

Universidad
Rey Juan Carlos

UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS

Facultad de Ciencias de la Salud

TESIS DOCTORAL

**Análisis de la cultura de Seguridad del Paciente en los
profesionales de Atención Primaria del Sistema
Nacional de Salud**

Guadalupe Olivera Cañadas

Directores:

Dra. Susana Lorenzo Martínez
Dr. José Ángel Maderuelo Fernández
Dra. María Pilar Astier Peña

Madrid 2017

TESIS DOCTORAL

**ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD
DEL PACIENTE EN LOS PROFESIONALES
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SISTEMA
NACIONAL DE SALUD**

Autora:

Guadalupe Olivera Cañadas

Directores de tesis:

Dra. Susana Lorenzo Martínez

Dr. José Ángel Maderuelo Fernández

Dra. María Pilar Astier Peña

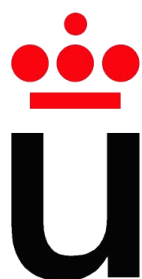
Tutor:

Dr. Alfonso Arias Puente

2017

TESIS DOCTORAL

**ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE EN LOS PROFESIONALES DE
ATENCIÓN PRIMARIA DEL SISTEMA NACIONAL
DE SALUD**



**Universidad
Rey Juan Carlos**

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

**UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS
2017**

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

CERTIFICAN: Que Dña. Guadalupe Olivera Cañadas ha realizado bajo su dirección la Tesis Doctoral titulada: "Análisis de la cultura de Seguridad del Paciente en los profesionales de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud".

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.....
de..... 2017

Fdo.
Susana Lorenzo Martínez

Fdo.
José Ángel Maderuelo Fernández

Fdo.
María Pilar Astier Peña



Universidad
Rey Juan Carlos

Facultad de ciencias de la salud. Departamento de medicina y cirugía, psicología, medicina preventiva y salud pública e inmunología microbiología médica y enfermería y estomatología.

D. ALFONSO ARIAS PUENTE, PROFESOR TITULAR DE OFTALMOLOGÍA 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 tutorizado por mí y dirigido por los Doctores Dña. Susana Lorenzo Martínez, D. José Ángel Maderuelo Fernández, y Dña. María Pilar Astier Peña, titulado: "Análisis de la cultura de Seguridad del Paciente en los profesionales de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud", realizado por Dña. Guadalupe Olivera Cañadas 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..... de..... 2017.

Fdo.

Alfonso Arias Puente

A mis padres Consuelo y Sebastián por
todo lo que me han enseñado

AGRADECIMIENTOS

De manera especial y sincera quiero agradecer a mis directores de tesis: a la Dra. Pilar Astier y al Dr. Jose Ángel Maderuelo, por todo lo que me han ayudado y he podido aprender de ellos. Por su esfuerzo y dedicación y también por la paciencia y el ánimo que siempre me han infundido. Han estado presentes en todo momento a pesar de la distancia que nos separa. Igualmente quiero agradecer a mi otra directora de tesis, la Dra. Susana Lorenzo quien ha enriquecido el trabajo de esta tesis y ha sido facilitadora en todos los aspectos.

Gracias a la Dra. Marisa Torijano y la Dra. Carmen Silvestre, quienes siempre me han animado a continuar con el trabajo y con las que iniciamos, junto al Dr. Maderuelo, la Dra. Astier y la Dra. Lorenzo este proyecto.

Gracias al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad por su financiación y apoyo, en especial a la Dra. Yolanda Agra y a la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC) por su soporte logístico en el trabajo de campo, especialmente a quien fue la principal interlocutora, Dña. Ana Pastor.

A D. Jorge Lema por su trabajo en la maquetación del cuestionario con el sistema TELEFORM y a Dña. 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, Pilar Astier Peña, Montserrat Barbera Gens, Rafael Bravo Toledo, Cecilia Calvo Pita, José María Coll Benejam, Juan José Jurado Balbuena, M^a José Lázaro Gómez, José Ángel Maderuelo Fernández, Pilar Marcos Calvo, María Dolores Martín Rodríguez, Sergio Minué Lorenzo, Jesús Palacio Lapuente, Pastora Pérez Pérez, José Saura Llamas y María Luisa Torijano Casaluenga) por su generosidad como grupo y buen hacer en “pro” de la seguridad del paciente.

No puedo dejar de tener presente también y recordar al Dr. Fernando Palacio Lapuente, ya fallecido, coordinador inicial del grupo de seguridad de SEMFyC. Tengo que agradecerle la confianza que depositó en mí desde el inicio y la oportunidad que me brindó de trabajar a su lado y entrar a formar parte de este grupo de seguridad del paciente del cual siento orgullo de pertenencia. Todos te echamos de menos Fernando!.

A mis padres, a quien no puedo menos que dedicarles el resultado de este trabajo. Por su amor, su entrega, su ayuda y 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 mis suegros por el apoyo moral brindado siempre.

A mis hijos, María, Manuel y Miguel, por tolerar mis ausencias tanto físicas como mentales, por todas las horas que les he robado. Ellos me enseñan con su paciencia diariamente.

A Luis Miguel, que ha llegado a mi vida justo en el momento más álgido de trabajo y ha sido el mejor compañero y amigo que se pueda tener.

A todos, muchísimas gracias!

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality.
AMSP: Alianza Mundial para la SP.
AP: Atención primaria.
APEAS: Estudio sobre la Seguridad del Paciente en Atención Primaria.
CAP: Centro de Atención primaria.
CCAA: Comunidades Autónomas.
EA: Eventos adversos
EAP: Equipos de Atención Primaria.
EUNetPas: European Network for Patient Safety.
FMAQ: Flight Management Attitude Questionnaire.
HSOPSC: Hospital Survey on Patient Safety Culture.
ISPP: Índice Sintético de Seguridad del Paciente.
IOM: Institute of Medicine.
MaPSaF: Manchester Patient Safety Assessment Framework.
MF: Médico de familia.
MOSPSC: Medical Office Survey on Patient Safety Culture.
MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
NPSA: National Patient Safety Agency.
OPS: Organización Panamericana de la Salud.
PSCHO: Patient Safety Culture in Healthcare Organizations.
RD: Real Decreto.
SAQ: Safety Attitudes Questionnaire.
SCS: Safety Climate Survey.
SEMFyC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.
SiNAPS: Sistema de notificación y aprendizaje para el SNS.
SP: Seguridad del paciente.
TSI: Tarjetas sanitarias individuales.
ZBS: Zonas Básicas de Salud.

ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen del proyecto	25
Capítulo 1.- Introducción	37
1.1.- Seguridad del paciente.....	38
1.1.1. ¿Qué es la seguridad del paciente?	38
1.1.2. La seguridad como dimensión de la calidad asistencial	38
1.1.3. La Seguridad del paciente a nivel mundial	40
1.1.4. La seguridad del paciente en España	42
1.2.-La cultura de las organizaciones en seguridad del paciente	44
1.2.1. Concepto de cultura de seguridad.....	44
1.2.2. Cultura de seguridad y clima de seguridad.....	45
1.2.3. Beneficios de las organizaciones con cultura de seguridad.....	46
1.2.4. ¿Cómo evaluar la cultura de seguridad en las organizaciones?	48
1.2.5. Herramientas para medir cultura de seguridad en Atención Primaria	50
1.3.- La Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud.....	53
1.3.1. Cómo se define la Atención Primaria de Salud	53
1.3.2. La Atención Primaria de Salud en España y su modelo organizativo	54
1.3.3. El contexto de la seguridad en la atención primaria	57
1.3.4. Medición de cultura de seguridad en AP en España	60
Capítulo 2.- Objetivos	63
2.1.- Objetivos	64
2.1.1.....	64
Objetivo general.....	64
2, 1,2,Objetivos específicos	64
Capítulo 3.- Material y método	65
3.1.- Metodología	66
3.1.1. Diseño.....	66
3.1.2. Población de estudio	66
.-Muestra.....	66
3.1.3. Variables de estudio.....	69

3.1.4. Puntuación y valoración de las categorías de respuesta	71
3.1.5. Distribución del cuestionario y recogida de la información	73
3.1.6. Análisis estadístico.....	76
3.2.- Herramienta para la explotación de resultados en los CAP	77
Capítulo 4.- Resultados	81
4.1.- Participación de las Comunidades Autónomas y tasa de respuesta	82
4.2.- Consistencia interna del cuestionario	83
4.3.- Datos sociodemográficos y laborales de los participantes	85
4.4.- Distribución de la frecuencia de las respuestas	86
4.5.- Cultura de seguridad del paciente según las diferentes variables estudiadas	86
4.5.1. Resultados globales y por dimensiones	86
4.5.2. Resultados según las características de los participantes.....	90
.-Sexo	90
.- Edad	93
.-Categoría profesional.....	98
.-Liderazgo.....	104
.-Tarjetas asignadas	108
.-Realización de guardias.....	112
.-Situación laboral	114
.- Turno de trabajo	118
4.5.3. Dimensiones que influyen en la Puntuación Global en SP de los CAP (preguntaG2)	122
4.5.4. Factores que determinan la percepción positiva de los profesionales sobre la SP de su CAP	124
4.6.- Resultados ofrecidos por la herramienta	127
Capítulo 5.- Discusión	137
5.1.- Tasa de respuesta.....	138
5.2.- Evaluación del instrumento de medida	139
5.3.- Calificación por dimensiones de la cultura de SP y calificación global.....	139
5.4.- Calificación de la cultura de SP en relación a variables sociodemográficas y laborales de los participantes.....	151
5.5.- Resultados obtenidos con la herramienta.....	157
5.6.- Limitaciones y sesgos	158
5.7.- Aportaciones del estudio y retos.....	159
5.7.1. Aportaciones para el conocimiento.....	160
5.7.2. Aportaciones para la práctica clínica	162

5.8.- Reflexión final.....	163
Capítulo 6.- Conclusiones	165
6.1.- Conclusiones.....	166
Capítulo 7. Anexos	168
Anexo 1. Actividades en Seguridad del Paciente desarrolladas por el Ministerio de Sanidad	169
Anexo 2. Cuestionario MOSPSC	171
Anexo 3. Kit de difusión del cuestionario.....	172
Anexo 5. Distribución de resultados de las respuestas según las diferentes secciones.....	196
Anexo 6. Resultados de la herramienta en la encuesta nacional en España 2011	203
Capítulo 8.- Bibliografía	208

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Puntuación media del ISSP y de cada una de las dimensiones del cuestionario en el total de la muestra.....</i>	<i>31</i>
<i>Tabla 2. Cuestionarios para medir cultura de seguridad del paciente.</i>	<i>50</i>
<i>Tabla 3. Nº de CAP seleccionados y de profesionales a encuestar según muestreo. .</i>	<i>68</i>
<i>Tabla 4. Nº de CAP seleccionados y de profesionales a encuestar incrementado según ajuste.....</i>	<i>69</i>
<i>Tabla 5. Dimensiones y preguntas de cada dimensión del cuestionarios MOSPSC ...</i>	<i>71</i>
<i>Tabla 6. Escala de opciones de respuesta de las preguntas del cuestionario.....</i>	<i>72</i>
<i>Tabla 7. Proceso de contacto, distribución y recogida del cuestionario.....</i>	<i>74</i>
<i>Tabla 8. Respuesta positiva, neutra y negativa para las variables de cada una de las secciones.....</i>	<i>78</i>
<i>Tabla 9. Participación de centros y profesionales por Comunidad Autónoma</i>	<i>83</i>
<i>Tabla 10. Alfa de Cronbach de las dimensiones comparado con el pilotaje de la AHRQ.</i>	<i>84</i>
<i>Tabla 11. Datos de carácter laboral de los participantes (tiempo trabajado en el centro y horas de trabajo a la semana).....</i>	<i>85</i>
<i>Tabla 12. Datos de carácter laboral de los participantes (nº de tarjetas sanitarias, situación laboral, turno de trabajo y realización de guardias o no por parte de los profesionales).....</i>	<i>86</i>
<i>Tabla 13. Puntuación media del ISSP y de cada una de las dimensiones del cuestionario en el total de la muestra.....</i>	<i>87</i>
<i>Tabla 14. Porcentaje de personas con percepción positiva y claramente positiva del ISSP y de cada una de las dimensiones del cuestionario en el total de la muestra.....</i>	<i>89</i>
<i>Tabla 15. Puntuación media del ISSP y de cada una de las dimensiones del cuestionario en el total de la muestra y según el sexo de los participantes.....</i>	<i>90</i>
<i>Tabla 16. Porcentaje de personas con percepción positiva y claramente positiva de del ISSP y de las diferentes dimensiones del cuestionario en el total de la muestra y según el sexo de los participantes.....</i>	<i>92</i>
<i>Tabla 17. Puntuación media del ISSP y de cada una de las dimensiones del cuestionario según los grupos de edad de los participantes y su correlación con la edad.</i>	<i>95</i>
<i>Tabla 18. Frecuencia de personas con percepción positiva y claramente positiva del ISSP y de cada una de las dimensiones del cuestionario según los grupos de edad de los participantes.....</i>	<i>97</i>

<i>Tabla 19. Puntuación media del ISSP y de cada una de las dimensiones del cuestionario según la categoría profesional de los participantes.....</i>	<i>100</i>
<i>Tabla 20. Porcentaje de personas con percepción positiva y claramente positiva del ISSP y de las diferentes dimensiones del cuestionario según su categoría profesional.</i>	<i>103</i>
<i>Tabla 21. Puntuación media y porcentaje de personas con percepción positiva y claramente positiva del ISSP y de las diferentes dimensiones del cuestionario según la característica de liderazgo de los participantes.....</i>	<i>105</i>
<i>Tabla 22. Puntuación media del ISSP y de cada una de las dimensiones del cuestionario según el nº de TSI adscritas al cupo.....</i>	<i>109</i>
<i>Tabla 23. Porcentaje de personas con percepción positiva y claramente positiva del ISSP y de las diferentes dimensiones del cuestionario según el nº de TSI adscritas al cupo.....</i>	<i>110</i>
<i>Tabla 24. Puntuación media y porcentaje de personas con percepción positiva y claramente positiva del ISSP y de las diferentes dimensiones del cuestionario, según la realización o no de guardias.</i>	<i>112</i>
<i>Tabla 25. Puntuación media del ISSP y de cada una de las dimensiones del cuestionario según la situación laboral de los participantes.</i>	<i>115</i>
<i>Tabla 26. Porcentaje de personas con percepción positiva y claramente positiva del ISSP y de las diferentes dimensiones del cuestionario según su situación laboral. .</i>	<i>117</i>
<i>Tabla 27. Puntuación media del ISSP y de cada una de las dimensiones del cuestionario según el turno de trabajo de los participantes.....</i>	<i>119</i>
<i>Tabla 28. Porcentaje de personas con percepción positiva y claramente positiva del ISSP y de las diferentes dimensiones del cuestionario según el turno de trabajo.</i>	<i>121</i>
<i>Tabla 29. Dimensiones predictoras de la puntuación global de SP (variable G2). Modelo de regresión lineal múltiple.....</i>	<i>122</i>
<i>Tabla 30. Variables predictoras de la percepción positiva y claramente positiva de los profesionales sobre la puntuación global de SP de su CAP (variable G2). Modelos de regresión logística múltiple.....</i>	<i>123</i>
<i>Tabla 31. Variables predictoras de la percepción positiva y claramente positiva de los profesionales en el ISSP. Modelos de regresión logística múltiple.....</i>	<i>125</i>
<i>Tabla 32. Variables que son puntos fuertes y áreas de mejora.....</i>	<i>127</i>

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1. Resultados comparativo nacional con las encuestas de la AHRQ (2012, 2014, 2016)</i>	<i>131</i>
<i>Figura 2. Valoraciones globales sobre la calidad. Atención centrada en el paciente.</i>	<i>132</i>
<i>Figura 3. Valoraciones globales sobre la calidad. Atención efectiva.</i>	<i>133</i>
<i>Figura 4. Valoraciones globales sobre la calidad. Atención a tiempo.</i>	<i>134</i>
<i>Figura 5. Valoraciones globales sobre la calidad. Atención eficiente.</i>	<i>135</i>
<i>Figura 6. Valoraciones globales sobre la calidad. Atención equitativa.</i>	<i>135</i>
<i>Figura 7. Valoraciones sobre SP en la encuesta a nivel nacional y las encuestas de AHRQ (2012, 2014, 2016).</i>	<i>136</i>

Resumen del proyecto

Introducción

Se define la cultura de seguridad de una organización como la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el estilo, la competencia y el compromiso de la gestión de la seguridad en una organización. 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 preventivas. La cultura de seguridad se considera fundamental para las prestaciones de seguridad en numerosas industrias, como la nuclear, la química, la petrolera, la ferroviaria y la de la aviación. Todas ellas prestan desde hace tiempo una gran atención a la evaluación de la seguridad, evalúan la complejidad y la multicausalidad de sus accidentes y esto les lleva a estudiar los factores organizacionales, de gestión y humanos, centrando las medidas de seguridad en medidas predictivas y prestando especial atención a la evaluación del clima de seguridad.

Las organizaciones que prestan asistencia sanitaria, dada la elevada morbilidad y mortalidad que conlleva dicha prestación, son consideradas como industrias de alto riesgo. El proceso asistencial entraña un riesgo potencial para los usuarios de los servicios sanitarios que puede ocasionar sucesos adversos no deseables, producidos muchas veces, como consecuencia del encadenamiento de múltiples fallos en el complejo sistema sanitario actual, y que por tanto son prevenibles en un alto porcentaje. La seguridad del paciente (SP) debe aspirar a reducir los errores y a evitar o minimizar el daño en los pacientes. Por ello, la cultura de SP busca continuamente minimizar el daño al paciente que puede resultar del proceso de prestación de la asistencia sanitaria, introduciendo el concepto de cultura dinámica con las acciones adoptadas para reducir el daño.

Promover la cultura de SP en las organizaciones sanitarias, es un reto internacional. Reto que ya se contemplaba en el informe Norteamericano de 1999 "To err is human". En 2003, el *National Quality Forum*¹ identificó como la primera de sus "30 prácticas seguras" promover una cultura de SP en las organizaciones, entendiendo que el mayor cambio para pasar a un sistema sanitario más seguro, es cambiar a otra cultura en la que los incidentes no sean 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 Varsovia en la que se instaba a los países miembros a trabajar en mejorar la cultura de SP en sus

organizaciones. En nuestro país, el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS) 2006-2010 contemplaba entre las grandes áreas de interés sanitario el fomento de la excelencia clínica y formulaba como una de las estrategias para lograrla, la estrategia nº 8, “Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS”. El primer objetivo de esta estrategia no era otro que promover una cultura de la SP en todos los niveles de la atención sanitaria.

Desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) liderará en 2004 la Alianza Mundial por la SP, las organizaciones sanitarias han considerado 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. Durante los últimos años se han propuesto diferentes herramientas de medición de la cultura de SP en las organizaciones sanitarias, siendo los cuestionarios la metodología más frecuentemente utilizada.

