuos con independencia de su sexo, raza, etnia, nivel socioeconómico, idioma, etc...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pobre	Aceptable	Buena	Muy buena	Excelente

PUNTUACION GLOBAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

2. Globalmente, como puntúa el sistema y los procedimientos clínicos que su centro de salud ha puesto en marcha para prevenir, detectar, y corregir problemas que potencialmente pueden afectar a los pacientes:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pobre	Aceptable	Bueno	Muy bueno	Excelente

SECCIÓN H: PREGUNTAS SOBRE SU TRABAJO EN EL CENTRO DE SALUD.

¿Cuánto tiempo lleva trabajando en este centro de salud?

- Menos de dos meses
- De dos meses a menos de un año
- De un año a menos de tres años
- De 3 años a menos de 6 años
- De 6 años a menos de 11 años.
- 11 años o más.

Habitualmente, ¿cuántas horas trabaja en este centro de salud?

- De una a 4 horas por semana
- De 5 a 16 horas por semana
- De 17 a 24 horas por semana
- De 25 a 32 horas por semana
- De 33 a 40 horas por semana

¿Qué puesto tiene en el centro de salud? Marque la categoría que mejor refleje su trabajo.

- Médico / MIR
- Enfermera/enfermera especialista.
- Gestores:
 - Coordinador médico
 - Responsable del área administrativa
 - Responsable de enfermería
 - Otros gestores del centro
- Administrativos y otro personal no sanitario.
- Otros profesionales asistenciales en el centro de salud:
 - 5.1. Auxiliar de clínica
 - Técnicos (de todos los tipos)
 - Fisioterapeuta (de todos los tipos)
 - Otros profesionales.

SECCIÓN I: SUS COMENTARIOS

Este espacio está destinado a que pueda expresar cualquier comentario u opinión que tenga sobre la seguridad del paciente o la calidad de la asistencia en su centro.

GRACIAS POR CUMPLIMENTAR ESTA ENCUESTA

8.4. Anexo 4: Análisis de la respuesta

Tabla 1. Frecuencia de no respuesta* de las sentencias de la sección “aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad” según la categoría profesional.

Sección A. Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad.	Total muestra N = 185		Total Sanitarios N = 147		Médicos N = 83		Enfermeras N = 56		No Sanitarios N = 36	
	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)
El paciente no consiguió una cita en las siguientes 48hs por un problema de salud agudo.	19 10,3%	20 10,8%	17 11,6%	18 12,2%	5 6,0%	5 6,0%	9 16,1%	10 17,9%	2 5,6%	2 5,6%
Se utilizó la historia clínica de otro paciente.	28 15,1%	28 15,1%	16 10,9%	16 10,9%	3 3,6%	3 3,6%	10 17,9%	10 17,9%	12 33,3%	12 33,3%
La historia clínica del paciente no estaba disponible cuando se precisó.	8 4,3%	8 4,3%	7 4,8%	7 4,8%	2 2,4%	2 2,4%	3 5,4%	3 5,4%	1 2,8%	1 2,8%
La información clínica se archivó en la historia clínica de otro paciente.	29 15,7%	30 16,2%	23 15,6%	24 16,3%	9 10,8%	10 12,0%	12 21,4%	12 21,4%	6 16,7%	6 16,7%
El equipamiento médico no funcionó adecuadamente, precisaba reparación o sustitución.	24 13,0%	25 13,5%	9 6,1%	10 6,8%	2 2,4%	3 3,6%	4 7,1%	4 7,1%	15 41,7%	15 41,7%
Una oficina de farmacia contactó con el centro o la consulta para clarificar o corregir una prescripción.	25 13,5%	25 13,5%	21 14,3%	21 14,3%	1 1,2%	1 1,2%	17 30,4%	17 30,4%	4 11,1%	4 11,1%
La lista de medicación del paciente no se actualizó durante la consulta.	58 31,4%	60 32,4%	29 19,7%	30 20,4%	2 2,4%	3 3,6%	24 42,9%	24 42,9%	29 80,6%	29 80,6%
Los resultados de algunas pruebas de laboratorio o de imagen no estaban disponibles cuando se precisaron.	16 8,6%	17 9,2%	10 6,8%	11 7,5%	3 3,6%	3 3,6%	10 17,9%	10 17,9%	6 16,7%	6 16,7%
Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día.	46 24,9%	48 25,9%	30 20,4%	32 21,8%	5 6,0%	5 6,0%	22 39,3%	23 41,1%	16 44,4%	16 44,4%

(*) No se obtiene respuesta o se responde la opción “no lo sé / no procede”.