En atención primaria (AP) no hay muchos estudios que hayan valorado la cultura de SP y los existentes, procedentes de distintas partes del mundo, han utilizado cuestionarios como herramienta. El cuestionario más utilizado ha sido el Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) procedente de la *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* Norteamericana y creado para la valoración de la cultura de seguridad en hospitales; aunque algunos países han utilizado el HOSPSC para valorar la cultura de SP en AP tras adaptarlo a sus entornos y contexto.

En nuestro país la única aproximación a valorar la cultura de SP en AP, se hizo en 2009, utilizando el HSPSC también tras un proceso de adaptación previo. No obstante, no hay que olvidar que la atención sanitaria en el nivel primario presenta importantes diferencias con respecto de la atención hospitalaria tanto en la estructura organizativa, administrativa, como en los procesos clínicos y en las razones y tipos de visita. La AP en España, se caracteriza fundamentalmente por la cualidad ambulatoria de la asistencia y por la constitución de equipos multidisciplinares que atienden a un gran volumen de población por enfermedades de alta prevalencia y a lo largo de muchos años de su vida. Por estos motivos, se hace necesario utilizar un cuestionario adaptado a la misma y validado en nuestro medio.

En marzo de 2009, la AHRQ presentó una versión específica para los centros de salud y la atención ambulatoria que es el: *Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC)*. Este cuestionario está traducido, validado y adaptado en nuestro país y se

encuentra accesible en la página del Ministerio para su uso por los profesionales de la salud.

Si se quiere fomentar la cultura de SP es necesario previamente conocer cuál es la percepción de los profesionales al respecto. Por ello y dado que ya se dispone de un instrumento validado para medir la cultura de SP en nuestro entorno y que el único estudio llevado a cabo en nuestro país fue realizado con el HSPSC, este trabajo pretende conocer la percepción que los profesionales de AP tienen en cuanto a la cultura de seguridad en sus centros de salud, utilizando como herramienta de evaluación el MOSPSC.

Objetivo

Objetivo general

Determinar la percepción que tienen los profesionales de los centros de atención primaria (CAP) en España sobre la cultura de SP.

Objetivos específicos

- Comprobar la percepción que tienen los profesionales de los CAP en España sobre las diferentes dimensiones de la SP, incluida la valoración global sobre la calidad asistencial.
- Determinar los factores (sociodemográficos y laborales) asociados a la percepción positiva de la seguridad del paciente en los CAP.
- Identificar las dimensiones de SP que son percibidas como puntos fuertes y las áreas de mejora.

Metodología

Para llevar a cabo este proyecto se ha diseñado un estudio descriptivo transversal en el que la población de referencia han sido todos los profesionales que desarrollan su labor en el ámbito de AP de las 17 Comunidades Autónomas (CCAA) de España.

El cálculo del tamaño de la muestra se ha estimado a partir de una población total de 85.000 profesionales (datos recogidos en el Catálogo de centros sanitarios del MSSSI

de 2009) Se ha considerado una precisión de 0.1; un margen de confianza del 95%; una desviación estándar, procedente de un estudio piloto, de 2,3; un efecto del diseño de 2,5; y una tasa de reposición del 40% para dar cobertura a pérdidas y reemplazos en el despliegue del cuestionario. Finalmente la muestra obtenida ha sido de 7410 profesionales.

La selección de la muestra se ha realizado mediante un muestreo estratificado monoetápico con representatividad nacional. Para ello, la estratificación se ha efectuado por CCAA (en función del número de profesionales de cada una de ellas). Una vez calculado el número de profesionales por CCAA, se estima el número de CAP a seleccionar en cada comunidad, teniendo en cuenta la media de profesionales por centro en la comunidad correspondiente, siendo el resultado de 254 CAP. Dado el reducido número de CAP que corresponde muestrear en algunas CCAA y que se refleja en la tabla anterior, se realiza un ajuste en el número de CAP a los que se propone participar, incrementando hasta 10 el número de los CAP que como mínimo se seleccionan en cada CCAA. El número de CAP resultantes es de 289 y por tanto también aumenta el número de profesionales incluidos a 8378.

Por último se lleva a cabo un muestreo aleatorio simple de los CAP correspondientes a cada estrato. La unidad de análisis ha sido cada uno de los profesionales que trabajan en los CAP seleccionados.

Las variables que han sido estudiadas son las variables universales y otras variables predictoras de la población muestreada (edad, sexo, categoría, puesto que ocupa, número de tarjetas sanitarias adscritas...etc), así como las variables sobre las dimensiones de la cultura de seguridad.

Las preguntas tienen diferentes escalas de medida según las secciones del cuestionario. La valoración de las respuestas se ha realizado otorgando el valor 1 cuando la respuesta seleccionada expresa una percepción más negativa a la SP y el valor de 5 ó 6 cuando expresa la actitud más positiva o percepción más favorable. Para poder realizar un análisis comparativo de todas las dimensiones, la escala de respuesta original para las secciones A y B ("Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad" e "Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales"), que tienen 6 categorías de respuesta, se han transformado a una escala de rango 1 a 5, al igual que el resto de secciones, aplicando la fórmula: puntuación asignada en la escala original (PEO) x (4/5) + 0,2.

Se ha calculado una puntuación resumen específica de cada dimensión mediante la media de las puntuaciones otorgadas a las preguntas que integran la dimensión correspondiente. Además se ha definido el Índice Sintético de Seguridad del Paciente (ISSP) como la media de las puntuaciones otorgadas a todas las preguntas que integran las diferentes dimensiones analizadas. En todos los casos el rango es de 1 a 5 y se ha considerado que un profesional tiene una percepción positiva, en una determinada dimensión o en el ISSP, si tiene una puntuación > 3 y la percepción es claramente positiva si es ≥ 4 .

Para evitar errores en el tratamiento posterior de los datos, el cuestionario ha sido editado con el Sistema Teleform, lo que ha permitido su lectura automatizada mediante el scanner de dicha plataforma. Para la distribución del mismo se ha contado con la colaboración de los responsables de seguridad del paciente del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), con los responsables de seguridad autonómicos, así como con la secretaria técnica de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria..

Se ha realizado el estudio descriptivo de las variables y de forma específica de las características de la muestra mediante la distribución de frecuencias para las variables cualitativas y la media y desviación estándar para las cuantitativas.

Para conocer la cultura de los profesionales de AP respecto a la seguridad del paciente, se ha calculado la media y el intervalo de confianza al 95% en cada una de las dimensiones del cuestionario y del índice sintético de seguridad del paciente (ISSP), calculando también el porcentaje de personas con percepción positiva (puntuación >3) y claramente positiva (puntuación ≥ 4) para cada dimensión y para dicho índice sintético. Se ha procedido también al cálculo para cada una de las dimensiones del cuestionario del porcentaje de personas con percepción positiva y claramente positiva.

La relación entre las puntuaciones de cada dimensión del cuestionario y las variables socio-profesionales, se ha estudiado con el coeficiente de correlación de Pearson para el caso de variables cuantitativas, la prueba de la t de Student para las variables cualitativas de dos categorías y mediante el análisis de la varianza de una vía para el caso de variables cualitativas de más de dos categorías. En el caso de comparaciones múltiples de medias se ha utilizado el ajuste de Bonferroni si el ANOVA es significativo.

Resultados

Han participado en el estudio un total de 15 CCAA, lo que ha reducido el número total de CAP que estaba previsto, quedando en 245; por el mismo motivo ha disminuido el número estimado de profesionales a encuestar. De los 245 CAP previstos han respondido finalmente un total de 215 CS, lo que supone un 87,75% de participación, siendo la tasa promedio de respuesta en los mismos del 56,16%.

Han cumplimentado el cuestionario un total de 4344 profesionales, de los cuales el 70,7% son mujeres y el 29,3% varones con una media de edad de 47,0 años (IC95% de 46,7 a 47,3).

En cuanto al número de años trabajados en el mismo centro de salud, el porcentaje mayor es el que corresponde al intervalo entre 3 y 6 años, con un 23,6%, teniendo la mayoría de los encuestados un número de horas semanales de trabajo entre 33 y 40. La categoría profesional con mayor representación son médicos (42,2%) y el (34,9%) son profesionales de enfermería, correspondiendo un 18,0% a los profesionales no sanitarios. Un 8,8% tienen dentro del CAP un puesto de responsabilidad de los que el 45,3% son coordinadores o directores médicos, el 19,1% jefes de grupo administrativos y el 35,6% responsables de enfermería. A su vez se identifican un 1,8% como MIR, un 1,4% son trabajadores sociales y un 1,7% se clasifican como otro tipo de trabajadores sanitarios (de los cuales el 45,5% son auxiliares de enfermería, 13,0% odontólogos, 17,7% fisioterapeutas y 23,8% otros profesionales).

En cuanto al número de tarjetas sanitarias individuales (TSI), un 43,5% de los profesionales tiene un número que oscila entre 1500 y 2000 y sólo un 13,8% tienen más de 2000 tarjetas adscritas.

La puntuación obtenida en cuanto a cultura de seguridad del paciente ha sido medida gracias al ISSP sintético (media de las puntuaciones otorgadas a todas las preguntas que integran las diferentes dimensiones analizadas) y su valor ha sido de 3,72 (rango de 1 a 5) (IC 95%; 3,70 - 3,73), con una desviación estándar (DE) de 0,45, así como gracias al valor obtenido en la variable (G2) del propio cuestionario que da una puntuación global en seguridad del paciente y cuyo valor medio es de 3,25 (ICI 95%; 3,23- 3,28). Esta puntuación global tiene un valor menor que el resto de las dimensiones de cultura de seguridad del paciente a excepción de la dimensión de "Ritmo y carga de trabajo" con una media de 2,76 (ver tabla I).

Tabla I. Puntuación media del ISSP y de cada una de las dimensiones del cuestionario en el total de la muestra.

Dimensión (preguntas que la integran)	Total Media (IC95%)
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad (A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9).	4,18 (4,16-4,20)
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (B1 B2 B3 B4).	3,96 (3,93-3,99)
Trabajo en equipo (C1 C2 C5 C13).	3,90 (3,87-3,92)
Ritmo y carga de trabajo (C3 C6 C11 C14).	2,76 (2,74-2,79)
Formación del personal no sanitario (C4 C7 C10).	3,48 (3,45-3,51)
Formación del personal sanitario (C16 C17 C18).	3,49 (3,46-3,51)
Procedimientos establecidos en el centro (C8 C9 C12 C15).	3,45 (3,43-3,48)
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios (C8 C9 C12 C19).	3,50 (3,48-3,52)
Comunicación franca (D1 D2 D4 D10).	3,65 (3,63-3,67)
Seguimiento de la atención a los pacientes (D3 D5 D6 D9).	4,00 (3,97-4,02)
Comunicación sobre el error (D7 D8 D11 D12).	3,76 (3,73-3,78)
Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios (D13 D8 D11 D14).	3,81 (3,79-3,83)
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente (E1 E2 E3 E4).	3,57 (3,55-3,60)
Aprendizaje organizacional (F1 F5 F7).	3,83 (3,81-3,85)
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad (F2 F3 F4 F6).	3,71 (3,69-3,74)
Puntuaciones globales sobre la calidad (G1A G1B G1C G1D G1E)	3,42 (3,40-3,44)
Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2).	3,25 (3,23-3,28)
Índice sintético (ISSP)	3,71 (3,70-3,73)

El análisis desagregado por sexo ha demostrado un patrón de resultados semejante al descrito para el total de la muestra, se repiten por ello las dimensiones mejor y también, la peor valorada. Tanto los varones como las mujeres otorgan puntuaciones medias superiores a 3 en todas las dimensiones excepto en la de "ritmo y carga de trabajo". Sin embargo las mujeres tienen una percepción de la cultura de SP en el CAP

ligeramente más positiva (media de 3,74; IC 95%, 3,72-3,75) que los varones (media de 3,69; IC 95%, 3,66-3,72).

Por categoría profesional, la cultura de SP se percibe de forma diferente, de forma que los profesionales de enfermería (E) tienen la mayor puntuación con un valor de índice sintético de 3,76 (IC95%; 3,73-3,78); le siguen los médicos (M) con una media de 3,69 (IC95%; 3,67-3,71), siendo el colectivo de administrativos (A) los que obtienen la puntuación media más baja, 3,64 (IC95%; 3,60-3,67). Las diferencias entre cada categoría son de pequeña magnitud, aunque todas son estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

Todas las dimensiones se perciben de forma positiva, obteniendo puntuaciones medias superiores a 3 por todas las categorías profesionales con excepción de “ritmo y carga de trabajo” que muestra medias entre 2,79 (E) y 2,72 (M) (con diferencias que no son significativas). Es llamativa la valoración que hacen los diferentes colectivos respecto a las dimensiones relativas a la formación. La “formación del personal no sanitario” es la segunda dimensión peor valorada por el colectivo de administrativos, que otorgan una media de 3,18 (IC95%; 3,10-3,25), muy diferente de las puntuaciones efectuadas por médicos, 3,54 (IC95%; 3,49-3,58) y por los profesionales de enfermería, 3,59 (IC95%; 3,54-3,64), no existiendo diferencias entre sanitarios. Al contrario ocurre con la dimensión de “formación del personal sanitario”, donde la media de los administrativos (3,69) es significativamente más alta que la de enfermería (3,56) y esta a su vez más alta que la de los médicos (3,37).

Las personas que reconocen desarrollar un puesto de responsabilidad, o liderazgo en el CAP tienen una puntuación total de cultura de seguridad del paciente de 3,84 (IC95%; 3,80-3,88) mayor a la que muestran los profesionales no líderes 3,70.

Los grupos de edad que obtienen una puntuación mayor en el índice sintético de seguridad del paciente son: el grupo más veterano, de 56 a 69 años que tienen una puntuación de, 3,76 (IC 95%; 3,73 – 3,80), y el más joven < de 41 años, con un valor de 3,74 (IC 95%; 3,71 – 3,74), mostrando diferencias significativas con el grupo de 41 a 55 años que tiene un valor de 3,70 (IC 95%; 3,68 – 3,72).

Las puntuaciones medias de las diferentes dimensiones en función de los tres grupos de edad establecidos, menores de 41 años, de 41 a 55 y de 56 a 69 años son, para todos los grupos, superiores a 3 en todas las dimensiones, excepto en la dimensión de “Ritmo y carga de trabajo”.

Los profesionales que tienen cupos más pequeños (de < de 1000 tarjetas sanitarias) obtienen mayores puntuaciones en el índice sintético de cultura de seguridad con un valor de 3,82 (IC95%; 3,78-3,87), que a su vez superior al obtenido por el grupo con tarjetas entre 1000 y 1500, con valor de 3,74 (IC95%; 3,71-3,77) y éste, a su vez,

mayor que la del grupo de más de 1500 TSI, que presenta una media de 3,66 (IC95%; 3,64 – 3,69).

Los profesionales con menos de 1000 TSI tienen puntuaciones medias superiores a 3,80 en 8 dimensiones, el grupo entre 1000 y 1500 en 6 dimensiones y los que tienen más de 1500 en 4 dimensiones.

Aquellos profesionales con contrato de carácter eventual tienen un índice sintético de cultura de seguridad de 3,80 (IC95%; 3,76-3,84) que es superior al obtenido por los profesionales con contrato fijo o interino cuyas puntuaciones medias son, 3,69 (IC95%; 3,67-3,70) y 3,73 (IC95%; 3,70-3,77) respectivamente.

Los profesionales que hacen guardias tienen un índice sintético de cultura de seguridad del paciente de 3,76 (IC95%; 3,73-3,78) que es más alto que la media de 3,68 (IC95%; 3,66-3,70) que obtienen los que no realizan guardias (3,68 IC95%; 3,66-3,70). Los profesionales que realizan guardias también obtienen medias más elevadas que los que no hacen guardias en la puntuación global de seguridad del paciente (3,30 y 3,23) respectivamente.

Conclusiones

La percepción que tienen los profesionales que trabajan en el ámbito de atención primaria del SNS, acerca de la seguridad del paciente en sus centros de salud puede ser considerada como buena, siendo más positiva en aquellas dimensiones que implican aspectos relacionados con el trabajo diario y el seguimiento de los pacientes en el CAP.

Este trabajo supone un importante punto de referencia en el que apoyarnos en este campo ya que, nos muestra las fortalezas que podemos y debemos aprovechar en el primer nivel asistencial y, por otro lado, nos recuerda también que, en seguridad del paciente en la AP española, todavía nos queda un largo camino por recorrer. En efecto, estas opiniones sobre percepción de cultura de nuestros profesionales, nos han permitido identificar las áreas de mejora en las que debemos seguir trabajando en seguridad del paciente. Estas áreas son aquellas dimensiones de cultura de seguridad del paciente que, en el cuestionario aplicado, han obtenido puntuaciones más bajas, como ritmo y carga de trabajo.

Capítulo 1.- Introducción

1.1.- Seguridad del paciente

1.1.1. ¿Qué es la seguridad del paciente?

A pesar de que se han realizado muchos estudios en este campo no hay, a día de hoy, una definición universalmente aceptada de seguridad del paciente (SP).

Para la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) americana² la “SP es una disciplina dentro del sector salud que aplica métodos científicos de seguridad con el objetivo de lograr un sistema confiable de atención a la salud”.

El *National Quality Forum*³, definió la práctica de SP como “un tipo de proceso o estructura cuya aplicación reduce la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención a la salud dentro de un rango de enfermedades y procedimientos”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el lanzamiento de su Alianza Mundial para la SP (AMSP)⁴ en octubre de 2004, determinó que la SP era la “ausencia de daño prevenible al paciente durante el proceso de la atención a la salud”

La Fundación Nacional de SP⁵ dedicada únicamente a la reducción del daño por error médico, definió la SP como, “la eliminación, prevención y mejoramiento de efectos adversos o lesiones derivados del proceso de atención a la salud, incluyendo errores, desviaciones y accidentes”; “la seguridad surge de la interacción adecuada de los componentes del sistema de atención a la salud”.

Por último, el *Institute of Medicine* (IOM)⁶ definió la SP como “la prevención del daño causado por errores de comisión y omisión”.

En todas estas definiciones está implícito que debido a la complejidad de la atención a la salud, el proceso asistencial entraña un riesgo potencial para los usuarios de los servicios sanitarios y que muchos de ellos son prevenibles. Por tanto, la SP debe aspirar a reducir los errores y a evitar o minimizar el daño en los pacientes.

1.1.2. La seguridad como dimensión de la calidad asistencial

La OMS⁷ define la calidad de la asistencia sanitaria, como aquella que asegura que cada paciente recibe el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr así el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

El IOM⁸ establece que la calidad de los servicios sanitarios se mide, por el grado en que los servicios de salud destinados a los individuos y a las poblaciones aumentan la probabilidad de conseguir unos resultados de salud óptimos y comparables con los conocimientos actuales de los profesionales.