Tabla 2. Frecuencia de no respuesta* de las sentencias de la sección “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales” según la categoría profesional.

Sección B. Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales.	Total muestra N = 185		Total Sanitarios N = 147		Médicos N = 83		Enfermeras N = 56		No Sanitarios N = 36	
	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)
Problemas con servicios externos de pruebas complementarias (laboratorio, diagnóstico por imagen...).	13 7,0%	16 8,6%	9 6,1%	11 7,5%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	8 14,3%	4 11,1%	5 13,9%
Problemas con otras consultas médicas fuera del centro	26 14,1%	29 15,7%	19 12,9%	21 14,3%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	18 32,1%	7 19,4%	8 22,2%
Problemas con oficinas de farmacia	39 21,1%	43 23,2%	30 20,4%	32 21,8%	1 1,2%	1 1,2%	1 1,2%	26 46,4%	9 25,0%	11 30,6%
Problemas con hospitales	24 13,0%	30 16,2%	20 13,6%	23 15,6%	2 2,4%	2 2,4%	3 3,6%	16 28,6%	4 11,1%	7 19,4%

(*) No se obtiene respuesta o se responde la opción “no lo sé / no procede”.

Tabla 3. Frecuencia de no respuesta* de las sentencias de la sección “Trabajando en el centro de salud” según la categoría profesional.

	Total muestra N = 185		Total Sanitarios N = 147		Médicos N = 83		Enfermeras N = 56		No Sanitarios N = 36	
	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)
Sección C. Trabajando en el centro de salud.										
Quando alguien tiene excesivo trabajo los compañeros le ayudan.	3 1,6%	3 1,6%	3 2,0%	3 2,0%	2 2,4%	2 2,4%	1 1,8%	1 1,8%	0 0%	0 0%
En este centro hay un buen ambiente de trabajo entre los componentes del equipo.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
En este centro, sentimos que atendemos con prisas a los pacientes.	1 0,5%	1 0,5%	1 0,7%	1 0,7%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Este centro forma a su personal no sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.	18 9,7%	18 9,7%	18 12,2%	18 12,2%	8 9,6%	8 9,6%	10 17,9%	10 17,9%	0 0,0%	0 0,0%
En este centro, nos tratamos mutuamente con respeto.	1 0,5%	1 0,5%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 2,8%	1 2,8%
Tenemos demasiados pacientes asignados para el número de profesionales sanitarios que tiene el centro.	5 2,7%	5 2,7%	2 1,4%	2 1,4%	0 0,0%	0 0,0%	2 3,2%	2 3,2%	3 8,3%	3 8,3%
En este centro se asegura que el personal no sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.	26 14,1%	27 14,6%	25 17,0%	25 17,0%	13 15,7%	13 15,7%	12 21,4%	12 21,4%	0 0,0%	1 2,8%
Este centro está más desorganizado de lo que debiera.	3 1,6%	3 1,6%	1 0,7%	1 0,7%	1 1,2%	1 1,2%	0 0,0%	0 0,0%	2 5,6%	2 5,6%
Tenemos procedimientos adecuados para evaluar que el trabajo en el centro se ha realizado correctamente.	17 9,2%	17 9,2%	15 10,2%	15 10,2%	8 9,6%	8 9,6%	6 10,7%	6 10,7%	2 5,6%	2 5,6%
Al personal no sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.	25 13,5%	25 13,5%	25 17,0%	25 17,0%	14 16,9%	14 16,9%	11 19,6%	11 19,6%	0 0,0%	0 0,0%
Tenemos suficiente personal no sanitario para manejar la carga de trabajo de los pacientes.	13 7,0%	14 7,6%	13 8,8%	14 9,5%	8 9,6%	8 9,6%	5 8,9%	6 10,7%	0 0,0%	0 0,0%
En este centro tenemos problemas con la organización y distribución del trabajo.	3 1,6%	3 1,6%	3 2,0%	3 2,0%	3 3,6%	3 3,6%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Este centro promueve el trabajo en equipo para el cuidado de los pacientes.	3 1,6%	3 1,6%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	3 8,3%	3 8,3%

Validación de un cuestionario para medir cultura de seguridad del paciente en los centros de salud españoles

Este centro tiene demasiados pacientes para hacer frente a todo de forma eficiente.	2	2	1	1	0	0	1	1	1	1
	1,1%	1,1%	0,7%	0,7%	0,0%	0,0%	1,8%	1,8%	1,8%	2,8%
El personal no sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.	21	22	20	20	10	10	9	9	1	2
	11,4	11,9	13,6%	13,6%	12,0%	12,0%	16,1%	16,1%	2,8%	5,6%
Este centro forma a su personal sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.	18	19	5	5	1	1	0	0	13	14
	9,7%	10,3%	3,4%	3,4%	1,2%	1,2%	0,0%	0,0%	36,1%	38,9%
En este centro se asegura que el personal sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.	19	19	4	4	1	1	0	0	15	15
	10,3%	10,3%	2,7%	2,7%	1,2%	1,2%	0,0%	0,0%	41,7%	41,7%
Al personal sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.	21	21	3	3	4	4	1	1	18	18
	11,4%	11,4%	2,0%	2,0%	4,8%	4,8%	1,8%	1,8%	50,0%	50,0%
El personal sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.	22	23	4	5	0	1	1	1	18	18
	11,9%	12,4%	2,7%	3,4%	0,0%	1,2%	1,8%	1,8%	50,0%	50,0%

(*) No se obtiene respuesta o se responde la opción "no lo sé / no procede".

Validación de un cuestionario para medir cultura de seguridad del paciente en los centros de salud españoles
 Tabla 4. Frecuencia de no respuesta* de las sentencias de la sección "Comunicación y seguimiento" según la categoría profesional.

	Total muestra N = 185		Total Sanitarios N = 147		Médicos N = 83		Enfermeras N = 56		No Sanitarios N = 36	
	No lo sé/ no procede No responde	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede No responde	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede No responde	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede No responde	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede No responde	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)
Sección D. Comunicación y seguimiento.										
Los profesionales sanitarios del centro son receptivos a las propuestas de mejora de los no sanitarios.	13 7,0%	14 7,6%	12 8,2%	13 8,8%	7 8,4%	8 9,6%	5 8,9%	1 2,8%	1 2,8%	1 2,8%
En este centro, se anima al personal no sanitario a expresar puntos de vista alternativos.	16 8,6%	17 9,2%	16 10,9%	17 11,6%	10 12,0%	11 13,3%	6 10,7%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
El centro recuerda a sus pacientes cuándo deben citarse para revisiones o para actividades preventivas.	8 4,3%	13 7,0%	3 2,0%	7 4,8%	2 2,4%	6 7,2%	0 0,0%	5 13,9%	6 16,7%	6 16,7%
El personal no sanitario teme hacer preguntas cuando algo parece que no está bien.	30 16,2%	33 17,8%	27 18,4%	28 19,0%	10 12,0%	11 13,3%	17 30,4%	2 5,6%	4 11,1%	4 11,1%
En este centro se registra si nuestros pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento.	39 21,1%	40 21,6%	9 6,1%	10 6,8%	5 6,0%	6 7,2%	2 3,6%	30 83,3%	30 83,3%	30 83,3%
En nuestro centro se realiza un seguimiento cuando no se recibe el informe de un paciente que estamos esperando que nos remita un especialista de otro centro.	31 16,8%	33 17,8%	17 11,6%	18 12,2%	5 6,0%	6 7,2%	9 16,1%	14 38,9%	15 41,7%	15 41,7%
El personal no sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.	47 25,4%	48 25,9%	43 29,3%	44 29,9%	17 20,5%	18 21,7%	25 44,6%	3 8,3%	3 8,3%	3 8,3%
Todo el equipo habla abiertamente de los problemas del centro.	5 2,7%	7 3,8%	4 2,7%	6 4,1%	2 2,4%	3 3,6%	2 3,6%	1 2,8%	1 2,8%	1 2,8%
En este centro se hacen revisiones a los pacientes que precisan un seguimiento.	19 10,3%	20 10,8%	3 2,0%	4 2,7%	1 1,2%	1 1,2%	1 1,8%	16 44,4%	16 44,4%	16 44,4%
Es difícil expresar libremente cualquier desacuerdo en este centro.	6 3,2%	7 3,8%	4 2,7%	5 3,4%	3 3,6%	4 4,8%	1 1,8%	2 5,6%	2 5,6%	2 5,6%
En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.	4 2,2%	5 2,7%	2 1,4%	3 2,0%	1 1,2%	2 2,4%	1 1,8%	2 5,6%	2 5,6%	2 5,6%
El personal no sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	40 21,6%	41 22,2%	36 24,5%	37 25,2%	15 18,1%	16 19,3%	18 32,1%	3 8,3%	3 8,3%	3 8,3%
El personal sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.	39 21,1%	41 22,2%	19 12,9%	20 13,6%	7 8,4%	8 9,6%	8 14,3%	20 55,6%	21 58,3%	21 58,3%
El personal sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	20 10,8%	21 11,4%	5 3,4%	5 3,4%	2 2,4%	2 2,4%	1 1,8%	15 41,7%	16 44,4%	16 44,4%

(*). No se obtiene respuesta o se responde la opción "no lo sé / no procede".