Estas definiciones tienen en común la consideración de que la calidad asistencial es un concepto multidimensional. Habitualmente las dimensiones atribuidas a la calidad han sido: efectividad, eficiencia, satisfacción de los usuarios, accesibilidad, adecuación y competencia profesional. La SP fue una dimensión incorporada más tarde por el propio IOM, tal y como aparece en el informe "*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*"⁹ y que pone de manifiesto que se altera la calidad asistencial de los pacientes cuando se producen eventos adversos (EA) que además son prevenibles. Aunque existen evidencias documentadas desde el siglo XIX, ya Florence Nightingale se refirió a la SP afirmando que "las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas siempre que se comparen intervenciones o tratamientos con resultados", no es hasta finales del siglo XX cuando se realizan estudios de su ocurrencia de forma sistemática. Dichos estudios pusieron de manifiesto la magnitud de los mismos, sus graves repercusiones y elevada frecuencia, así como la evitabilidad de un porcentaje considerable de ellos. Es por esto que la SP ha adquirido un papel protagonista en la gestión de la calidad de los servicios sanitarios, y la OMS y otras organizaciones¹⁰ vinculan explícitamente la SP con la calidad de la atención sanitaria y recomiendan que se preste la mayor atención posible a este aspecto de la atención sanitaria.

Hoy en día, una atención sanitaria de calidad es impensable sin tener en cuenta el atributo o dimensión de la seguridad, considerándose, en este sentido, como una dimensión esencial de la calidad. Se convierte así la SP en una dimensión transversal del resto de dimensiones, siendo incluso la base sobre la que se construye el resto de las mismas, tal y como refleja el informe "*To err is human, Building a safer health*

*system*¹¹, que mide por primera vez la trascendencia de una forma global y el impacto de los problemas de SP en el sistema sanitario.

La calidad y la SP son culturas estrechamente vinculadas, de forma que no se podría hablar enteramente de la primera sin considerar el enfoque de la segunda. Se trata, en definitiva, de mejorar la calidad de la atención sanitaria mediante la incorporación de intervenciones y estrategias de SP.

1.1.3. La Seguridad del paciente a nivel mundial

La preocupación por la SP no es un tema nuevo, ya que los primeros estudios datan de 1950¹², aunque en su momento no atrajeron la atención de forma significativa.

En 1991 Brennan et al publicaron el estudio Harvard, en el que se valoraba la incidencia de sucesos adversos en más de 30.000 pacientes hospitalizados en 51 hospitales de agudos del estado de Nueva York a lo largo de 1984. Fue el primer estudio que cumplió con una metodología adecuada, lo que le dió una validez suficiente como para ser reconocido como modelo^{13,14}. El principal objetivo del estudio era valorar la posible negligencia o evitabilidad que había en los llamados EA, siendo la incidencia de EA encontrados de 3,8%.

Estudios posteriores fueron llevados a cabo en diferentes partes del mundo: Utah y Colorado^{15,16}, Australia¹⁷, Reino Unido¹⁸, Dinamarca¹⁹, Nueva Zelanda²⁰, Canadá^{21,22} y España²³ y todos ellos confirmaron la presencia de EA, entre un 4% y un 17% de los pacientes ingresados, así como la posibilidad de evitar el problema en alrededor de un 50%.

En 1999 el informe "*To err is human, Building a safer health system*" elaborado por el IOM de EEUU causó un gran impacto en la sociedad y en la propia clase médica, ya que ponía de manifiesto que entre 44.000 y 98.000 norteamericanos fallecían anualmente debido a fallos y errores cometidos en el sistema sanitario de EEUU, lo cual representaba más muertes que las producidas por accidentes de automóvil, por el cáncer de mama o por el SIDA y que un 7%-14% de las hospitalizaciones presentaban un EA relacionado con la atención sanitaria y no por las condiciones propias del paciente y dentro de ellos, entre un 3%-4% resultaban mortales. El

mensaje fundamental fue que estos sucesos se producían como consecuencia del encadenamiento de múltiples fallos en el complejo sistema sanitario actual, y que eran prevenibles en un alto porcentaje. Este estudio fue producto del proyecto denominado "Quality of Health Care in América" desarrollado con el propósito de establecer una estrategia para mejorar la calidad del sistema sanitario norteamericano.

A partir de entonces no sólo se revisaron los estudios previos, sino que se impulsaron trabajos relacionados con el tema. A este informe le siguieron otros como el ya mencionado "*Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21st Century*" también del IOM de EEUU o "*An Organization with aMemory: report of an Expert Group on Learning from Adverse events in the NHS*" en el Reino Unido²⁴. Este organismo tras identificar condiciones semejantes a las presentes en EEUU, inició una política de identificación y reducción de errores médicos implementando un plan de gobierno con el propósito de promover la SP, que a su vez estaba integrado en un programa prioritario, "Construyendo un Sistema Seguro"²⁵.

El IOM se propuso reducir los EA en un 50% en el plazo de 5 años, durante los cuales se identificaron una serie de sistemas de alerta, de prácticas seguras, así como estrategias para desarrollarlas. Al cumplirse el plazo se evaluó la eficacia de las acciones abordadas y los resultados de esta evaluación encontraron como debilidades el limitado impacto de las acciones puestas en marcha, sobre todo en lo que son los sistemas de notificación de incidentes y en lo referente al escaso progreso en la mejora de las competencias que son exigibles a los profesionales²⁶. Todo esto alentó el movimiento por la SP a nivel mundial.

En el año 2004, en el marco de la 57ª Asamblea de la OMS se creó la AMSP²⁷ para coordinar y difundir las prácticas seguras en todo el mundo. A partir de entonces y a lo largo de los últimos años, las principales organizaciones con responsabilidad en cuestiones de salud y servicios sanitarios como, la OMS²⁸, la Organización PanAmericana de la Salud (OPS)²⁹, el Comité de Sanidad del Consejo de Europa^{30,31} y diversas agencias, institutos y organismos internacionales^{32,33,34,35} han desarrollado estrategias para proponer planes y acciones que permitan mejorar la SP y controlar los EA evitables en la práctica clínica.

La AMSP puso en marcha seis programas que perduran en la actualidad³⁶:

- “Una atención limpia es una atención segura” para abordar el problema de las infecciones;
- “Pacientes para la SP”, para involucrar a pacientes y consumidores,
- “Taxonomía para la SP”, para elaborar una taxonomía que permita la notificación de sucesos adversos,
- “Investigación en el campo de SP” para elaborar sistemas de notificación y aprendizaje y,
- “Soluciones para la SP” para la identificación y divulgación de buenas prácticas. Este último programa ha sido llevado a cabo junto a la *Joint Commission* y la *Joint Commission Internacional*.

También en 2005, el Consejo de Europa redactó la *Declaración de Varsovia*³⁷ sobre la SP con el lema, “La seguridad de los pacientes como un reto europeo”. En ella se aconsejaba a los países que aceptaran el reto de abordar el problema de la SP a escala nacional, mediante el desarrollo de una cultura de la SP con un enfoque sistémico y sistemático, instando a trabajar en este sentido a todos los países miembros.

Actualmente los retos internacionales en SP siguen orientados en dos grandes áreas: el cambio cultural de los profesionales y la implementación de prácticas seguras. En cuanto al cambio de cultura, conocer la cultura de seguridad de una organización es el paso previo para su mejora. Además varios estudios han puesto de manifiesto la relación entre el clima positivo de seguridad y la mejora de la implementación de prácticas seguras y mejores resultados clínicos^{38,39}.

1.1.4. La seguridad del paciente en España

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) se unió a la AMSP en el año 2005 y desde entonces ha estado trabajando de manera intensa en esta línea. Por ello, ha situado la SP en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad, quedando así reflejado en la estrategia número 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS)⁴⁰, que se viene desarrollando desde el 2005 en coordinación con las Comunidades Autónomas (CCAA). La estrategia nº 8 tiene por objetivo principal mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios. Para ello, se han ido realizando muchas

actividades e impulsado un gran número de iniciativas, que se engloban dentro de los elementos clave recomendados a nivel internacional para la mejora de la seguridad de la atención sanitaria. Uno de esos elementos clave y el primer objetivo específico de la estrategia ha sido promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de SP entre los profesionales y los pacientes, en cualquier nivel de atención sanitaria. El resto de objetivos, de manera indirecta, contribuyen a la creación de la cultura de SP. Las actividades desarrolladas por el Ministerio, en el periodo comprendido desde 2005 hasta 2011^{41,42} quedan recogidas en el anexo 1.

Todas ellas demuestran el importante esfuerzo económico y humano que se ha invertido en SP y que ha llevado una intervención sinérgica y colaborativa en todos los grupos de interés, de forma que la SP ha quedado incluida en los planes de calidad de muchas CCAA^{43,44,45,46,47,48,49,50,51,52} y en la agenda de trabajo de numerosas sociedades científicas y asociaciones de pacientes⁵³.

Dentro de esta tarea de colaboración con las CCAA y sociedades científicas, la mayor cantidad de recursos y proyectos han sido destinados al ámbito hospitalario, donde la SP tiene un mayor impacto; así de las tres prácticas seguras en las que todas las CCAA se han implicado en este período, “Programa de higiene de manos”⁵⁴, “Proyecto bacteriemia Zero”⁵⁵ y “Proyecto Neumonía Zero”⁵⁶, solo el de higiene de manos ha tenido desarrollo efectivo en Atención Primaria (AP)⁵⁴.

Así mismo el sistema de notificación y aprendizaje para el SNS (SiNAPS)⁵⁷ inició su andadura y pilotaje en hospitales de diferentes CCAA, realizando su extensión posterior a la AP. Algunas CCAA fueron pioneras en la creación de sistemas propios como ocurrió con la Comunidad Andaluza⁵⁸ o la Comunidad de Madrid cuyo sistema de notificación fue creado inicialmente solo para AP⁵⁹, siendo extendido recientemente, (2016), al ámbito hospitalario. Este mayor impulso de la estrategia de SP a nivel hospitalario quedó igualmente reflejado en el número de indicadores elaborados para evaluar el desarrollo de la estrategia de SP en el SNS⁶⁰, donde de 15 indicadores sólo 2 corresponden a AP: el porcentaje de Gerencias de AP con Sistemas de Notificación y Aprendizaje de incidentes relacionados con la SP y el porcentaje de Gerencias de AP con Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos operativas.

La extensión de esta estrategia a todos los rincones del SNS y a sus profesionales sigue siendo un importante reto en el que es fundamental la colaboración con las CCAA, respetando y complementando las acciones que cada una de ellas vaya desarrollando en el ejercicio de sus competencias, así como contar con la colaboración de las sociedades científicas de profesionales que permitan igualmente un mayor empuje en la difusión de la SP. Actualmente, después de diez años, se ha elaborado una nueva estrategia que tiene un periodo de desarrollo desde 2015 a 2020⁶¹. El diseño de esta estrategia ha sido posible gracias al trabajo de los coordinadores científicos y técnicos de la estrategia y del comité técnico institucional de las CCAA que han asumido el compromiso de afrontar esta actualización de una manera rigurosa y exhaustiva, así como a la colaboración de los profesionales comprometidos con la mejora de la SP en los diferentes ámbitos asistenciales y de gestión. Esta nueva estrategia tiene en cuenta los logros y las fortalezas previamente alcanzados y establece seis líneas de desarrollo; la primera de ellas incide en la cultura de SP factores humanos y organizativos y para ello uno de sus objetivos específicos consiste en favorecer la evaluación del clima de seguridad en las organizaciones sanitarias y la difusión de sus resultados, como ayuda a la implementación de prácticas seguras y recomienda por ello evaluar periódicamente, a través de instrumentos validados, el clima de seguridad de la organización como ayuda al conocimiento de los puntos débiles y fuertes con respecto a la SP.

1.2.-La cultura de las organizaciones en seguridad del paciente

1.2.1. Concepto de cultura de seguridad

Se define cultura de seguridad de una organización como la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el estilo, la competencia y el compromiso de la gestión de la seguridad en una organización. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua, comparten la percepción de la importancia de la seguridad y confían en la eficacia de las acciones preventivas⁶². Tanto las personas como la organización son capaces de reconocer errores, aprender de ellos, y actuar para su rectificación. La cultura de SP, según la definición adoptada en 2006 por la *European Society for Quality in Health Care*, busca continuamente minimizar el daño al paciente que puede resultar del proceso de

prestación de la asistencia sanitaria, introduciendo el concepto de cultura dinámica con las acciones adoptadas para reducir el daño⁶³.

1.2.2. Cultura de seguridad y clima de seguridad

Los términos cultura y clima se utilizan de manera indiferente e intercambiable en la literatura organizacional porque, aunque sus constructos tienen perspectivas diferentes⁶⁴, tienen un núcleo común que consiste en tratar de describir y explicar las relaciones que existen entre grupos de personas que comparten situaciones y experiencias específicas y el impacto del sistema o la organización sobre los individuos⁶⁵. En general la cultura se refiere a los valores y las presunciones profundamente arraigadas y que se dan por supuesto y el clima alude a los factores ambientales percibidos de manera consciente.

Para algunos autores⁶⁶, el clima son las percepciones compartidas de la situación organizacional (son percepciones individuales, pero debe existir un elevado grado de consenso para considerarse clima). Se refiere a la percepción compartida de la política, la práctica, los procedimientos formales e informales, la toma de decisiones y las relaciones interpersonales entre empleados, jefes y compañeros, lo que puede ser un claro indicador de las metas organizacionales y de los medios para alcanzarlas⁶⁷. Es algo así como la atmósfera del entorno de trabajo o como “lo que se respira en ella” y tiene que ver con el conjunto de sentimientos y emociones favorables y desfavorables con la cual los empleados valoran su trabajo.

En resumen clima organizacional tiene que ver con percepciones individuales de conductas organizacionales, mientras que cultura se refiere a valores y supuestos invisibles compartidos por parte de la organización. Si se incluye clima en el concepto de cultura, el clima sería una manifestación de la cultura y viceversa, los miembros de la organización determinan en gran parte su cultura y, en este sentido, el clima organizacional ejerce una influencia directa, porque las percepciones de los individuos determinan sustancialmente las creencias, mitos, conductas y valores que conforman la cultura de la organización⁶⁸.

Generalmente se acepta que los instrumentos de medida disponibles (como los cuestionarios) proporcionan una medida de clima de seguridad, pero ambos términos

se complementan y en cierta manera se superponen, siendo utilizados indistintamente en diferentes publicaciones⁶⁹. A lo largo de todo este trabajo se va a emplear mayoritariamente el término de cultura.

1.2.3. Beneficios de las organizaciones con cultura de seguridad

El interés en la cultura y el clima organizacional de seguridad ha crecido a la estela de accidentes importantes como el de la central nuclear de Chernobyl, donde los comités de expertos y las comisiones de investigación abiertas declararon que aunque había motivos técnicos y humanos causantes directos de los desastres, el problema profundo y de base había sido una inadecuada cultura de la organización en materia de seguridad.

La cultura de seguridad se considera fundamental para las prestaciones de seguridad en numerosas industrias, como la nuclear, la química, la petrolera, la ferroviaria y la de la aviación. Todas ellas prestan desde hace tiempo una gran atención a la evaluación de la seguridad, evalúan la complejidad y la multicausalidad de sus accidentes y esto les lleva a estudiar los factores organizacionales, de gestión y humanos, centrando las medidas de seguridad en medidas predictivas y prestando especial atención a la evaluación del clima de seguridad.

La cultura de seguridad puede tener un impacto directo en el resultado de la seguridad. Pensar que la seguridad no es realmente importante, relativizar su carácter prioritario, incluso en momentos puntuales, puede llevar a situaciones o decisiones potencialmente peligrosas. Asimismo, una buena cultura de seguridad ayuda a arraigar las buenas prácticas y comportamientos relativos a la seguridad.

Las organizaciones que prestan asistencia sanitaria, dada la elevada morbilidad y mortalidad que conlleva dicha prestación, son consideradas como industrias de alto riesgo, es por ello que la mejora de la cultura de seguridad se convierte en una acción prioritaria, ya que el cómo se implementa la seguridad podrá tener un impacto significativo⁷⁰.

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 seguridad del paciente, a través del aumento de notificación y aprendizaje organizativo, gracias a los sistemas de notificación.
- 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 analizados.
- La reducción en los costes financieros y sociales provocados por incidentes de SP, incluyendo pérdida de tiempo laboral y prestaciones por invalidez.

Promover la cultura de SP en las organizaciones sanitarias es una de las estrategias más importantes para la mejora de la seguridad de las mismas. Promover significa realizar actividades que modifiquen la forma en que los profesionales analizan y responden a los fallos de seguridad. Estas actividades deben llevar consigo el desarrollo de instrumentos que permitan evaluar y medir el cambio cultural.

En 2003, el *National Quality Forum*¹ 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 sean 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 Varsovia³⁷. Como se ha comentado anteriormente, en dicha declaración se insta a los países miembros a trabajar en mejorar la cultura de SP en sus organizaciones para abordar el problema a escala nacional.

En nuestro país, el Plan de Calidad para el SNS⁴⁰. 2006-2010 contemplaba entre las grandes áreas de interés sanitario el fomento de la excelencia clínica y formulaba como una de las estrategias para lograrla, la estrategia nº 8, “Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS”. El primer objetivo de esta estrategia no era otro que promover una cultura de la seguridad en todos los niveles de la atención sanitaria, tal y como ya se ha referido en uno de los epígrafes anteriores; pero además desde un enfoque de la gestión proactiva, preventiva y del aprendizaje.

1.2.4. ¿Cómo evaluar la cultura de seguridad en las organizaciones?

Evaluar la cultura de seguridad en una organización implica saber lo que se “dice” al respecto de la misma y valorar lo que se “hace”. Entre ambas cuestiones generalmente suele existir disparidad. A esta disparidad hay que añadir la creencia real que el personal tiene sobre cómo su organización valora la seguridad y la percepción que afecta a su propio comportamiento y, por tanto, a la propia seguridad. Por consiguiente, cuando se quiere evaluar la cultura de seguridad es importante no sólo considerar indicadores de rendimiento, tales como podrían ser los propios del sistema de gestión de seguridad, o de la observación del comportamiento de los profesionales, sino que es necesario, además de todo lo anterior, investigar las creencias reales del personal acerca de la seguridad, incluyendo sus valores, y también sus percepciones acerca de los valores de los demás, especialmente sus compañeros y superiores.

La evaluación de las creencias y percepciones son importantes ya que afectan al propio comportamiento y, por tanto, tienen consecuencias en la seguridad. Para hacer esta evaluación de lo que es la cultura de seguridad, existe una amplia variedad de instrumentos tanto cualitativos como cuantitativos, siendo los cuestionarios la herramienta utilizada con mayor frecuencia⁷¹, ya que posibilitan el obtener una imagen general de las creencias, valores y normas relacionadas con la seguridad que comparten los miembros de la organización⁶². El cuestionario es, por tanto, un método eficaz para obtener información sobre las percepciones y creencias generales de los miembros de una organización⁷², información que se puede utilizar para comprender cómo las personas perciben los aspectos de la cultura de su organización.