Tabla 5. Frecuencia de no respuesta* de las sentencias de la sección "Apoyo al liderazgo" según la categoría profesional.

	Total muestra N = 149**		Total Sanitarios N = 127**		Médicos N = 75		Enfermeras N = 48		No Sanitarios N = 21**	
	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)
Sección E. Apoyo al liderazgo.										
Los responsables de su centro no están invirtiendo suficientes recursos para mejorar la calidad asistencial en este centro de salud.	8 5,4%	15 10,1%	5 3,9%	9 7,1%	5 6,7%	7 9,3%	0 0,0%	2 4,2%	3 14,3%	6 28,6%
Los responsables de su centro pasan por alto los fallos relacionados con la asistencia que ocurren una y otra vez.	4 2,7%	12 8,1%	3 2,4%	8 6,3%	3 4,0%	5 6,7%	0 0,0%	3 6,3%	1 4,8%	4 19,0%
Los responsables de su centro dan prioridad a los procesos relacionados con la mejora de la atención a los pacientes.	10 6,7%	18 12,1%	8 6,3%	13 10,2%	6 8,0%	8 10,7%	2 4,2%	5 10,4%	2 9,5%	5 23,8%
Los responsables de su centro a menudo toman decisiones basadas en lo que es mejor para el centro en lugar de lo que es mejor para los pacientes.	20 13,4%	27 18,1%	14 11,0%	18 14,2%	6 8,0%	8 10,7%	7 14,6%	9 18,8%	6 28,6%	9 42,9%

(*) No se obtiene respuesta o se responde la opción "no lo sé / no procede".

(**) Calculado sobre 149 cuestionarios resultantes de excluir los que manifestaron estar en posición de liderazgo

Tabla 6. Frecuencia de no respuesta* de las sentencias de la sección “en el Centro” según la categoría profesional.

	Total muestra N = 185		Total Sanitarios N = 147		Médicos N = 83		Enfermeras N = 56		No Sanitarios N = 36	
	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)
Sección F. En el Centro.										
Quando hay un problema en nuestro centro, valoramos si necesitamos cambiar la manera en qué hacemos las cosas.	7 3,8%	29 15,7%	4 2,7%	21 14,3%	3 3,6%	14 16,9%	1 1,8%	1 1,8%	3 8,3%	8 22,2%
Los procesos de nuestro centro son buenos para prevenir fallos que pueden afectar a los pacientes.	10 5,4%	33 17,8%	6 4,1%	23 15,6%	2 2,4%	13 15,7%	3 5,4%	8 14,3%	4 11,1%	10 27,8%
En este centro se producen fallos con más frecuencia de lo que deberían.	6 3,2%	27 14,6%	4 2,7%	21 14,3%	2 2,4%	13 15,7%	2 3,6%	7 12,5%	2 5,6%	6 16,7%
Si no cometemos más fallos que afecten a nuestros pacientes, es por casualidad.	7 3,8%	28 15,1%	4 2,7%	21 14,3%	0 0,0%	11 13,3%	4 7,1%	9 16,1%	3 8,3%	7 19,4%
Este centro es capaz de modificar sus procesos para garantizar que los mismos problemas no vuelvan a ocurrir	6 3,2%	28 15,1%	4 2,7%	22 15,0%	2 2,4%	13 15,7%	2 3,6%	8 14,3%	2 5,6%	6 16,7%
En este centro, es más importante realizar más trabajo que la calidad de la atención.	7 3,8%	28 15,1%	6 4,1%	23 15,6%	1 1,2%	12 14,5%	5 8,9%	10 17,9%	1 2,8%	5 13,9%
Quando introducimos cambios para mejorar la asistencia, comprobamos si funcionan.	9 4,9%	31 16,8%	7 4,8%	25 17,0%	4 4,8%	15 18,1%	3 5,4%	9 16,1%	2 5,6%	6 16,7%

(*) No se obtiene respuesta o se responde la opción “no lo sé / no procede”.

Tabla 7. Frecuencia de no respuesta* de las sentencias de la sección “Puntuaciones globales sobre la calidad” según la categoría profesional.

	Total muestra N = 185		Total Sanitarios N = 147		Médicos N = 83		Enfermeras N = 56		No Sanitarios N = 36	
	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)
Sección G1. Puntuaciones globales sobre la calidad.										
Responde a las preferencias individuales de los pacientes, a sus necesidades y valores.	0 0,0%	2 1,1%	0 0,0%	1 0,7%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 1,8%	0 0,0%
Se basa en el conocimiento científico.	1 0,5%	5 2,7%	0 0,0%	2 1,4%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 1,8%	3 8,3%
Minimiza esperas y demoras potencialmente perjudiciales.	0 0,0%	2 1,1%	0 0,0%	1 0,7%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 2,8%
Garantiza unos cuidados coste-efectivos (evita el despilfarro, la sobreutilización, o el mal uso de los servicios).	0 0,0%	1 0,5%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 2,8%
Ofrece la misma calidad asistencial a todos los individuos con independencia de su sexo, raza, etnia, nivel socioeconómico, idioma, etc...	0 0,0%	2 1,1%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	2 5,6%

(*) No se obtiene respuesta o se responde la opción “no lo sé / no procede”.

Tabla 8. Frecuencia de no respuesta* de las sentencias de la sección “Puntuaciones globales sobre la seguridad del paciente” según la categoría profesional.

	Total muestra N = 185		Total Sanitarios N = 147		Médicos N = 83		Enfermeras N = 56		No Sanitarios N = 36	
	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)
Sección G2. Puntuaciones globales sobre la seguridad del paciente.										
Globalmente, como puntúa el sistema y los procedimientos clínicos que su centro de salud ha puesto en marcha para prevenir, detectar, y corregir problemas que potencialmente pueden afectar a los pacientes:	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%

(*) No se obtiene respuesta o se responde la opción “no lo sé / no procede”.

8.5. Anexo 5: Análisis Factorial. Matriz de componentes rotados.

Anexo 5: Análisis Factorial. Matriz de componentes rotados.