Con ellos se consigue evaluar el nivel de cultura grupal en SP como un indicador intermedio fiable y específico de los niveles de seguridad de un servicio asistencial concreto⁷³. Mediante los cuestionarios se pueden identificar puntos fuertes y áreas de mejora de la cultura de seguridad y se puede desarrollar un plan de acción que contribuya a la mejora de la seguridad. Los cuestionarios sirven además para establecer una potencial línea de base con la que valorar el seguimiento de los cambios a través del tiempo. Permiten también la reflexión a gran escala sobre temas de interés, ayudan a centrar los debates sobre cuestiones relacionadas con la

seguridad, y facilitan el poder estratificar las conclusiones por grupos y niveles organizativos.

Las organizaciones sanitarias han considerado 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^{70,74}.

La mayoría de estos cuestionarios para medir la cultura de seguridad son adaptaciones de los utilizados en los sectores industriales. Aún así es necesario considerar las limitaciones que tienen las adaptaciones y posteriores validaciones, porque resulta peligroso generalizar con demasiada facilidad sobre la cultura de seguridad y compararse con otras industrias con características y prácticas de trabajo muy diferentes. En este sentido, cabe recomendar que los cuestionarios que se empleen hayan sido validados desarrollados por organismos de referencia del sector⁷⁵.

Durante los últimos años se han propuesto diferentes herramientas de medición de la cultura de SP en las organizaciones sanitarias, siendo los cuestionarios la metodología más frecuentemente utilizada. A este respecto, existen varias revisiones que sintetizan los más utilizados para medir este cambio cultural y por tanto la mejora en la SP: Colla (2005)⁷⁴, Flin (2006)⁷⁰ y la revisión de Halligan⁷⁶ (2011) que es una de las más recientes y que además aporta un conjunto común tanto de definiciones como de dimensiones que pueden ayudar a los investigadores a compartir mejor la información y las estrategias para mejorar la cultura de seguridad.

Además en 2010, la iniciativa EUNetPaS, *European Network for Patient Safety*, recopiló e identificó treinta cuestionarios diferentes para medir cultura de SP en el ámbito sanitario⁷⁷, siendo de todos ellos los más utilizados: el Hospital Survey on Patient Safety (HSOPS)⁷⁸, el Medical Office Survey on Patient Safety (MOSPS)⁷⁹, el Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)⁸⁰, el Safety Climate Survey (SCS)⁸¹, el Manchester Patient Safety Assessment Framework (MaPSaF)⁸² y el Patient Safety Culture in Healthcare Organizations (PSCHO)⁸³. Con respecto a las características más destacables habría que mencionar que, todos son fundamentalmente de ámbito general, excepto uno de ellos que es específico de AP; su cumplimentación es

individual excepto para el MaPSaF que se contesta en grupo; el número de ítems varía entre 10 hasta casi 80 y las respuestas se establecen según una escala de medida tipo Likert, que permite valorar el grado de acuerdo con el enunciado del ítem; el número de dimensiones que contienen oscila entre 4 a 16 y todos incluyen la notificación de incidentes de seguridad relacionados con la SP como un ítem más. Todos menos uno tienen desarrollados análisis psicométricos de sus resultados y como utilidad añadida destacan su uso para realizar comparaciones institucionales.

1.2.5. Herramientas para medir cultura de seguridad en Atención Primaria

La AHRQ⁸⁴ y la *National Patient Safety Agency* (NPSA)⁸⁵ son dos instituciones que promueven el desarrollo de la cultura de SP en el ámbito específico de la AP, para lo cual se hace necesario, como venimos comentando la evaluación previa de la misma. De los cuestionarios mencionados previamente para la medición de la cultura de SP en el ámbito sanitario, los más utilizados para medir cultura en la atención ambulatoria se describen a continuación y están recogidos en la tabla 2.

Tabla 2. Cuestionarios para medir cultura de seguridad del paciente.

Herramienta	Promotor	Propiedades psicométricas	Fortalezas	Debilidades
<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> (HSOPS)	AHRQ-USA	Propiedades psicométricas ampliamente probadas	Extensa aplicación tanto en EEUU como a nivel mundial. Permite comparación internacional. En Dinamarca se ha desarrollado una versión para atención primaria Mide cultura a nivel individual, de unidad y de organización.	Existen varios estudios donde se demuestra una baja fiabilidad de la dimensión relacionada con el personal.
<i>Medical Office Survey on Patient Safety Culture</i> (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 ha patrocinado una de las herramientas de evaluación de cultura de SP más utilizada en diferentes ámbitos, tanto sanitarios como no sanitarios, (hospitales, centros sociosanitarios, AP e industrias) y en diferentes países; es el cuestionario, HSOPSC⁷⁸. El mismo presenta una estructura de 42 preguntas que se agrupan en 12 dimensiones y ha tenido un riguroso desarrollo psicométrico en cuanto a su construcción y a su validación. El cuestionario 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 la comparación de resultados entre diferentes organizaciones y países. Ha sido utilizado ya en varios de ellos^{86,87,88,89,90,91,92,93} y también en España⁹⁴.

Además ha sido adaptado para su aplicación en AP en España⁹⁵ y también en otros países⁹⁶ antes de que la AHRQ hiciese una adaptación del mismo al ámbito de la AP. Así en marzo de 2009, la AHRQ presentó una versión específica para los centros de primaria y la atención ambulatoria que es el MOSPSC⁷⁹. Este cuestionario 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. Tiene una estructura de 63 preguntas agrupadas en 12 dimensiones y presenta igualmente un riguroso desarrollo psicométrico en cuanto a su construcción y validación; forma parte de un kit que incluye exactamente lo mismo que el HSOPSC: 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.

La NPSA ha promovido el uso del cuestionario MaPSaF, utilizado sobre todo en el Reino Unido, aunque no solamente⁹⁷. Esta herramienta está disponible para AP, salud

mental⁹⁸ y servicios de ambulancias⁹⁹ y ha sido adaptada para oficinas de farmacia¹⁰⁰. 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 y 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 liderados 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 permite una mayor interiorización y reflexión acerca 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 simple cumplimentación de un cuestionario.

El SAQ⁸⁰, deriva del *Flight Management Attitude Questionnaire* (FMAQ)¹⁰¹, un cuestionario sobre factores humanos utilizado para medir la cultura de cabina en la aviación comercial en los EEUU y que ha sido ampliamente utilizado 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 ambulatorio, en farmacias comunitarias¹⁰² y en AP¹⁰³ variando el número de dimensiones y de ítems en las distintas versiones¹⁰⁴. Ha sido ampliamente utilizada en Estados Unidos y también en Suiza, Noruega¹⁰⁵ y China¹⁰⁶ entre otros países.

Tras la descripción de los cuestionarios más usados en la atención ambulatoria en diferentes partes del mundo, hay que considerar que el hecho de que una herramienta funcione en un ámbito, contexto o lugar no significa que funcione en otro similar¹⁰⁷. De aquí viene la transcendencia de adaptar, pilotar y validar cualquier herramienta que vaya a ser utilizada en otro ámbito, contexto o lugar. En cualquier caso hay que tener en cuenta que ningún instrumento es un fin en si mismo y que el uso de estas

herramientas para valorar la SP en una organización o en este caso en la AP tienen su potencialidad siempre que se hagan evaluaciones regulares y se utilicen de forma que favorezcan las discusiones para la mejora.

1.3.- La Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud

1.3.1. Cómo se define la Atención Primaria de Salud

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud organizada en 1978 por la OMS y la UNICEF en Alma-Ata en 1978 define la Atención Primaria de la Salud como la “Asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”¹⁰⁸

La finalidad de la AP ha sido conseguir que, la comunidad pueda participar plenamente del sistema sanitario haciéndolo accesible, universal y con el espíritu de determinación y responsabilidad necesarios para convertirse en la puerta de acceso del ciudadano a una atención sanitaria de calidad.

Desde entonces, los pilares que conforman la AP han sido los siguientes¹⁰⁹:

- Atención integral de las personas, desde una perspectiva biopsicosocial, considerando siempre sus componentes biológicos, psicológicos y sociales como partes indisociables de los procesos de salud-enfermedad.
- Atención integrada que asume que los procesos de atención sanitaria deben contemplar de forma constante y coordinada actuaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y análisis del entorno social.
- Atención continuada y longitudinal, que desarrolla sus actividades a lo largo de toda la vida de las personas.
- Atención accesible, por tanto sin barreras que dificulten la utilización de sus recursos por las personas que los necesiten,

- Atención desarrollada por equipos: formados por profesionales sanitarios (medicina, enfermería...) y no sanitarios (trabajo social, administración...)
- Atención comunitaria y participativa: enfocando la atención de las necesidades y problemas de salud tanto desde una perspectiva personal como colectiva o comunitaria.

En nuestro país, la AP representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el SNS o lo que ha venido en llamarse *puerta de acceso al Sistema*. En este marco, el CAP 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.

1.3.2. La Atención Primaria de Salud en España y su modelo organizativo

El sistema sanitario español está constituido por el conjunto de los servicios autonómicos de salud y las CCAA, que haciendo uso del ejercicio de las competencias asumidas en sus Estatutos disponen los órganos de gestión y control para dichos Servicios. Las CCAA delimitan y constituyen en sus territorios Áreas de Salud 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 necesarias para dichas Áreas. Los Servicios Autonómicos de Salud son responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos, así como de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos. 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 CCAA de Baleares y Canarias, las ciudades de Ceuta y Melilla y desde 2010 para facilitar la libre elección de los pacientes, la CCAA de Madrid¹¹⁰. En todo caso, cada provincia dispondrá, como mínimo de un Área. El entorno de trabajo en AP en España es básicamente público y la prestación de servicios es bastante uniforme en todo el territorio Español, a excepción de Cataluña y alguna pequeña experiencia en la Comunidad Valenciana¹¹¹.

El modelo organizativo de la AP vigente hasta el momento tiene sus orígenes en el Real Decreto (RD) 137/1984, del 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud¹¹² que definió y sentó las bases del llamado *nuevo modelo* de atención sanitaria

del primer nivel asistencial en España. Esta norma fue posteriormente refrendada por otra de mayor rango, que es la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad¹¹³. Dicho modelo se inspiró y pretendió desarrollar, adaptado a la realidad española, los principios incluidos en el pronunciamiento que sobre este tema había realizado la OMS, *los principios de Alma Ata*.

Hay que destacar de este RD¹¹² el establecimiento de una delimitación territorial de la población o Zonas Básicas de Salud (ZBS), el trabajo en equipo multidisciplinar (equipo de AP), la existencia de una estructura física común para la asistencia que define como centro de salud y que a lo largo de todo este trabajo se ha denominado CAP, la necesidad de coordinación entre distintas administraciones, la atención individualizada y personalizada y la integración de las actividades curativas con las de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Para conseguir una mayor operatividad y eficacia, las áreas de salud se dividen en ZBS, que constituyen el marco territorial de la AP de salud donde desarrollan las actividades sanitarias los profesionales de los CAP (entre 5.000 y 25.000 habitantes). Si en la ZBS hay localidades rurales, las mismas disponen de los llamados consultorios locales.

En los CAP la organización del trabajo es en equipos de AP, los cuales dispondrán de una dotación de personal acorde con las necesidades de cada zona. En 2012 había 2.702 ZBS en España, 3017 CAP y 10.087 consultorios¹¹⁴. Suele haber un CAP por zona básica y cada CAP suele albergar un equipo de AP, aunque en algunas ocasiones coexisten dos equipos en el mismo centro de manera independiente en diferentes turnos de trabajo (mañana y tarde).

El personal que forma el equipo de AP está constituido por profesionales sanitarios (principalmente médicos y enfermeras) y por personal no sanitario (auxiliares administrativos y otros); existen también otros profesionales, como trabajadores sociales, odontólogos o farmacéuticos, que en algunas CCAA están vinculados a los equipos. En otras, la odontología se contrata a profesionales privados y se cuenta con los trabajadores sociales de los servicios sociales; en el caso de los farmacéuticos, en la mayoría de las CCAA se encuentran en las oficinas de farmacia privadas y tienen escasa relación con los CAP. No existen tampoco auxiliares de enfermería en todos los CAP y otras profesiones sanitarias tales como la de higienistas dentales,

terapeutas ocupacionales o fisioterapeutas, nutricionistas y podólogos, tienen escasa implantación en nuestros servicios de AP. El número de profesionales que conforman los equipos es variable desde centros rurales con menos de 5 profesionales hasta centros urbanos con más de 60.

En 2012 trabajaban en la AP del Sistema Nacional de Salud 28.771 médicos de familia (MF), 6.424 pediatras y 29.407 profesionales de enfermería. De estos profesionales la mayor proporción está representada por mujeres, siendo del 50% en el caso de los MF y del 68% y 76% en el caso de los pediatras y enfermería respectivamente. El personal administrativo ha adquirido nuevas responsabilidades más allá de la simple cita y en los CAP ha aumentado la cantidad de personal administrativo y no sanitario. En España hay algo más de 21.000 profesionales no sanitarios (que incluyen a los administrativos, un total de 15000, personal de mantenimiento y otros); el colectivo de personal no sanitario también es fundamentalmente femenino estando representado por un 70% de mujeres.

Los profesionales se distribuyen por un criterio de ratio poblacional siguiendo unos modelos de equipos rígidos. En 2012 la ratio media de tarjetas sanitarias por médico de familia era de 1.371 variando según las CCAA, así la menor ratio es para aquellas con más consultorios y mayor grado de dispersión de la población como ocurre en Castilla y León, con una ratio de tarjeta por médico de familia de 927; en el caso de los pediatras la ratio era de 1.040 tarjetas y en enfermería de 1.546. En el caso del personal no sanitario la media del número de tarjetas por cada profesional era de 3.041.

El modelo de trabajo en equipo está plenamente consolidado y aceptado, quedando mínimos reductos de lo que era el modelo de cupo tradicional con la atención individual. Los médicos adoptan las decisiones fundamentales sobre diagnósticos y tratamientos y ordenan la mayor parte de la demanda del resto de los recursos humanos en el ámbito de la asistencia. Las enfermeras desempeñan un papel primordial en los cuidados y en la continuidad asistencial. Los equipos de AP cubren una gran parte de las necesidades básicas y reclaman un mayor nivel de resolución al ámbito de la AP, a pesar de lo cual se ha procedido a integrar en el nivel secundario a todos los especialistas que existían en los antiguos ambulatorios. La mayoría de los servicios de diagnóstico radiológico o de laboratorio están también integrados en el hospital.

El liderazgo de los equipos de AP lo tienen los directores o coordinadores, aunque su capacidad de maniobra es escasa; su gestión está limitada fundamentalmente a la resolución de suplencias y también participan en la distribución final de los posibles incentivos. Sin embargo no tienen capacidad decisoria sobre la contratación de personal o el consumo en su centro en compras o inversiones. Tampoco tienen ninguna autoridad jerárquica sobre otros profesionales que realizan actividades en su propio centro por cuenta de otras unidades vinculadas a otros servicios de AP o al hospital.

1.3.3. El contexto de la seguridad en la atención primaria

La AP es el nivel asistencial más cercano a los ciudadanos y tiene como característica principal su accesibilidad y la polivalencia en dar respuesta en primera instancia a todos los problemas de salud¹¹⁵. Los profesionales de los CAP forman el llamado equipo de AP, como acabamos de referir previamente¹¹². Los profesionales pueden hacer llegar sus servicios de diferente forma (consulta telefónica, a domicilio, en el consultorio e incluso por correo electrónico)¹¹⁶

El número de consultas registradas en los CAP y consultorios de AP superó los 258 millones en 2011¹¹⁴ de ellas el 86% fueron atendidas por el MF. De cada 10 personas, 4 manifestaron que “*siempre o casi siempre*” se les facilitó cita con el MF para el mismo día en que la habían solicitado. A los que “*nunca o casi nunca*” habían obtenido la cita para el mismo día, la media de espera para recibir la asistencia solicitada fue de 3,6 días¹¹⁷

La frecuentación media en centro y domicilio en 2011 ha sido de 5,6 consultas médicas por persona asignada y año, siendo de 5,6 para medicina de familia y 5,4 para pediatría; en enfermería, la media alcanzó 2,8 visitas por persona asignada y año¹¹⁴. En cuanto al lugar en el que se presta la atención, el 97% de la actividad global se realizó en el centro sanitario y un 3% en el domicilio. La actividad domiciliaria varía en función del profesional siendo el 1,3% del total de la actividad de medicina de familia y el 7,6% en el caso de enfermería¹¹⁴.

Los pacientes que acuden presentan un amplio espectro de síntomas y signos, desde los más leves, autolimitados e inespecíficos, hasta crónicos y también graves para la

vida. La práctica de la AP se mueve en un marco de gran incertidumbre. El profesional se enfrenta a enfermedades en estadios tempranos (favorecido por la accesibilidad que ofrece), atiende a muchos pacientes con problemas y trastornos que desafían las categorías diagnósticas existentes. La atención en las primeras fases de la enfermedad, en muchas ocasiones, no presenta síntomas claros. A esto hay que añadir la presencia asociada de problemas psicosociales, escaso tiempo de consulta, presión asistencial, etc. todo ello dificulta a menudo la realización de diagnósticos acertados¹¹⁸. Sin embargo, al ser el primer punto de contacto del paciente con el sistema, la mayor parte de los diagnósticos iniciales se realizan en AP, un error al inicio puede suponer una cascada de pruebas y tratamientos innecesarios que pueden derivar en daño para el paciente.

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 conlleva un aumento del riesgo del paciente, algo que se incrementa cuando la comunicación existente entre niveles asistenciales es escasa y la continuidad asistencial está poco desarrollada.

La población atendida en AP es fundamentalmente mayor de 65 años y es habitual que presente pluri-patología. Por tanto, se trata de una población con más riesgo de sufrir EA por la propia comorbilidad¹¹⁹. Además esta población es la que consume más del 50% de los principales grupos terapéuticos¹²⁰ y suelen tener poli-medicación, por lo que no es de extrañar que el riesgo de sufrir un EA en esta población esté especialmente aumentado¹²¹.

A pesar de que la AP es el primer punto de encuentro del paciente con el sistema sanitario y es el nivel asistencial más utilizado por la población, sin embargo la mayoría de los estudios sobre seguridad se han centrado más en el ámbito hospitalario y han sido escasos los llevados a cabo en AP. La mayoría de los estudios realizados en el primer nivel, hasta que llegó el APEAS¹²² (estudio de Efectos Adversos en Atención Primaria), eran estudios piloto, limitados a un pequeño número de médicos y basados fundamentalmente en sistemas de notificación voluntaria¹²³.

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 visitas¹²⁴. Los errores que

con mayor frecuencia comunican los MF son: errores en los medicamentos recetados, en la obtención de las pruebas de laboratorio correctas para el paciente adecuado y en el momento oportuno, errores en la administración de medicamentos y errores en la respuesta dada a valores de laboratorio anómalos¹²⁵. Los mayores riesgos que han sido identificados en AP son tanto la falta de información oportuna y exacta después del alta hospitalaria como el retraso en la obtención de los resultados de las pruebas, así como una comunicación y una coordinación deficientes entre los profesionales y los distintos componentes de los sistemas sanitarios y sociales¹²⁶

El estudio de la Seguridad de los Pacientes en AP de Salud, estudio APEAS, realizado en 2007 y referente a nivel mundial, encontró que la prevalencia de las consultas de AP en las que se presentó algún EA fue del 10,11% y que la mayoría estaban relacionados con el uso de medicamentos, con los cuidados y con la comunicación. El 40% de estos EA se consideraron evitables siendo más evitables cuanto más graves. Durante el periodo de estudio se produjeron 11,18 EA por cada mil visitas. Se concluye que la práctica sanitaria en AP es razonablemente segura, siendo la frecuencia de EA 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)

Por otro lado, en un estudio cualitativo llevado a cabo en 2006 que valoraba la experiencia de errores percibidos por los profesionales de primaria, se mostraba que cada médico reconocía una media de 10 errores por año¹²⁷. A pesar de lo cual, un 28% de los profesionales de AP con una media de 14 años de práctica profesional, afirmaban no haberse equivocado nunca de manera significativa¹¹⁶. Esto indica que los profesionales siguen inmersos en la cultura de la negación del error junto a la percepción social de que el profesional no tiene derecho a equivocarse.

Los resultados de ambos estudios unidos a la elevada frecuentación por parte de los usuarios, indican la necesidad de promover acciones que disminuyan dichos efectos adversos y mejoren la seguridad de los pacientes en AP.

Instaurar una cultura de seguridad clínica es tener la capacidad para mirar de frente los errores cometidos y aquellos que podrían suceder; hablar de un aprendizaje y una formación continuada que incorporen de manera sistemática el estudio de los errores más frecuentes. Un CAP sumergido en una cultura de la seguridad clínica hará

también todo lo posible para revisar periódicamente su sistema de trabajo y estimular nuevas maneras de trabajar; acoger a los nuevos profesionales proporcionándoles la información más relevante sobre fallos típicos en su perfil de actividades; recoger en sesiones clínicas registros de incidencias o por otros medios la casuística de errores y proceder a su análisis. En ningún caso activar solamente sentimientos de culpa, reproches o sanciones. Por el contrario, aplaudir el valor de reconocer un error y el sacrificio de autoestima que se hace en aras de brindar una experiencia útil al resto de los compañeros¹²⁸.

1.3.4. Medición de cultura de seguridad en AP en España

Intentar comprender la cultura de seguridad de una organización mediante la realización de una evaluación constituye sin duda alguna un reto importante. La relevancia del factor cultural viene dado por el hecho, ya analizado previamente, que los supuestos culturales inciden en las actuaciones de las personas dentro de la organización. Además, en el caso de la cultura de seguridad se trata de supuestos que determinan comportamientos organizativos especialmente vinculados con la seguridad.

La cultura es un constructo multidimensional que se mide para obtener información relativa a si los conceptos o dimensiones que se evalúan están o no presentes en la organización, de algún modo se pretende transformar la cultura organizativa. Como también se ha reseñado uno de los instrumentos más utilizados para analizar la cultura bajo este enfoque son los cuestionarios.

En AP no hay muchos estudios que hayan valorado la cultura de seguridad y los existentes, procedentes de distintas partes del mundo, han utilizado cuestionarios como herramienta. El cuestionario más utilizado ha sido el HSOPSC previamente mencionado, procedente de la AHRQ Norteamericana y creado para la valoración de la cultura de seguridad en hospitales; aunque países como Holanda y Turquía han utilizado el HOSPSC para valorar la cultura de SP en AP tras adaptarlo a sus entornos y contexto. En ambos estudios el resultado de la percepción de cultura de SP fue positiva. El SAQ también ha sido adaptado al ámbito ambulatorio y utilizado para valorar la cultura de SP en los profesionales de AP en algún país como suiza¹²⁹, donde la puntuación acerca de la dimensión sobre clima de seguridad resultó ser

bastante positiva, ya que la puntuación del 94,5% de los participantes obtuvo una media de 4,5 sobre 5, que es la puntuación máxima.

En nuestro país la única aproximación a valorar la cultura de SP en AP, se hizo en 2009, con profesionales de 10 CCAA, utilizando el HSPSC también tras un proceso de adaptación previo. Este estudio incluyó también en la muestra a profesionales de hospitales y comparaba la percepción de SP por dimensiones en los distintos ámbitos de trabajo. No obstante, no hay que olvidar que la atención sanitaria en el nivel primario presenta importantes diferencias con respecto de la atención hospitalaria tanto en la estructura organizativa, administrativa, como en los procesos clínicos y en las razones y tipos de visita. La AP en España, se caracteriza fundamentalmente por la cualidad ambulatoria de la asistencia y por la constitución de equipos multidisciplinares que atienden a un gran volumen de población por enfermedades de alta prevalencia y a lo largo de muchos años de su vida. Por estos motivos, se hace necesario utilizar un cuestionario adaptado a la misma y validado en nuestro medio.

El cuestionario MOSPSC, procedente de la AHRQ está traducido, validado y adaptado en nuestro país¹³⁰ y se encuentra accesible en la página del Ministerio para su uso por los profesionales de la salud de las diferentes CCAA y organizaciones sanitarias. Fue seleccionado para su validación fundamentalmente porque: está orientado a identificar la cultura de la SP en un entorno de trabajo en equipo, característica ésta propia del entorno en AP en nuestro medio. De hecho, el cuestionario, según su guía de usuario, está diseñado para centros o gabinetes médicos con al menos tres proveedores de asistencia sanitaria, que, según la descripción de categorías profesionales de Estados Unidos, corresponden a: médicos, asistentes médicos y enfermeras y otros proveedores con licencia para diagnosticar problemas médicos, realizar el tratamiento de pacientes y recetar medicamentos. No recomiendan utilizarlo cuando los profesionales trabajan aisladamente sin un equipo. Además el cuestionario permite evaluar la cultura de seguridad a nivel individual, de unidad y organizacional y está diseñado para recoger la opinión tanto de profesionales sanitarios como de profesionales 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 y también añade aspectos importantes de calidad asistencial. Por último, presenta un desarrollo psicométrico riguroso y su utilización permite la comparación internacional.

Si se quiere fomentar la cultura de SP es necesario previamente conocer cuál es la percepción de los profesionales al respecto. Por ello y dado que ya se dispone de un instrumento validado para medir la cultura de SP en nuestro entorno y que el único estudio llevado a cabo en nuestro país fue realizado con el HSPSC, este trabajo pretende conocer la percepción que los profesionales de AP tienen en cuanto a la cultura de seguridad en sus centros de salud, utilizando como herramienta de evaluación el MOSPSC.

Capítulo 2.- Objetivos

2.1.- Objetivos

2.1.1.Objetivo general

Determinar la percepción que tienen los profesionales de los centros de atención primaria (CAP) en España sobre la cultura de SP.

2, 1,2,Objetivos específicos

- Comprobar la percepción que tienen los profesionales de los CAP en España sobre las diferentes dimensiones de la SP, incluida la valoración global sobre la calidad asistencial.
- Determinar los factores (sociodemográficos y laborales) asociados a la percepción positiva de la seguridad del paciente en los CAP.
- Identificar las dimensiones de SP que son percibidas como puntos fuertes y las áreas de mejora.

Capítulo 3.- Material y método

3.1.- Metodología

3.1.1. Diseño

Se trata de un estudio descriptivo transversal, que se ha desarrollado en el ámbito de la AP del SNS, utilizando como herramienta el cuestionario MOSPS traducido, adaptado y validado a nuestro entorno^{130,131}.

3.1.2. Población de estudio

La población de referencia está constituida por todos los profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, que desarrollan su labor en los CAP de las 17 CCAA de España.

Se han aplicado los siguientes criterios de elección:

- Trabajar en un CAP desempeñando un puesto de plantilla con carácter fijo interino o eventual.
- Voluntad de participar en el estudio.

Así mismo se han tenido en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

- Dependencia orgánica o funcional de instituciones o gerencias distintas a las de AP.
- Desarrollar una actividad asistencial correspondiente a modelo tradicional (no integrados en equipos de AP o de cupo).
- Desarrollar exclusivamente actividades de atención urgente o de refuerzo.
- Ser estudiante de medicina en prácticas o estudiante de enfermería.
- Estar contratado como becario.
- No desarrollar una actividad asistencial o de atención directa a usuarios de los servicios sanitarios.

.-Muestra

El tamaño de la muestra se ha calculado estimando una población total de 85.000 profesionales, a partir de los datos recogidos en el catálogo de centros sanitarios del MSSSI de 2009¹³²

Se ha considerado una precisión de 0.1; un margen de confianza del 95%; una desviación estándar, procedente de un estudio piloto, de 2,3; un efecto del diseño de

2,5; y una tasa de reposición del 40% para dar cobertura a pérdidas. Finalmente la muestra obtenida ha sido de 7410 profesionales.

La selección de la muestra se ha realizado mediante un muestreo estratificado monoetápico con representatividad nacional. Para ello, la estratificación se ha efectuado por CCAA (en función del número de profesionales de cada una de ellas). Una vez calculado el número de profesionales por CCAA, se estima el número de CAP a seleccionar en cada comunidad, teniendo en cuenta la media de profesionales por centro en la comunidad correspondiente (tabla 3), siendo el resultado de 254 CAP. Por último se lleva a cabo un muestreo aleatorio simple de los CAP correspondientes a cada estrato. La unidad de análisis ha sido cada uno de los profesionales que trabajan en los CAP seleccionados.

Tabla 3. Nº de CAP seleccionados y de profesionales a encuestar según muestreo.

	Comunidad Autónoma	CAP *	Nº de CAP Seleccionados	Media de Profesionales por CAP*.	Estimación de profesionales encuestados
1	Andalucía	383	33	40,1	1322
2	Aragón	124	11	20,2	222
3	Asturias (Principado de)	71	6	29,7	178
4	Baleares (Islas)	56	5	27,6	138
5	Canarias	109	9	29,9	269
6	Cantabria	36	3	28,3	85
7	Castilla-la Mancha	199	17	19,0	323
8	Castilla y León	247	21	25,0	525
9	Cataluña	395	35	36,0	1259
10	Comunidad Valenciana	259	22	34,5	758
11	Extremadura	104	9	22,0	198
12	Galicia	393	34	13,1	446
13	La Rioja	19	2	30,0	60
14	Madrid (Comunidad de)	257	22	40,0	880
15	Murcia (Región de)	77	7	32,0	224
16	Navarra (Comunidad Foral de)	56	5	21,0	105
17	País Vasco	137	13	32,0	416
	Total	2922	254	29,2	7410

CAP. Centro de Atención Primaria

(*) Fuente: MSSSI. 2010.

(1) Se ha calculado teniendo en cuenta la media del nº de profesionales por CAP de cada comunidad autónoma.

Dado el reducido número de CAP que corresponde muestrear en algunas CCAA y que se refleja en la tabla anterior, se realiza un ajuste en el número de CAP a los que se propone participar, incrementando hasta 10 el número de los CAP que como mínimo se seleccionan en cada CCAA (tabla 4). De esta forma, se pretende mejorar la precisión de las estimaciones potenciales que se puedan realizar para el ámbito de

CCAA. El número de CAP resultantes es de 289 y por tanto también aumenta el número de profesionales incluidos a 8378.

Tabla 4. Nº de CAP seleccionados y de profesionales a encuestar incrementado según ajuste.

	Comunidad Autónoma	Nº de CAP*	Nº de CAP Seleccionados	Media de Profesionales por CAP*.	Estimación de profesionales encuestados
1	Andalucía	383	33	40,1	1322
2	Aragón	124	12	20,2	242
3	Asturias (Principado de)	71	10	29,7	297
4	Baleares (Islas)	56	10	27,6	276
5	Canarias	109	10	29,9	299
6	Cantabria	36	10	28,3	283
7	Castilla-la Mancha	199	17	19,0	323
8	Castilla y León	247	21	25,0	525
9	Cataluña	395	35	36,0	1259
10	Comunidad Valenciana	259	22	34,5	758
11	Extremadura	104	10	22,0	220
12	Galicia	393	34	13,1	446
13	La Rioja	19	10	30,0	300
14	Madrid (Comunidad de)	257	22	40,0	880
15	Murcia (Región de)	77	10	32,0	320
16	Navarra (Comunidad Foral de)	56	10	21,0	210
17	País Vasco	137	13	32,0	416
	Total	2922	289	29,2	8378

CAP. Centro de Atención Primaria

(*) Fuente: MSSSI. 2010.

(1) Se ha calculado teniendo en cuenta la media del nº de profesionales por CAP de cada comunidad autónoma.

3.1.3. Variables de estudio

Las variables del estudio han sido las del propio cuestionario de medición de cultura de SP más las variables sociodemográficas y laborales descriptivas de los profesionales de la muestra. El cuestionario se muestra en el anexo 2.

.- Variables universales y otras variables descriptivas del entorno de trabajo de la población muestral.

Se han contemplado aspectos relativos a los profesionales y al puesto de trabajo: edad, sexo, categoría profesional, situación laboral, tiempo que llevan trabajando en

AP y en el mismo centro, número de horas por semana que trabajan en el lugar en el que cumplimentan la encuesta, desempeño de puestos de responsabilidad, realización de guardias, horario laboral y número de personas adscritas al cupo.

.- Variables sobre las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente.

El cuestionario está constituido por 63 preguntas distribuidas en las siguientes 7 secciones:

- A. Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad: 9 preguntas (A1 a A9)
- B. Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales: 4 preguntas (B1 a B4)
- C. Trabajando en el centro de atención primaria o centro de salud: 19 preguntas (C1 a C19)
- D. Comunicación y seguimiento: 14 preguntas (D1 a D14)
- E. Apoyo de los líderes: 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)

Igualmente el cuestionario contempla un campo de libre cumplimentación para que los profesionales puedan hacer sus comentarios sobre calidad y seguridad del paciente en el ámbito de la AP.

Con estas 63 preguntas se valoran las 15 dimensiones que forman el constructo de la SP y que quedan especificadas junto con sus respectivas preguntas en la tabla 5.

Tabla 5. Dimensiones y preguntas de cada dimensión del cuestionario MOSPSC

1. Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad	Preguntas: A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9.
2. Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	Preguntas: B1 B2 B3 B4.
3. Trabajo en equipo	Preguntas: C1 C2 C5 C3.
4. Ritmo y carga de trabajo	Preguntas: C3 C6 C11 C14.
5. Formación del personal no sanitario	Preguntas: C4 C7 C10.
5b. Formación del personal sanitario	Preguntas: C16 C17 C18.
6. Procedimientos establecidos en el centro	Preguntas: C8 C9 C12 C15.
6b. Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales sanitarios	Preguntas C8 C9 C12 C19.
7. Comunicación franca	Preguntas: D1 D2 D4 D10.
8. Seguimiento de la atención a los pacientes	Preguntas: D3 D5 D6 D9.
9. Comunicación sobre el error	Preguntas: D7 D8 D11 D12.
9b. Comunicación sobre el error. Profesionales sanitarios	Preguntas: D13 D8 D11 D14.
10. Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente	Preguntas: E1 E2 E3 E4.
11. Aprendizaje organizacional	Preguntas: F1 F5 F7
12. Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad	Preguntas: F2 F3 F4 F6
13. Puntuaciones globales sobre la calidad	Preguntas: G1A G1B G1C G1D G1E.

3.1.4. Puntuación y valoración de las categorías de respuesta

Las preguntas tienen diferentes escalas de medida según las secciones del cuestionario (tabla 6). Además las preguntas de las secciones C, D, E y F están redactadas de forma que algunas expresan aspectos considerados como positivos y otras negativos. Todas las preguntas, excepto las integradas en la sección G se completan con la opción de respuesta “no lo sé/no procede”.

Tabla 6. Escala de opciones de respuesta de las preguntas del cuestionario.

Secciones	Escalas					
A y B	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
C, E y F	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	
D	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	
G	Pobre	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente	

La valoración de las respuestas se ha realizado otorgando el valor 1 cuando la respuesta seleccionada expresa una percepción más negativa a la SP y el valor de 5 ó 6 (en el caso de las secciones A y B) cuando expresa la actitud más positiva o percepción más favorable.

Con el fin de poder realizar un análisis comparativo de todas las dimensiones que componen el cuestionario, la escala de respuesta original para las secciones A y B ("Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad" e "Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales"), que tienen 6 categorías de respuesta, se han transformado a una escala de rango 1 a 5, al igual que el resto de secciones, aplicando la fórmula: puntuación asignada en la escala original (PEO) x $(4/5) + 0,2$.

Una vez realizada esta transformación, se ha calculado una puntuación resumen específica de cada dimensión mediante la media de las puntuaciones otorgadas a las preguntas que integran la dimensión correspondiente. Además se ha definido el Índice Sintético de Seguridad del Paciente (ISSP) como la media de las puntuaciones otorgadas a todas las preguntas que integran las diferentes dimensiones analizadas.

En todos los casos el rango es de 1 a 5 y se ha considerado que un profesional tiene una percepción positiva, en una determinada dimensión o en el ISSP, si tiene una puntuación > 3 y la percepción es claramente positiva si es ≥ 4 .

3.1.5. Distribución del cuestionario y recogida de la información

Los cuestionarios debían ser enviados a los centros seleccionados, distribuidos entre los profesionales y recogidos de los CAP para su análisis. Para incrementar la tasa de respuesta de los profesionales de los CAP, se recomendaba contestar al cuestionario en el seno de una sesión del equipo sobre SP. El contenido de esta sesión se elaboró y envió a los CAP junto con el cuestionario y un resumen explicativo del proyecto en lo que se llama “kit de difusión del cuestionario”.

Todo este proceso ha precisado de la intervención de diversos agentes que colaboraron en el proyecto realizando determinadas actividades y tareas, con plazos señalados, tal y como queda reflejado en la tabla 7.

El contacto inicial con las CCAA lo realizó la Agencia de Calidad del MSSSI, a través de los responsables de SP autonómicos. A través de una carta enviada por mail se les invitaba a participar en el proyecto. Si la CCAA decidía participar, el equipo investigador, se ponía en contacto directo con el responsable de SP autonómico con el fin de facilitarles los CAP elegidos según muestreo. Una vez el CAP decidía entrar en el estudio se le enviaba por mensajería un número de cuestionarios en consonancia con el número de profesionales y por correo electrónico se enviaba el Kit de difusión del cuestionario para la ayuda a su cumplimentación. Tras la cumplimentación de los cuestionarios, éstos eran recogidos por una empresa de mensajería igualmente.