Componente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
A1	-,078	,228	,172	,042	,012	,206	,150	,040	,072	,030	,205	,133	,133	,616	-,107
A2	-,041	,023	,000	,105	,239	,721	,063	-,050	,075	,214	-,052	-,056	-,012	,229	-,171
A3	,257	,137	,071	-,058	,060	,647	,090	,067	-,072	-,126	,010	,236	-,023	,137	,163
A4	,061	,175	-,013	,086	,057	,810	-,007	,050	,115	,127	-,037	,077	,099	-,021	,013
A5	,030	,287	,127	-,025	,118	,184	-,023	-,058	,055	,010	,001	,651	,151	,173	,019
A6	,002	,346	,051	-,019	,023	,392	-,174	-,141	,036	-,113	,367	-,116	,149	,027	,253
A7	,053	,263	,008	,098	,059	,304	,043	-,004	,095	,250	-,031	,074	,169	,536	,320
A8	,115	,434	-,086	,033	,011	,440	,133	,121	,049	,058	,020	-,034	-,014	,434	,189
A9	,025	,404	,209	,246	-,155	,353	,031	,100	-,006	,107	,052	,354	,092	,086	,122
B1	,201	,651	,130	,096	,058	,194	,116	,133	-,084	-,087	,003	,138	-,024	,348	,137
B2	,081	,680	,111	,111	,168	,083	,177	,144	,238	,117	,008	,091	,061	,196	-,151
B3	,101	,703	,102	-,061	-,052	,155	,057	-,039	,044	,161	,009	,212	,082	-,133	,029
B4	,040	,805	,124	-,029	,157	,021	,076	,137	,062	,058	,050	-,009	,036	,102	,010
C1	,092	,131	,133	,039	,525	,046	,011	,143	,021	,194	,189	,373	,047	,141	-,101
C2	,140	,062	,108	,165	,713	,088	,076	,140	-,009	,018	,193	,068	,030	,079	,037
C3	,117	,170	,131	,127	,188	,099	,655	-,038	,202	,171	-,169	,038	,174	-,047	,074
C4	,305	,054	,050	,194	,234	-,002	,032	,317	,158	,067	,076	,502	,076	-,166	,093
C5	,104	,049	,162	,098	,653	,227	-,043	,163	,195	-,105	,179	,075	,143	-,150	-,046
C6	,069	,016	-,014	,049	-,072	-,041	,860	,031	-,082	,010	-,029	,007	-,037	,155	-,035
C7	,309	,081	,126	,062	,203	-,026	-,039	,340	,289	,000	,077	,512	,086	-,009	,088
C8	,133	,101	,369	,252	,191	,125	,049	,041	,504	,155	,128	,164	,157	,054	,118
C9	,192	,065	,154	,211	,242	,051	,013	,121	,391	,077	,075	,399	-,098	,201	,045
C10	,053	,038	,012	,107	,011	,031	,076	,068	,010	,089	,115	,080	-,061	,047	,823
C11	-,075	-,001	-,037	-,072	-,059	,218	,561	,086	,098	-,307	,217	,217	-,210	-,229	,096
C12	,080	,263	,286	,150	,443	,090	,112	,006	,439	,194	-,026	,171	,089	-,052	,206
C13	,213	,040	,208	,202	,442	-,016	,021	,335	,203	,185	,012	,150	-,010	,321	,267
C14	-,049	,175	,087	,039	,061	,016	,819	,001	-,030	,106	,066	-,110	,024	,093	,061
C15	,315	,090	,051	,133	,050	,015	-,054	,173	,702	,054	-,052	,096	,068	-,009	-,106
C16	,237	,075	,137	,163	,184	,031	,039	,736	,149	,115	,085	,174	,051	,044	,114
C17	,172	,236	,167	,059	,241	,023	-,014	,759	,159	,113	-,022	,031	,131	,042	-,066
C18	-,143	,252	,312	,170	-,024	,191	,098	,326	,379	,001	,198	,173	,198	-,022	,039
C19	,239	-,009	,193	-,028	,075	,133	,083	,295	,496	-,044	,261	-,053	,076	,277	,111
D1	,266	,054	,078	,129	,242	-,039	,003	,052	,102	,156	,749	,076	,077	,063	,047
D2	,162	,004	,114	,186	,235	-,088	,011	,055	,003	,253	,704	,045	-,019	,068	,087
D3	,060	,213	,077	,121	,165	,094	,038	,078	,012	,639	,236	-,087	-,133	,090	-,014
D4	-,052	-,133	,086	,615	-,020	,113	,035	-,020	,130	,125	,313	,080	,115	-,091	-,087
D5	,318	,005	,107	,040	,054	,148	,081	-,050	,140	,483	,212	,047	,178	-,002	,135
D6	,176	,158	-,076	,022	-,082	,017	,138	,297	,156	,520	,034	,102	,256	,128	,046
D7	-,007	,205	,152	,565	,332	,144	,146	-,062	,088	,051	,055	-,123	,101	-,064	,268
D8	,258	,012	,182	,462	,245	,105	,057	,194	-,131	,150	,347	,171	,010	,159	,183
D9	,296	-,043	,273	,119	-,056	,109	,030	,127	-,046	,541	,092	,319	,101	-,026	,105
D10	,233	-,062	,055	,642	,167	-,019	,050	,107	,081	-,011	-,015	,076	,161	,155	,239
D11	,495	,158	,315	,201	,009	,200	,038	,056	,194	,237	,275	,087	,022	,037	-,006
D12	,289	,080	,027	,551	-,114	-,055	-,035	,138	,300	,189	,191	,036	-,160	,086	-,254
D13	,214	,155	,267	,651	,210	,058	,025	,182	,067	-,023	-,054	,067	,191	,024	,027
D14	,532	,001	,257	,382	-,079	,097	-,005	,335	-,014	,223	,134	-,123	,001	,055	,089
E1	,120	,105	,812	,168	,152	-,015	,112	,089	,042	-,040	,002	,142	,050	,110	,013
E2	,217	,150	,785	,163	,107	,003	,111	,063	,134	-,034	,071	,137	,106	,044	-,025
E3	,227	,070	,530	,090	,135	,000	-,075	,088	,141	,257	,154	,054	-,129	,092	-,012
E4	,122	,166	,495	,013	,110	,051	-,034	,180	,083	,261	,077	-,087	,207	-,101	,068
F1	,635	,075	,159	,096	,336	,013	-,074	,083	,087	,045	,171	,003	,077	,032	,094
F2	,714	,068	,121	,046	,132	,229	,091	,134	,095	,135	,086	,104	,217	-,114	-,038
F3	,262	,012	,022	,111	,131	,104	-,013	,064	,171	,056	,006	,154	,756	,093	,026
F4	,186	,149	,166	,210	,038	,025	,011	,129	-,017	,073	,080	,031	,773	,065	-,073
F5	,632	,204	,113	,129	,014	-,096	,035	,073	,196	,071	,245	,145	,221	,139	,028
F6	,278	,032	,259	,351	,225	-,176	,246	-,034	,048	,062	,054	,136	,258	,214	-,193
F7	,642	,088	,173	,165	,098	,060	,046	,186	,224	,202	-,104	,225	,167	,013	,007