Tabla 7. Proceso de contacto, distribución y recogida del cuestionario.

RESPONSABILIDAD	ACTIVIDADES
(MSSSI)	<p>Contacto con los responsables de SP autonómicos para invitarles a participar en el proyecto.</p> <p>Envío de una carta informativa del proyecto, vía mail, en la que se invita a participar a los CAP a través de los responsables autonómicos de SP.</p>
Equipo investigador	<p>Contacto con los responsables autonómicos que deciden una participación de los CAP de su CCAA, con el fin de contar con su visto bueno e intercambiar propuestas de reemplazo de CAP (en caso de que proceda por dificultades de participación).</p> <p>Proporciona a la secretaria técnica que colabora en el proyecto (secretaria de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, SEMFyC) el listado de los CAP que dijeron “SI” a participar en el estudio, así como los datos de contacto.</p> <p>Además establece contactos con:</p> <p>Las personas encargadas de pasar el cuestionario en los CAP para clarificar dudas.</p> <p>Los responsables de seguridad autonómicos, de manera periódica, para valorar el estado de la respuesta de los CAP y solventar posibles incidencias.</p> <p>La empresa encargada de la lectura de los cuestionarios por el sistema Teleform.</p>
Responsables de SP autonómicos	<p>Recepcionan la invitación del MSSSI y del listado de CAP seleccionados por muestreo para su CCAA.</p> <p>Los responsables de las CCAA que deciden que los CAP de sus CCAA participen, establecen contacto con los CAP seleccionados bien en forma de visitas o mediante llamadas telefónicas hasta obtener respuesta de los CAP seleccionados;</p>

	<p>Facilitan al equipo investigador la persona de contacto, así como el teléfono y la dirección de correo electrónico del CAP.</p> <p>Algún CAP de los previamente seleccionados en el muestreo es sustituido por conveniencia.</p> <p>Refuerzan la participación de los CAP de su comunidad con llamadas telefónicas de recordatorio a lo largo del proceso.</p>
<p>Secretaría Técnica del proyecto de SEMFyC</p>	<p>Contacto inicial con los centros por correo electrónico. Este primer contacto se hizo de manera sistemática con cada CAP, de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> A) Correo electrónico dirigido al responsable del CAP seleccionado. En ese momento envío del Kit de difusión*, y una carta de agradecimiento. B) Al responsable que recepcionaba el correo, se le pedía que confirmase a vuelta del mismo el número de profesionales de su CAP (aunque se le dejó un plazo para la respuesta de 5 días) C) Confirmado el número de profesionales, se enviaron por correo ordinario los cuestionarios. D) Cada 15 días se contactaba por correo electrónico con el CAP para valorar la posibilidad de recogida de los cuestionarios a través de mensajería. E) Se hicieron hasta dos contactos vía correo electrónico. F) Si no había respuesta se hicieron contactos telefónicos. G) Cuando los cuestionarios estaban cumplimentados se enviaba una empresa de transporte para su recogida. <p>Comunicación de incidencias de manera continua al equipo investigador.</p>

(*)Kit de difusión del cuestionario (Ver ANEXO 3, que incluye:

- Documento resumen del proyecto.
- Modelo de encuesta en formato pdf.
- Presentación de diapositivas explicativas del proyecto y cuestionario para el equipo. De esta forma se pretende facilitar la cumplimentación en el desarrollo de una sesión de equipo sobre cultura de seguridad del paciente en el propio centro.

3.1.6. Análisis estadístico

Los cuestionarios se han diseñado con el Sistema Teleform lo que permite su lectura automatizada mediante el scanner de dicha plataforma. El proceso contempla la comprobación de posibles errores de lectura y en su caso la corrección de los mismos. Finalmente se genera de forma automatizada una base de datos que posteriormente es evaluada para detectar posibles valores o etiquetados erróneos.

Se determina la consistencia interna del total del cuestionario y de cada una de las dimensiones definidas por la AHRQ en el MOSPSC, utilizando para ello el coeficiente alfa de *Cronbach*¹³³.

Se realiza un estudio descriptivo de las variables y de forma específica de las características de la muestra mediante la distribución de frecuencias para las variables cualitativas y la media y desviación estándar para las cuantitativas. Además se realiza una valoración del ajuste de su distribución a la normalidad.

Para conocer la cultura de los profesionales de AP respecto a la SP se calcula la media y el intervalo de confianza al 95% de cada una de las dimensiones del cuestionario y del ISSP, calculando así mismo el porcentaje de personas con percepción positiva (puntuación >3) y claramente positiva (puntuación ≥4) para cada dimensión y para el ISSP.

La relación entre la cultura de los profesionales de AP respecto a la SP y las variables sociodemográficas y aquellas relacionadas con las características del puesto de trabajo, se estudian con el coeficiente de correlación de *Pearson* para el caso de variables cuantitativas, las pruebas de la t de *Student* si se relaciona con una variable cualitativa de dos categorías y mediante el análisis de la varianza de una vía si la variable es cualitativa de más de dos categorías, en este caso además se realiza una comparación múltiple de medias mediante la prueba de *Bonferroni*, si el ANOVA es significativo.

Para determinar los factores asociados a la percepción positiva de los profesionales respecto a la SP se han realizado varios modelos de regresión logística. Las variables dependientes consideradas han sido tener o no una percepción positiva (puntuación > 3) en el ISSP y tener o no una percepción positiva (puntuación ≥ 3) en la variable G2

“Puntuación Global de Seguridad del Paciente”, considerada como resumen de la percepción de los encuestados. El análisis se ha completado con la realización de otros dos modelos en los que las variables dependientes fueron tener una percepción claramente positiva (puntuación ≥ 4) o no, en el ISSP, por una parte y en la variable G2, “Puntuación Global de Seguridad del Paciente”. Las co-variables candidatas a integrar el modelo han sido las que muestran relación en el análisis bivariado y las potencialmente confusoras.

En todas las estimaciones se han calculado sus intervalos de confianza al 95% (IC95%). El grado de significación estadística que se asume en todos los contrastes previstos es del 0,05. El análisis es realizado con el paquete estadístico SPSS versión 15.0.

3.2.- Herramienta para la explotación de resultados en los CAP

Para facilitar la explotación de los datos de la encuesta en los CAP se ha traducido y adaptado a nuestro entorno una herramienta diseñada por la AHRQ¹³⁴. Esta aplicación consiste en una hoja de cálculo Excel que contiene un conjunto de operaciones fijas agrupadas en macros. Permite la introducción de los datos agregados y genera los resultados en formato de tablas y gráficos para cada una de las variables y dimensiones.

Identifica áreas fuertes y áreas con potencial de mejora, lo cual permite ofrecer una imagen de posición de cualquier institución, CCAA o CAP analizado. En este estudio, los datos individuales de cada uno de los CAP participantes se han introducido en la herramienta para obtener resultados a nivel del SNS.

Los resultados incluyen el porcentaje de respuestas positivas, neutras y negativas obtenidos en cada variable y dimensión. Los datos se muestran en un gráfico que agrupa bajo el epígrafe de cada dimensión los resultados de las preguntas que la conforman y según la valoración de los participantes se asigna color verde a las respuestas positivas y rojo a las negativas y se identifica como “área fuerte” cuando la valoración positiva alcanza al 75% de los participantes y con “potencial de mejora” cuando el 50% ha valorado de forma negativa. La valoración de una dimensión se calcula con la media de porcentaje de respuesta positiva de cada una de las variables que la conforman.

Como hemos visto previamente, las escalas de respuestas para las variables de las diferentes secciones del cuestionario, son de 5 ó 6 puntos y se agrupan tal y como aparece en la Tabla 8 para ser consideradas respuesta positiva, respuesta neutra y respuesta negativa.

Tabla 8. Respuesta positiva, neutra y negativa para las variables de cada una de las secciones.

Sección	Respuesta negativa		Respuesta Neutra		Respuesta Positiva	
Secciones A y B	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
Secciones C, E y F	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo		De acuerdo	Muy de acuerdo
Sección D	Nunca	Rara vez	A veces		La mayoría de las veces	Siempre
Sección G	Pobre	Regular	Bueno		Muy bueno	Excelente

Además se ha tenido en cuenta si la pregunta está formulada en positivo o negativo. Así se considera área fuerte a una variable cuando el porcentaje de respuesta positiva es > del 75%, pero también cuando el porcentaje de respuesta negativa es mayor del 75% en el caso de preguntas formuladas en negativo.

Igualmente la herramienta permite la comparación de todas las preguntas y las dimensiones del cuestionario con las organizaciones con las que se desee establecer benchmarking. En este estudio se ha realizado, la comparación con la explotación realizada por la AHRQ en las encuestas que llevó a cabo en 2012, 2014 y 2016. Hay que tener en cuenta que en las secciones A y B con 6 categorías posibles de respuesta, tal y como se ha comentado previamente, se ha considerado respuesta positiva cuando al preguntar por la frecuencia con la que ocurren determinados hechos en un CAP, se puntúan las dos más favorables que son: ninguna vez en los últimos 12 meses y una o dos veces en los últimos 12 meses; esto sin embargo, no es así en los

diferentes estudios americanos con el mismo cuestionario ya que contemplan las tres más favorables y por lo tanto incluyen además de las dos previas, una tercera categoría que es: algunas veces en los últimos 12 meses. Por ello, para hacer la comparación con el estudio español se han tenido sólo en cuenta las dos respuestas favorables de en los cuestionarios americanos.

Capítulo 4.- Resultados

4.1.- Participación de las Comunidades Autónomas y tasa de respuesta

Todas las CCAA excepto dos han participado en el estudio. Esto hace que se reduzca el número inicial de CAP que estaban previstos de 289 a 245 CAP.

Por el mismo motivo disminuye el número estimado de profesionales a encuestar que pasa de 8378 a 7635, siendo este número mayor que el calculado para el tamaño muestral inicial.

La frecuencia de participación de centros y profesionales se presenta en la tabla 9. En la misma se observa que finalmente han participado un total de 215 CS, lo que supone un 87,8% de los previstos, siendo la tasa promedio de respuesta en los mismos del 56,2%.

En el anexo 4, se encuentra la relación de centros participantes por CCAA.

Tabla 9. Participación de centros y profesionales por Comunidad Autónoma

	CCAA	Muestra definitiva de CAP	Nº de profesionales definitivos	Nº CAP que han participado (%)	Nº de profesionales que han respondido (%)
1	ANDALUCÍA	33	1225	30 (90,9)	726 (59,3)
2	ARAGÓN	12	480	12 (100,0)	257 (53,5)
4	BALEARES (ISLAS)	10	300	10 (100,0)	163 (54,3)
5	CANARIAS	10	263	8 (80,0)	171 (65,0)
6	CANTABRIA	10	255	8 (80,0)	121 (47,5)
7	CASTILLA-LA MANCHA	17	408	17 (100,0)	222 (54,5)
8	CASTILLA Y LEÓN	21	654	20 (95,2)	412 (63,0)
9	CATALUÑA	35	970	25 (71,4)	572 (58,7)
10	COMUNIDAD VALENCIANA	22	539	14 (63,6)	257 (47,7)
11	EXTREMADURA	10	291	8 (80,0)	128 (45,5)
13	LA RIOJA	10	302	9 (90,0)	137 (45,4)
14	MADRID (COMUNIDAD DE)	22	1015	21 (95,5)	506 (49,9)
15	MURCIA (REGIÓN DE)	10	315	10 (100,0)	172 (56,4)
16	NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)	10	299	10 (100,0)	209 (69,9)
17	PAÍS VASCO	13	426	13 (100,0)	291 (68,3)
	Total	245	7722	215 (87,8)	4337 (56,2)

4.2.- Consistencia interna del cuestionario

El coeficiente de reproductibilidad alfa de Cronbach para el total del cuestionario es de 0,94. Los resultados para cada dimensión junto con los valores correspondientes que obtuvo el pilotaje de la encuesta “Medical Office Survey on Patient Safety Culture” de la AHRQ, se muestran en la tabla 10. También se han incluido las dimensiones (5b, 6b y 9b) debido 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 8 dimensiones evaluadas se sitúan entre los valores de 0,70 a 0,94. Las dimensiones “Ritmo y carga de trabajo”, “Formación del personal 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” obtienen valores entre 0,65 y 0,69.

Tabla 10. Alfa de Cronbach de las dimensiones comparado con el pilotaje de la AHRQ.

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

13. Puntuaciones globales sobre la calidad (G1A G1B G1C G1D G1E).	0,82	0,87
--	------	------

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

4.3.- Datos sociodemográficos y laborales de los participantes

Han cumplimentado el cuestionario un total de 4337 participantes, de los cuales el 70,7% son mujeres y el 29,3% varones. La media de edad es de 47,0 años (IC95%: 46,7 – 47,3) con un mínimo de edad de 20 años, un máximo de edad de 69 y una mediana de 48,0 años. El tiempo que los profesionales llevan trabajando en su CAP y el número de horas a la semana que trabajan en ese centro se refleja en la tabla 11.

Tabla 11. Datos de carácter laboral de los participantes (tiempo trabajado en el centro y horas de trabajo a la semana).

Tiempo trabajado N=4238	Frecuencia absoluta	Porcentaje (%)	Horas de trabajo a la semana N=4203	Frecuencia absoluta	Porcentaje (%)
Menos de 2 meses	115	2,7	De 1 a 4	6	0,1
De 2 meses a 1 año	426	10,1	De 5 a 16	109	2,6
De 1 a 3 años	696	16,4	De 17 a 24	142	3,4
De 3 a 6 años	1002	23,6	De 25 a 32	409	9,7
De 6 a 11 años	682	16,1	De 33 a 40	3537	84,2
De 11 a 20 años	699	16,5			
Más de 20 años	618	14,6			

En cuanto a la categoría profesional el 42,1% son profesionales médicos y el 34,9% profesionales de enfermería, seguidos de un 18,0% que son profesionales no sanitarios.

Un 8,8% tienen dentro del CAP un puesto de responsabilidad siendo el 45,3% coordinadores o directores médicos, el 19,1% jefes de grupo administrativos y el 35,6% responsables de enfermería.

A su vez se identifican un 1,8% como médico interno residente MIR, un 1,4% son trabajadores sociales y un 1,7% se clasifican como otro tipo de trabajadores sanitarios (de los cuales el 45,5% son auxiliares de enfermería, 13,0% odontólogos, 17,7% fisioterapeutas y 23,8% otros profesionales). La tabla 12 muestra el número de tarjetas sanitarias y la realización o no de guardias, así como la situación laboral y el turno de trabajo de los encuestados.

Tabla 12. Datos de carácter laboral de los participantes (nº de tarjetas sanitarias, situación laboral, turno de trabajo y realización de guardias o no por parte de los profesionales).

Nº TIS por profesional N=2870	%	Situación laboral N=4127	%	Turno de trabajo N=3825	%	Realización de guardias N=3835	%
<500	104 (3,6)	Fijo	2847 (69,0)	Sólo mañana	1933 (50,5)	Si	1511 (39,4)
500-1000	302 (10,5)	Interino	762 (18,5)	Sólo tarde	333 (8,7)	NO	2324 (60,6)
1000-1500	820 (28,6)	Eventual	518 (12,6)	Mañana y tarde	1559 (40,8)		
1500-2000	1249 (43,5)						
>2000	395 (13,8)						

4.4.- Distribución de la frecuencia de las respuestas

Con el fin de conocer la frecuencia de las respuestas dadas por los participantes a cada una de las preguntas así como valorar el porcentaje de no respuesta a las mismas, en el anexo5 se recogen, por secciones, la frecuencia de respuestas a cada una de las preguntas del cuestionario.

4.5.- Cultura de seguridad del paciente según las diferentes variables estudiadas

4.5.1. Resultados globales y por dimensiones

El ISSP definido como la media de las puntuaciones otorgadas a las preguntas de las dimensiones que componen el cuestionario es de 3,71 en un rango de 1 a 5, con un intervalo de confianza al 95% (IC95%) de 3,70 a 3,73, la desviación estándar (DE) es de 0,45. La puntuación global en seguridad del paciente (G2), obtiene un valor medio de 3,25 con un (IC95%) de 3,23 a 3,28. Esta puntuación global tiene un valor menor que el resto de las dimensiones de cultura de seguridad del paciente a excepción de la dimensión de “Ritmo y carga de trabajo” con una media de 2,76 (tabla 13).

La dimensión que presenta mayor puntuación media es “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad en la consulta” con 4,18 (IC95%: 4,16 - 4,20). Otras dimensiones que obtienen puntuaciones cercanas a cuatro son: “Seguimiento de la atención a los pacientes” 4,00 (IC95%: 3,97- 4,02); “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales” 3,96 (IC95%: 3,93- 3,99); “Trabajo en equipo” 3,90 (IC 95%: 3,87-3,92); “Aprendizaje organizacional” 3,83 (IC95%: 3,81-3,85) y “Comunicación sobre el error -profesionales sanitarios” 3,81 (IC95%: 3,79-3,83). Al contrario la dimensión peor valorada es: “Ritmo y carga de trabajo” que con una media de 2,76 (IC95%: 2,74-2,79), como se acaba de comentar, es la única que está situada por debajo de la puntuación neutra de 3.

Tabla 13. Puntuación media del ISSP y de cada una de las dimensiones del cuestionario en el total de la muestra.

Dimensión (preguntas que la integran)	Total Media (IC95%)
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad (A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9).	4,18 (4,16-4,20)
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (B1 B2 B3 B4).	3,96 (3,93-3,99)
Trabajo en equipo (C1 C2 C5 C13).	3,90 (3,87-3,92)
Ritmo y carga de trabajo (C3 C6 C11 C14).	2,76 (2,74-2,79)
Formación del personal no sanitario (C4 C7 C10).	3,48 (3,45-3,51)
Formación del personal sanitario (C16 C17 C18).	3,49 (3,46-3,51)
Procedimientos establecidos en el centro (C8 C9 C12 C15).	3,45 (3,43-3,48)
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios (C8 C9 C12 C19).	3,50 (3,48-3,52)
Comunicación franca (D1 D2 D4 D10).	3,65 (3,63-3,67)

Seguimiento de la atención a los pacientes (D3 D5 D6 D9).	4,00 (3,97-4,02)
Comunicación sobre el error (D7 D8 D11 D12).	3,76 (3,73-3,78)
Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios (D13 D8 D11 D14).	3,81 (3,79-3,83)
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente (E1 E2 E3 E4).	3,57 (3,55-3,60)
Aprendizaje organizacional (F1 F5 F7).	3,83 (3,81-3,85)
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad (F2 F3 F4 F6).	3,71 (3,69-3,74)
Puntuaciones globales sobre la calidad (G1A G1B G1C G1D G1E)	3,42 (3,40-3,44)
Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2).	3,25 (3,23-3,28)
Índice sintético (ISSP)	3,71 (3,70-3,73)

La frecuencia de encuestados que obtiene una puntuación media superior a 3 (“percepción positiva”) en el ISSP, es del 92,9% (tabla 14). Con la excepción de la dimensión “Ritmo y carga de trabajo”, que muestra un porcentaje de 35,4%; en el resto de dimensiones este porcentaje varía desde 64,2% para la dimensión “Puntuaciones globales de la calidad” hasta el 94,8% en la dimensión “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad en la consulta”.

Si se considera la frecuencia de profesionales que obtienen en el ISSP una puntuación media igual o superior a 4 (con “percepción claramente positiva”) el porcentaje que se obtiene es de 26,4%. Las dimensiones en las que se observa un menor porcentaje de profesionales con una percepción claramente positiva son “Ritmo y carga de trabajo” con un 11,7% y “Puntuaciones globales de la calidad” con un 24,7%. En el lado opuesto, se repiten las dimensiones que alcanzan las puntuaciones más elevadas: “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad en la consulta”, “Seguimiento de la atención a los pacientes”, “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales”, “Trabajo en equipo” y “aprendizaje organizacional”, todas ellas obtienen porcentajes entre el 57,3% y el 71,8% de personas con una percepción claramente positiva de los conceptos que exploran estas dimensiones (tabla 14).

Tabla 14. Porcentaje de personas con percepción positiva y claramente positiva del ISSP y de cada una de las dimensiones del cuestionario en el total de la muestra.

Dimensión (preguntas que la integran)	Total Percepción positiva ^a (%) -	Percepción claramente positiva ^b (%)
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad (A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9).	94,8	71,8
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (B1 B2 B3 B4).	84,4	57,7
Trabajo en equipo (C1 C2 C5 C13).	85,3	57,3
Ritmo y carga de trabajo (C3 C6 C11 C14).	35,4	11,7
Formación del personal no sanitario (C4 C7 C10).	66,0	41,7
Formación del personal sanitario (C16 C17 C18).	68,8	41,4
Procedimientos establecidos en el centro (C8 C9 C12 C15).	69,4	34,0
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios (C8 C9 C12 C19).	71,1	34,9
Comunicación franca (D1 D2 D4 D10).	75,8	41,7
Seguimiento de la atención a los pacientes (D3 D5 D6 D9).	89,4	63,4
Comunicación sobre el error (D7 D8 D11 D12).	79,8	47,5
Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios (D13 D8 D11 D14).	83,4	49,4
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente (E1 E2 E3 E4).	73,5	39,4
Aprendizaje organizacional (F1 F5 F7).	84,5	63,0
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad (F2 F3 F4 F6).	81,0 -	47,9
Puntuaciones globales sobre la calidad (G1A G1B G1C G1D G1E)	64,2	24,7
Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2).	86,7	34,8
Índice sintético (ISSP)	92,9	26,4

a: Percepción positiva. Puntuación media superior a 3, excepto en la variable "Valoración global de seguridad del paciente (G2)" en la que se considera a la puntuación media igual o superior a 3

b: Percepción claramente positiva. Puntuación media igual o superior a 4.

4.5.2. Resultados según las características de los participantes

.-Sexo

El análisis desagregado por sexo (tabla 15) depara un patrón de resultados semejante al descrito para el total de la muestra, de forma que se repiten las dimensiones mejor valoradas y también la peor valorada. Tanto los varones como las mujeres otorgan puntuaciones medias superiores a 3 en todas las dimensiones excepto en la de “ritmo y carga de trabajo”. Sin embargo las mujeres tienen una percepción de la cultura de SP en el CAP, según el índice sintético calculado, ligeramente más positiva, media de 3,73 (IC95%: 3,71-3,74) que los varones, media de 3,68 (IC95%: 3,65-3,71). Lo mismo sucede con la puntuación global G2 que obtiene unos valores medios de 3,25 para los varones y 3,27 para las mujeres. Si bien, en este último caso, las diferencias, no son significativas. La diferente percepción según el sexo del profesional también se observa en varias dimensiones (tabla 15). En este sentido se puede constatar que las mujeres otorgan una puntuación mayor en casi todas las dimensiones, alcanzándose diferencias estadísticamente significativas en 10 de las 15 dimensiones valoradas: “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales”, “Ritmo y carga de trabajo”, “Formación del personal no sanitario”, “Formación del personal sanitario”, “Procedimientos establecidos en el centro sanitarios”, “Seguimiento de la atención a los pacientes”, “Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente”, “Aprendizaje organizacional”, “Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad” y “Puntuaciones globales de la calidad”. En cualquier caso la magnitud de la diferencia es muy pequeña, inferior a 0,11.

Los varones obtienen mayor puntuación solamente en “Puntuaciones globales sobre la calidad” en la que obtienen una media de 3,47 significativamente superior a la puntuación de 3.41 correspondiente a las mujeres.

Tabla 15. Puntuación media del ISSP y de cada una de las dimensiones del cuestionario en el total de la muestra y según el sexo de los participantes.

Dimensión (preguntas que la integran)	Total Media (IC95%)	Varones Media (IC95%)	Mujeres Media (IC95%)	P
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad (A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9).	4,18 (4,16-4,20)	4,17 (4,13-4,21)	4,20 (4,18-4,22)	NS
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (B1 B2 B3 B4).	3,96 (3,93-3,99)	3,89 (3,83-3,95)	3,99 (3,96-4,03)	0,005

Trabajo en equipo (C1 C2 C5 C13).	3,90 (3,87-3,92)	3,88 (3,84-3,93)	3,92 (3,89-3,95)	NS
Ritmo y carga de trabajo (C3 C6 C11 C14).	2,76 (2,74-2,79)	2,71 (2,66-2,77)	2,78 (2,75-2,81)	0,05
Formación del personal no sanitario (C4 C7 C10).	3,48 (3,45-3,51)	3,43 (3,38-3,49)	3,50 (3,47-3,54)	0,05
Formación del personal sanitario (C16 C17 C18).	3,49 (3,46-3,51)	3,43 (3,38-3,48)	3,52 (3,49-3,55)	0,005
Procedimientos establecidos en el centro (C8 C9 C12 C15).	3,45 (3,43-3,48)	3,44 (3,39-3,48)	3,47 (3,44-3,50)	NS
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios (C8 C9 C12 C19).	3,50 (3,48-3,52)	3,47 (3,42-3,51)	3,53 (3,50-3,55)	0,05
Comunicación franca (D1 D2 D4 D10).	3,65 (3,63-3,67)	3,65 (3,60-3,69)	3,66 (3,63-3,69)	NS
Seguimiento de la atención a los pacientes (D3 D5 D6 D9).	4,00 (3,97-4,02)	3,93 (3,89-3,97)	4,03 (4,00-4,05)	0,001
Comunicación sobre el error (D7 D8 D11 D12).	3,76 (3,73-3,78)	3,75 (3,70-3,79)	3,77 (3,74-3,79)	NS
Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios (D13 D8 D11 D14).	3,81 (3,79-3,83)	3,78 (3,74-3,82)	3,83 (3,80-3,85)	NS
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente (E1 E2 E3 E4).	3,57 (3,55-3,60)	3,53 (3,48-3,58)	3,61 (3,58-3,64)	0,01
Aprendizaje organizacional (F1 F5 F7).	3,83 (3,81-3,85)	3,78 (3,74-3,82)	3,86 (3,83-3,89)	0,001
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad (F2 F3 F4 F6).	3,71 (3,69-3,74)	3,66 (3,61-3,70)	3,75 (3,72-3,78)	0,001
Puntuaciones globales sobre la calidad (G1A G1B G1C G1D G1E)	3,42 (3,40-3,44)	3,47 (3,43-3,51)	3,41 (3,38-3,43)	0,01
Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2).	3,25 (3,23-3,28)	3,25 (3,20-3,30)	3,27 (3,23-3,30)	NS
Índice sintético (ISSP)	3,71 (3,70-3,73)	3,68 (3,65-3,71)	3,73 (3,71-3,74)	0,01

Hay una mayor frecuencia de mujeres con una “percepción positiva” (94,0%) y “claramente positiva” (27,7%) que de varones (91,3% y 24,2% respectivamente), siendo, ambas diferencias, estadísticamente significativas. Los resultados que obtienen tanto los varones como las mujeres en las dimensiones estudiadas siguen el mismo patrón que el descrito para el total de casos analizados, de forma que las dimensiones que eran mejor percibidas por el total de la muestra, también lo son de forma separada por varones y mujeres. Por otra parte, la dimensión de “Ritmo y carga de trabajo” con un porcentaje de “percepción positiva” de 33,2% en varones y de 34,6% en mujeres, es la única que se sitúa por debajo del 50%, al igual que ocurre para el total de la muestra.

Al analizar de forma separada cada dimensión se comprueba que en todas las dimensiones excepto en “Comunicación franca” y en “Puntuaciones globales de la calidad“, la frecuencia de mujeres que muestran una “percepción positiva” o “claramente positiva” es mayor que la de varones. Estas diferencias alcanzan la significación estadística en 8 dimensiones: “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales” (percepción positiva en el 82,2% de varones y el 85,5% en mujeres); “Formación del personal no sanitario” (percepción claramente positiva en el 38,3% de varones y el 43,7% en mujeres); “Formación del personal sanitario” (percepción positiva en el 66,5% de varones y el 70,0% en mujeres); “Procedimientos establecidos en el centro” (percepción claramente positiva en el 31,8% de varones y el 35,6% en mujeres); “Procedimientos establecidos en el centro - sanitarios” (percepción claramente positiva en el 32,5% de varones y el 36,7% en mujeres); “Seguimiento de la atención a los pacientes” (percepción claramente positiva en el 59,1% de varones y el 65,2% en mujeres); “Aprendizaje organizacional” (percepción claramente positiva en el 59,5% de varones y el 65,5% en mujeres); y “Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad” (percepción claramente positiva en el 42,5% de varones y el 50,7% en mujeres) (tabla 16).

Las dimensiones en las que hay más varones que mujeres que muestran una “percepción positiva” o “claramente positiva” son “Comunicación franca” (77,8% y 41,6% respectivamente en varones frente a 75,4% y 41,7% en mujeres) y en “Puntuaciones globales de la calidad” (67,9% y 27,4% respectivamente en varones frente a 62,9% y 24,0% en mujeres), aunque sólo en esta última dimensión las diferencias son estadísticamente significativas.

Tabla 16. Porcentaje de personas con percepción positiva y claramente positiva de del ISSP y de las diferentes dimensiones del cuestionario en el total de la muestra y según el sexo de los participantes.

Dimensión (preguntas que la integran)	Total Percepción positiva ^a (%) - Percepción claramente positiva ^b (%)	Varones Percepción positiva ^a (%) - Percepción claramente positiva ^b (%)	Mujeres Percepción positiva ^a (%) - Percepción claramente positiva ^b (%)	P
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad (A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9).	94,8	94,6	95,0	NS
	- 71,8	- 71,6	- 71,9	- NS

Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (B1 B2 B3 B4).	84,4	82,2	85,5	0,05
	-	-	-	-
	57,7	55,7	58,3	NS
Trabajo en equipo (C1 C2 C5 C13).	85,3	84,3	86,3	NS
	-	-	-	-
	57,3	57,1	58,7	NS
Ritmo y carga de trabajo (C3 C6 C11 C14).	35,4	33,2	34,6	NS
	-	-	-	-
	11,7	11,4	11,8	NS
Formación del personal no sanitario (C4 C7 C10).	66,0	65,5	66,9	NS
	-	-	-	-
	41,7	38,3	43,7	0,005
Formación del personal sanitario (C16 C17 C18).	68,8	66,5	70,0	0,05
	-	-	-	-
	41,4	39,4	42,8	NS
Procedimientos establecidos en el centro (C8 C9 C12 C15).	69,4	69,3	69,4	NS
	-	-	-	-
	34,0	31,8	35,6	0,05
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios (C8 C9 C12 C19).	71,1	70,4	72,3	NS
	-	-	-	-
	34,9	32,5	36,7	0,05
Comunicación franca (D1 D2 D4 D10).	75,8	77,8	75,4	NS
	-	-	-	-
	41,7	41,6	41,7	NS
Seguimiento de la atención a los pacientes (D3 D5 D6 D9).	89,4	89,0	90,0	NS
	-	-	-	-
	63,4	59,1	65,2	0,001
Comunicación sobre el error (D7 D8 D11 D12).	79,8	80,2	79,6	NS
	-	-	-	-
	47,5	46,9	47,7	NS
Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios (D13 D8 D11 D14).	83,4	83,1	84,1	NS
	-	-	-	-
	49,4	48,8	50,1	NS
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente (E1 E2 E3 E4).	73,5	72,4	74,4	NS
	-	-	-	-
	39,4	37,7	40,7	NS
Aprendizaje organizacional (F1 F5 F7).	84,5	83,3	85,9	NS
	-	-	-	-
	63,0	59,5	65,5	0,001
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad (F2 F3 F4 F6).	81,0	79,8	82,3	NS
	-	-	-	-
	47,9	42,5	50,7	0,001
Puntuaciones globales sobre la calidad (G1A G1B G1C G1D G1E)	64,2	67,9	62,9	0,05
	-	-	-	-
	24,7	27,4	24,0	0,05
Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2).	86,7	85,1	87,6	0,05
	-	-	-	-
	34,8	37,0	34,2	NS
Índice sintético (ISSP)	92,9	91,3	94,0	0,005
	-	-	-	-
	26,4	24,2	27,7	0,05

a: Percepción positiva. Puntuación media superior a 3, excepto en la variable "Valoración global de seguridad del paciente (G2)" en la que se considera a la puntuación media igual o superior a 3

b: Percepción claramente positiva. Puntuación media igual o superior a 4.

.- Edad

Los grupos que obtienen una puntuación mayor en el ISSP son el grupo más veterano, de 56 a 69 años que tiene una puntuación de 3,76 (IC95%: 3,73 – 3,80) y el más joven, menores de 41 años, con un valor de 3,74 (IC95%: 3,71 – 3,74), mostrando diferencias significativas con el grupo de 41 a 55 años que tiene un valor de 3,70 (IC95%: 3,68 – 3,72). En cuanto a la variable G2, de puntuación global, son los menores de 41 años los que tienen una puntuación media más elevada de 3,31 (IC95%: 3,26 - 3,36), seguido del grupo de 56 a 69 años con una puntuación de 3,29 (IC95%: 3,23 – 3,34) y de nuevo el grupo de edad intermedia entre 41- 55 años es el que tiene una menor puntuación 3,24 (IC95%: 3,20 – 3,27).

Si se analizan las puntuaciones medias de las diferentes dimensiones en función de los tres grupos de edad establecidos, menores de 41 años, de 41 a 55 y de 56 a 69 años se observa que, como en casos anteriores, todos los grupos obtienen puntuaciones medias superiores a 3 en todas las dimensiones, excepto en la dimensión de “Ritmo y carga de trabajo” con valores que varían entre 2,78 grupo de 41-55 años y 2,73 de los menores de 41 años. Como se muestra en la tabla 17 se constatan diferencias entre los diferentes grupos, de forma que el grupo de edad media de 41 a 55 años muestra, en general, puntuaciones más bajas que los otros dos. Esta circunstancia se observa en todas las dimensiones excepto en la de “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad” y en la de “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales”, en las que la puntuación más baja se observa en el grupo más joven con medias de 4,10 y 3,90 respectivamente, no observándose diferencias entre los grupos de menores de 41 años y los mayores de 55.

En cualquier caso la magnitud de las diferencias entre los grupos con puntuaciones más extremas es pequeña (media de 0,09) y en ningún caso supera el valor de 0,19 correspondiente a la dimensión de “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad”. No se observan diferencias significativas en las dimensiones “Ritmo y carga de trabajo”, “Formación del personal sanitario”, “Aprendizaje organizacional”, “Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad” y en la de “Puntuaciones globales sobre la calidad”.

Se ha calculado también el coeficiente de correlación de la variable edad con el índice sintético y con cada una de las dimensiones del constructo de la cultura de seguridad del paciente.

Los valores de los coeficientes de correlación entre la edad y el índice sintético de seguridad del paciente, así como entre la edad y las puntuaciones de las diferentes dimensiones son muy bajos, lo que muestra la ausencia de relación lineal entre dichas variables. Con la excepción de la dimensión: "Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad" que obtiene un valor de 0,11, los coeficientes de correlación de la edad con el resto de dimensiones varían entre 0,05 para "Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente" y 0,06 para la dimensión de "Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales" (tabla 17).

Tabla 17. Puntuación media del ISSP y de cada una de las dimensiones del cuestionario según los grupos de edad de los participantes y su correlación con la edad.

Dimensión (preguntas que la integran)	Edad	Grupo de Edad			P*
	Coeficiente de Correlación (p)	20 - 40 Media (IC95%)	41 - 55 Media (IC95%)	56 - 69 Media (IC95%)	
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad (A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9).	0,106 (0,001)	4,10 (4,06-4,15)	4,21 (4,18-4,23)	4,29 (4,24-4,34)	0,001 A - B - C
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (B1 B2 B3 B4).	0,060 (0,001)	3,90 (3,84-3,97)	3,94 (3,90-3,99)	4,06 (3,99-4,13)	0,005 BA - C
Trabajo en equipo (C1 C2 C5 C13).	- 0,043 (0,02)	4,00 (3,95-4,04)	3,87 (3,84-3,90)	3,96 (3,90-4,01)	0,001 CA - B
Ritmo y carga de trabajo (C3 C6 C11 C14).	- 0,003 (NS)	2,73 (2,68-2,79)	2,78 (2,74-2,82)	2,74 (2,67-2,81)	NS
Formación del personal no sanitario (C4 C7 C10).	0,012 (NS)	3,52 (3,47-3,58)	3,45 (3,41-3,49)	3,59 (3,52-3,66)	0,005 AB - CA
Formación del personal sanitario (C16 C17 C18).	- 0,047 (0,01)	3,54 (3,49-3,59)	3,48 (3,44-3,51)	3,49 (3,42-3,56)	NS
Procedimientos establecidos en el centro (C8 C9 C12 C15).	- 0,034 (0,05)	3,52 (3,48-3,57)	3,43 (3,40-3,47)	3,51 (3,45-3,56)	0,005 CA - BC
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios (C8 C9 C12 C19).	- 0,036 (0,04)	3,58 (3,54-3,63)	3,48 (3,44-3,51)	3,56 (3,51-3,61)	0,001 CA - B
Comunicación franca (D1 D2 D4 D10).	- 0,041 (0,02)	3,72 (3,68-3,77)	3,65 (3,62-3,68)	3,66 (3,60-3,73)	0,04 CA - BC

Seguimiento de la atención a los pacientes (D3 D5 D6 D9).	- 0,031 (NS)	4,04 (4,00-4,09)	3,97 (3,94-4,00)	4,02 (3,96-4,07)	0,03 CA – BC
Comunicación sobre el error (D7 D8 D11 D12).	0,000 (NS)	3,80 (3,75-3,85)	3,73 (3,70-3,76)	3,86 (3,80-3,91)	0,001 CA – B
Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios (D13 D8 D11 D14).	- 0,015 (NS)	3,86 (3,81-3,90)	3,79 (3,76-3,82)	3,88 (3,83-3,93)	0,005 CA – B
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente (E1 E2 E3 E4).	- 0,052 (0,01)	3,65 (3,60-3,71)	3,56 (3,52-3,60)	3,59 (3,52-3,66)	0,04 CA – BC
Aprendizaje organizacional (F1 F5 F7).	- 0,007 (NS)	3,86 (3,82-3,90)	3,83 (3,80-3,86)	3,87 (3,82-3,92)	NS
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad (F2 F3 F4 F6).	- 0,023 (NS)	3,75 (3,70-3,79)	3,72 (3,69-3,76)	3,72 (3,67-3,77)	NS
Puntuaciones globales sobre la calidad (G1A G1B G1C G1D G1E)	- 0,021 (NS)	3,46 (3,42-3,50)	3,43 (3,40-3,46)	3,43 (3,38-3,48)	NS
Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2).	- 0,018 (NS)	3,31 (3,26-3,36)	3,24 (3,20-3,27)	3,29 (3,23-3,34)	0,03
Índice sintético (ISSP)	- 0,004 (NS)	3,74 (3,71-3,76)	3,70 (3,68-3,72)	3,76 (3,73-3,80)	0,01 AB – CA

(*) A = grupo de 20-40 años; B = grupo de 41-55 años, C = grupo de 56-69 años. Existen diferencias significativas entre los grupos separados por guiones.