8.6. Anexo 6: Versión española modificada del Cuestionario *MOSPSC*

SECCIÓN B: PUNTUACIONES GLOBALES

PUNTUACIONES GLOBALES SOBRE LA CALIDAD

1. En general, ¿cómo puntuaría a su centro de salud en cada una de las siguientes dimensiones de la calidad asistencial?

	Pobre	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
Centrado en las preferencias individuales de los pacientes, a sus necesidades y valores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se basa en el conocimiento científico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minimiza esperas y demoras potencialmente perjudiciales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garantiza unos cuidados coste-efectivos (evita el desperdicio, la sobrecapacidad, o el mal uso de los servicios).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofrece la misma calidad asistencial a todos los individuos con independencia de su sexo, raza, étnia, nivel socioeconómico, idioma, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PUNTUACIÓN GLOBAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

2. Globalmente, cómo puntuaría el sistema y los procedimientos clínicos que su centro de salud ha puesto en marcha para prevenir, detectar, y corregir problemas que potencialmente pueden afectar a los pacientes:

SECCIÓN C: PREGUNTAS SOBRE SU TRABAJO EN EL CENTRO DE SALUD

1. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en este centro de salud?

Menos de dos meses
 De dos meses a menos de un año
 De un año a menos de tres años
 De 3 años a menos de 5 años
 De 6 años a menos de 11 años
 De 11 años a menos de 20 años
 Más de 20 años

2. Habitualmente, ¿cuántas horas trabaja en este centro de salud?

De una a 4 horas por semana
 De 5 a 16 horas por semana
 De 17 a 24 horas por semana
 De 25 a 32 horas por semana
 De 33 a 40 horas por semana

3. ¿Qué puesto tiene en el centro de salud? Marque la categoría que mejor refleje su trabajo.

Médico
 Gestor/a
 MIR
 Enfermera / Matrona
 Coordinador médico
 Responsable del área administrativa
 Responsable de enfermería
 Trabajador social
 Administrativos y otro personal no sanitario
 Otros profesionales sanitarios en el centro de salud:
 Auxiliar de enfermería
 Odontólogos
 Fisioterapeutas (de todos los tipos)
 Otros profesionales

4. ¿Qué nº de TIS tiene adscritas al cupo?

<500
 500-1000
 1000-1500
 1500-2000
 >2000

5. Edad

6. Sexo Varón Mujer

7. Situación laboral Fijo Intermio Eventual

8. Turno de trabajo Solo Mañana Solo tarde Mañana y tarde


9. Realiza guardias Si No

MUCHAS GRACIAS



CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCION PRIMARIA

VERSIÓN ESPAÑOLA MODIFICADA DEL MEDICAL OFFICE SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE (MOSPSA-PRO)



MINISTERIO DE SANIDAD
POLÍTICA SANEANDO

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA ENCUESTA

Por favor, piense en cómo se hacen las cosas en su centro de salud/consultorio.

El Membro profesional sanitario hace referencia a los médicos, enfermeras, residentes y otros: fisioterapeutas, auxiliares de enfermería, odontólogos, etc.

El Membro personal no sanitario hace referencia al resto de trabajadores del centro (administrativos, trabajadores sociales...). El Membro personal o equipo hace referencia al conjunto de las personas que trabajan en el centro de salud.

Si alguna pregunta no le afecta o no sabe responder, por favor, marque "No lo sé/No procede".

Si usted trabaja en más de una consulta, responda eligiendo únicamente a los hechos del lugar donde pasa la consulta la mayor parte del tiempo.

SECCIÓN A: LISTADO DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA CALIDAD

Los siguientes enunciados describen hechos que pueden ocurrir en el día a día del centro de salud/consultorio y que afectan a la seguridad de los pacientes y a la calidad asistencial. En su opinión, ¿con qué frecuencia han ocurrido los siguientes hechos en su centro de salud/consultorio en los últimos doce meses?

	Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre	No lo sé/No procede
Acceso a la atención sanitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. El paciente no consiguió una cita para consultar un problema de salud agudo en las siguientes 48h.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación del paciente					
2. Se utilizó la historia clínica de otro paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historias clínicas					
3. La historia clínica del paciente no estaba disponible cuando se precisó.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La información clínica se archivó en la historia clínica de otro paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipamiento médico					
5. El equipamiento médico no funcionó adecuadamente, precisaba reparación o sustitución.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicación					
6. Una oficina de farmacia contactó con el centro o la consulta para clarificar o corregir una prescripción.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La lista de medicación del paciente no se supervisó durante la consulta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnósticos y pruebas complementarias					
8. Los resultados de algunas pruebas de laboratorio o de imagen no estaban disponibles cuando se precisaron.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN B: INTERCAMBIO DE INFORMACION CON OTROS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas en su centro para intercambiar información precisa, completa, adecuada y oportuna, con cada uno de los siguientes dispositivos asistenciales?

	Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre	No lo sé/No procede
Problemas con servicios externos de pruebas complementarias (laboratorio, diagnóstico por imagen...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con otras consultas médicas fuera del centro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con oficinas de farmacia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con hospitales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Mayor adelantado	En intermedio	En intermedio	Menor adelantado	De nada adelantado	No lo sé ni adelantado ni atrasado
SECCIÓN C: TRABAJANDO EN EL CENTRO DE SALUD						
¿Cuál es su grado de acuerdo con los siguientes enunciados?:						
1. Cuando alguien tiene excesivo trabajo los compañeros le ayudan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En este centro hay un buen ambiente de trabajo entre los componentes del equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. En este centro, seríamos que atendemos con prisa a los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Este centro forma a su personal no sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En este centro, nos tratamos mutuamente con respeto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tenemos demasiados pacientes asignados para el número de profesionales sanitarios que tiene el centro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. En este centro se asegura que el personal no sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Este centro está más desorganizado de lo que debería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tenemos procedimientos adecuados para evaluar que el trabajo en el centro se ha realizado correctamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Al personal no sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tenemos suficiente personal no sanitario para manejar la carga de trabajo de los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. En este centro tenemos problemas con la organización y distribución del trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Este centro promueve el trabajo en equipo para el cuidado de los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Este centro tiene demasiados pacientes para hacer frente a todo de forma eficiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. El personal no sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Este centro forma a su personal sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. En este centro se asegura que el personal sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Al personal sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. El personal sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SECCIÓN D: COMUNICACIÓN Y SEGUIMIENTO						
¿Con qué frecuencia ocurren las siguientes situaciones en tu Centro de Salud?						
1. Los profesionales sanitarios del centro son receptivos a las propuestas de mejora de los no sanitarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En este centro, se anima al personal no sanitario a expresar puntos de vista alternativos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. El centro recuerda a sus pacientes cuándo deben citarse para revisiones o para actividades preventivas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. El personal no sanitario teme hacer preguntas cuando algo parece que no está bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En este centro se registra si nuestros pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SECCIÓN E: APOYO DE LOS LÍDERES						
1. ¿Está usted en una posición de liderazgo con responsabilidad para tomar decisiones en la gestión de los recursos de su centro de salud? (coordinador médico, responsable de enfermería, responsable administrativo).						
<input type="checkbox"/> SI (continúa en la sección F) <input type="checkbox"/> NO (responda a las preguntas de la 1 a la 4 que se muestran a continuación y luego pronga el cuestionario en la sección F)						
¿Cuál es su grado de acuerdo con los siguientes enunciados?:						
1. Los responsables de su centro no están invirtiendo suficientes recursos para mejorar la calidad asistencial en este centro de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Los responsables de su centro pasan por alto los fallos relacionados con la asistencia que ocurren una y otra vez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Los responsables de su centro dan prioridad a los procesos relacionados con la mejora de la atención a los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Los responsables de su centro a menudo toman decisiones basadas en lo que es mejor para el centro en lugar de lo que es mejor para los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SECCIÓN F: EN EL CENTRO						
¿Cuál es su grado de acuerdo con los siguientes enunciados?:						
1. Cuando hay un problema en nuestro centro, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Los procesos de nuestro centro son buenos para prevenir fallos que pueden afectar a los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. En este centro se producen fallos con más frecuencia de lo que deberían.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Si no cometemos más fallos que afectan a nuestros pacientes, es por casualidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Este centro modifica sus procesos para garantizar que los mismos problemas no vuelvan a ocurrir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. En este centro, es más importante realizar más trabajo que la calidad de la atención.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Después de introducir cambios para mejorar la asistencia, comprobamos si funcionan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