En la tabla 18 se muestra la frecuencia de personas que muestran una percepción positiva y claramente positiva en las diferentes dimensiones estudiadas según los grupos de edad considerados. En ella se puede observar un comportamiento semejante al descrito anteriormente, es decir que la frecuencia de personas que tienen una percepción global de la SP positiva o claramente positiva, para el total del cuestionario en el grupo de 41 a 55 años es de 92,6% y de 25,1% respectivamente, que es ligeramente inferior a la que muestran los otros dos grupos. Esta menor frecuencia de percepción positiva que se da en el grupo de 41 a 55 años se reproduce en todas las dimensiones excepto en “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad”, “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales” y “Ritmo y carga de trabajo”, aunque en esta última las diferencias entre los grupos están en el límite de la significación estadística ($p=0,05$). Las diferencias entre los grupos no llegan a ser significativas en ningún caso en las dimensiones de “Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad” y en la de “Puntuaciones globales sobre la calidad” y están en el límite de la significación las

diferencias en el porcentaje de percepción positiva de las dimensiones de “Comunicación sobre el error, Profesionales Sanitarios”, “Formación del personal sanitario” y “Aprendizaje organizacional”. La magnitud de las diferencias también son moderadas, siendo las más importantes las que se establecen entre el grupo de más edad y el más joven respecto al porcentaje de percepción claramente positiva de la dimensión “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad” (80,1% y 68,1% respectivamente), y la dimensión de “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales” (63,1% y 55,3% respectivamente). Diferencias similares se obtienen entre el grupo más veterano y el de edad media en la frecuencia de percepción claramente positiva de las dimensiones “Formación del personal no sanitario” (49,0% y 41,1% respectivamente) y “Comunicación sobre el error” (53,4% y 45,5% respectivamente). Estas dimensiones son coincidentes con las que obtenían las mayores diferencias entre medias en el análisis anterior.

Tabla 18. Frecuencia de personas con percepción positiva y claramente positiva del ISSP y de cada una de las dimensiones del cuestionario según los grupos de edad de los participantes.

Dimensión (preguntas que la integran)	20 - 40	41 - 55	56 - 69	P
	Percepción positiva ^a (%)	Percepción positiva ^a (%)	Percepción positiva ^a (%)	
	-	-	-	
	Percepción claramente positiva ^b (%)	Percepción claramente positiva ^b (%)	Percepción claramente positiva ^b (%)	
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad (A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9).	94,2	95,2	96,2	NS
	-	-	-	-
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (B1 B2 B3 B4).	68,1	71,7	80,1	0,001
	-	-	-	-
Trabajo en equipo (C1 C2 C5 C13).	81,6	84,3	88,7	0,002
	-	-	-	-
Ritmo y carga de trabajo (C3 C6 C11 C14).	55,3	56,4	63,1	0,01
	-	-	-	-
Formación del personal no sanitario (C4 C7 C10).	89,7	84,7	86,0	0,01
	-	-	-	-
Formación del personal sanitario (C16 C17 C18).	61,6	56,8	60,5	0,04
	-	-	-	-
Procedimientos establecidos en el centro (C8 C9 C12 C15).	33,4	35,0	33,2	NS
	-	-	-	-
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales	9,7	12,8	11,0	0,05
	-	-	-	-
Formación del personal no sanitario (C4 C7 C10).	69,6	64,5	70,7	0,005
	-	-	-	-
Formación del personal sanitario (C16 C17 C18).	42,3	41,1	49,0	0,01
	-	-	-	-
Procedimientos establecidos en el centro (C8 C9 C12 C15).	73,0	67,8	68,3	0,02
	-	-	-	-
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales	42,9	41,1	42,9	NS
	-	-	-	-
Procedimientos establecidos en el centro (C8 C9 C12 C15).	71,5	68,2	71,0	NS
	-	-	-	-
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales	37,8	32,3	37,9	0,003
	-	-	-	-
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales	77,1	69,1	73,7	0,001
	-	-	-	-

Sanitarios (C8 C9 C12 C19).	39,8	33,5	37,4	0,004
Comunicación franca (D1 D2 D4 D10).	80,1	76,6	74,6	0,03
	-	-	-	-
	45,4	40,8	42,7	0,08
Seguimiento de la atención a los pacientes (D3 D5 D6 D9).	91,0	89,2	90,7	NS
	-	-	-	-
	66,6	61,5	63,3	0,05
Comunicación sobre el error (D7 D8 D11 D12).	82,0	78,6	82,4	0,04
	-	-	-	-
	49,4	45,5	53,4	0,001
Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios (D13 D8 D11 D14).	86,2	83,0	86,0	0,05
	-	-	-	-
	52,0	48,2	53,9	NS
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente (E1 E2 E3 E4).	77,5	72,9	72,6	0,05
	-	-	-	-
	41,9	38,8	39,7	NS
Aprendizaje organizacional (F1 F5 F7).	85,3	84,4	89,3	0,05
	-	-	-	-
	65,1	63,6	65,7	NS
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad (F2 F3 F4 F6).	81,7	81,7	82,4	NS
	-	-	-	-
	49,9	47,2	50,1	NS
Puntuaciones globales sobre la calidad (G1A G1B G1C G1D G1E)	67,0	64,0	64,3	NS
	-	-	-	-
	28,0	24,3	25,5	NS
Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2).	88,1	85,7	90,0	0,02
	-	-	-	-
	37,7	34,0	37,0	NS
Índice sintético (ISSP)	94,4	92,6	95,6	0,02
	-	-	-	-
	28,0	25,1	30,7	0,02

a: Percepción positiva. Puntuación media superior a 3, excepto en la variable "Valoración global de seguridad del paciente (G2)" en la que se considera a la puntuación media igual o superior a 3

b: Percepción claramente positiva. Puntuación media igual o superior a 4.

.-Categoría profesional

Se describen a continuación las respuestas dadas por las categorías profesionales mayoritarias, médicos, enfermeros y administrativos.

La cultura de SP medida según el índice sintético, se percibe de forma diferente en función de la categoría profesional. Los profesionales de enfermería (E) con una puntuación media de 3,76 (IC95%: 3,73-3,78) son los que tienen la mayor puntuación. Le siguen los médicos (M) con una media de 3,69 (IC95%: 3,67-3,71), siendo el colectivo de administrativos (A) los que obtienen la puntuación media más baja, 3,64 (IC95%: 3,60-3,67). Las diferencias entre cada categoría son de pequeña magnitud, pero todas son estadísticamente significativas ($p < 0,01$). Este patrón no se sigue cuando se analiza la puntuación global de seguridad (G2), en la cual la puntuación mayor la obtienen los administrativos (A) con una media de 3,30 (IC95%: 3,24 - 3,37),

seguido de las enfermeras (E), con una media de 3,27 (IC95%: 3,22 -3,31) y por último de los médicos (M), con una media de 3,22 (IC95%: 3,18 -3,26). No obstante, estas diferencias no alcanzan la significación estadística.

En la tabla 19 se muestran las puntuaciones medias obtenidas por los diferentes colectivos profesionales en las dimensiones que configuran el constructo de SP. Todas estas dimensiones se perciben de forma positiva, es decir obtienen puntuaciones medias superiores a 3, por todas las categorías profesionales, con la excepción de la dimensión de “Ritmo y carga de trabajo” que muestra medias entre 2,79 (E) y 2,72 (M) con diferencias que no son significativas.

Valoraciones de los diferentes colectivos respecto a las dimensiones relativas a la formación. La “Formación del personal no sanitario” es la segunda dimensión peor valorada por el colectivo de administrativos, que otorgan una media de 3,18 (IC95%: 3,10-3,25), muy diferente de las puntuaciones efectuadas por médicos, 3,54 (IC95%: 3,49-3,58) y por los profesionales de enfermería, 3,59 (IC95%: 3,54-3,64), no existiendo diferencias entre sanitarios. Al contrario ocurre con la dimensión de “Formación del personal sanitario”, donde la media que otorgan los administrativos (3,69) es significativamente más alta que la que da enfermería (3,56) y esta a su vez más alta que la de los médicos (3,37).

La dimensión de “Procedimientos establecidos en el centro” contempla preguntas genéricas y una específicamente dirigida a no sanitarios. En esta dimensión los administrativos muestran una percepción más positiva, media de 3,62, que los colectivos de sanitarios que alcanzan unas medias de 3,43 en enfermería y de 3,40 en medicina. No existen diferencias en la percepción que tienen los tres colectivos estudiados respecto a los “Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios”.

Otras dos dimensiones con preguntas específicas para los colectivos de sanitarios y no sanitarios son las relativas a la comunicación sobre el error. En ambas dimensiones, los médicos muestran medias significativamente más bajas que los profesionales de enfermería y los administrativos (tabla 19).

De forma general, los médicos presentan puntuaciones algo más bajas que los otros dos colectivos, la única dimensión en la que los médicos tienen un percepción significativamente más positiva (media de 3,47) que el resto de profesionales es

“Puntuaciones globales sobre la calidad”, donde enfermería obtiene una media de 3,41, también superior a la de los administrativos (3,34). En la dimensión de “Comunicación franca”, también ocurre algo similar, de forma que los médicos obtienen la mayor puntuación (3,72) que no difiere con la de enfermería (3,69), pero sí con la de los administrativos (3,41).

Los Administrativos valoran de forma más positiva que los sanitarios la dimensión de “Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad”. También los administrativos, pero esta vez junto con los profesionales de enfermería perciben de forma más positiva que los médicos las dimensiones de “Aprendizaje organizacional” y “Seguimiento de la atención a los pacientes” (tabla 19).

No existen diferencias en las puntuaciones medias de las dimensiones de “Trabajo en equipo”, “Ritmo y carga de trabajo”, “Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios” y “Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente”.

Tabla 19. Puntuación media del ISSP y de cada una de las dimensiones del cuestionario según la categoría profesional de los participantes.

Dimensión (preguntas que la integran)	Total Sanitarios Media (IC95%)	Médicos Media (IC95%)	Enfermeras Media (IC95%)	No Sanitarios Media (IC95%)	P*
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad (A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9).	4,21 (4,19-4,23)	4,14 (4,12-4,17)	4,29 (4,26-4,32)	4,05 (3,98-4,11)	0,001 M - E - A
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (B1 B2 B3 B4).	3,95 (3,92-3,98)	3,81 (3,77-3,85)	4,14 (4,09-4,19)	3,86 (3,76-3,95)	0,001 E – MA
Trabajo en equipo (C1 C2 C5 C13).	3,91 (3,88-3,94)	3,89 (3,86-3,92)	3,93 (3,89-3,97)	3,87 (3,81-3,93)	NS
Ritmo y carga de trabajo (C3 C6 C11 C14).	2,75 (2,72-2,78)	2,72 (2,67-2,76)	2,79 (2,74-2,84)	2,77 (2,70-2,84)	NS
Formación del personal no sanitario (C4 C7 C10).	3,56 (3,53-3,59)	3,54 (3,49-3,58)	3,59 (3,54-3,64)	3,18 (3,10-3,25)	0,001 ME – A
Formación del personal sanitario (C16 C17 C18).	3,45 (3,42-3,48)	3,37 (3,33-3,41)	3,56 (3,52-3,61)	3,69 (3,62-3,75)	0,001 M - E – A
Procedimientos establecidos en el centro (C8 C9 C12 C15).	3,41 (3,39-3,44)	3,40 (3,36-3,43)	3,43 (3,39-3,48)	3,62 (3,56-3,67)	0,001 ME – A
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios (C8 C9 C12 C19).	3,49 (3,47-3,52)	3,47 (3,43-3,51)	3,52 (3,48-3,56)	3,51 (3,45-3,57)	NS

Comunicación franca (D1 D2 D4 D10).	3,71 (3,68-3,73)	3,72 (3,69-3,75)	3,69 (3,65-3,73)	3,41 (3,35-3,47)	0,001 ME – A
Seguimiento de la atención a los pacientes (D3 D5 D6 D9).	3,96 (3,94-3,99)	3,86 (3,83-3,89)	4,09 (4,06-4,13)	4,10 (4,03-4,17)	0,001 M – EA
Comunicación sobre el error (D7 D8 D11 D12).	3,74 (3,71-3,77)	3,71 (3,67-3,74)	3,78 (3,74-3,82)	3,81 (3,76-3,87)	0,01 M – EA
Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios (D13 D8 D11 D14).	3,80 (3,78-3,82)	3,77 (3,74-3,80)	3,84 (3,81-3,88)	3,83 (3,77-3,89)	0,01 AM – EA
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente (E1 E2 E3 E4).	3,58 (3,55-3,61)	3,59 (3,55-3,63)	3,56 (3,52-3,61)	3,54 (3,47-3,62)	NS
Aprendizaje organizacional (F1 F5 F7).	3,82 (3,79-3,84)	3,77 (3,74-3,81)	3,87 (3,83-3,91)	3,90 (3,85-3,95)	0,001 M – EA
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad (F2 F3 F4 F6).	3,67 (3,66-3,71)	3,66 (3,63-3,70)	3,72 (3,68-3,76)	3,81 (3,76-3,87)	0,001 ME – A
Puntuaciones globales sobre la calidad (G1A G1B G1C G1D G1E)	3,44 (3,42-3,46)	3,47 (3,44-3,50)	3,41 (3,37-3,44)	3,34 (3,28-3,39)	0,001 M – EA
Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2).	3,24 (3,21-3,27)	3,22 (3,18-3,26)	3,27 (3,22-3,31)	3,30 (3,24-3,37)	NS
Índice sintético (ISSP)	3,72 (3,70-3,74)	3,69 (3,67-3,71)	3,76 (3,73-3,78)	3,64 (3,60-3,67)	0,001 M - E – A

(*) M = médicos, E = profesionales de enfermería, A = Administrativos. Existen diferencias significativas entre los colectivos separados por guiones.

El análisis de la frecuencia de personas que muestran una percepción positiva y claramente positiva en las diferentes dimensiones estudiadas mediante el porcentaje de personas que obtienen una puntuación media superior a 3 y a 4, respectivamente, tiene un patrón semejante al descrito anteriormente, de forma que concuerdan las dimensiones mejor y peor valoradas, y aquellas en las que se establecen diferencias entre las categorías profesionales estudiadas (tabla 20).

De nuevo se constata que los profesionales de enfermería son los que tienen una percepción más positiva de la seguridad del paciente, el 95,3% tienen una puntuación superior a 3 para el total del cuestionario y el 30,3% igual o superior a 4. Por el contrario los administrativos son los que obtienen los porcentajes más bajos, 89,2% y 24,6% respectivamente.

Al igual que en el análisis anterior se confirma la existencia de diferencias entre los colectivos profesionales en todas las dimensiones excepto en “Trabajo en equipo”, “Ritmo y carga de trabajo”, “Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales

Sanitarios”, “Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente” y “Comunicación sobre el error”. Enfermería percibe una imagen más favorable que médicos y administrativos en las dimensiones de “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad”, “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales” y “Seguimiento de la atención a los pacientes”. Los administrativos son los que tienen una visión más positiva y claramente positiva en la dimensión “Aprendizaje organizacional” con porcentajes del 87,8% y 69,0% respectivamente. Este colectivo también es el que obtiene mejores porcentajes en la dimensión de “Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad” donde el 83,9% supera la puntuación media de 3 y el 55,4% la de 4, aunque sólo en este caso las diferencias son estadísticamente significativas. En la dimensión “Comunicación franca” son los médicos los que hacen una valoración más alta con porcentajes de percepción positiva del 81,2% y claramente positiva del 44,6%.

Respecto a las dimensiones relativas a la formación se confirman los resultados obtenidos en el análisis anterior. Así en la tabla 20 se puede ver como los administrativos son los que peor valoran la dimensión de “Formación del personal no sanitario”, mientras que son el colectivo que mejor percibe la dimensión de “Formación del personal sanitario”. Los administrativos son los que tienen una mejor impresión de los “Procedimientos establecidos en el centro” que hacen referencia a los profesionales no sanitarios, con porcentajes de percepción positiva del 76,4% y claramente positiva del 42,5%. Lo mismo ocurre con los “Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios” alcanzando porcentajes del 70,4% y 39,8%, si bien, en esta dimensión, las diferencias con médicos y enfermeras sólo son significativas en lo que respecta a la percepción claramente positiva.

Las dimensiones que son percibidas de forma más favorable son “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad”, “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales”, “Trabajo en equipo”, “Seguimiento de la atención a los pacientes”, “Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios” y “Aprendizaje organizacional”. Al contrario ocurre con la dimensión “Ritmo y carga de trabajo”, que es la peor valorada de todas las dimensiones por todas las categorías. De esta forma sólo un tercio de los profesionales, independientemente de su categoría, manifiestan una percepción positiva de esta dimensión y algo más del 10% expresan una visión claramente positiva.

Tabla 20. Porcentaje de personas con percepción positiva y claramente positiva del ISSP y de las diferentes dimensiones del cuestionario según su categoría profesional.

Dimensión (preguntas que la integran)	Sanitarios Percepción positiva^a (%) - Percepción claramente positiva^b (%)	Médicos Percepción positiva^a (%) - Percepción claramente positiva^b (%)	Enfermeras Percepción positiva^a (%) - Percepción claramente positiva^b (%)	No Sanitarios Percepción positiva^a (%) - Percepción claramente positiva^b (%)	P
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad (A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9).	87,7	96,0	96,7	87,7	0,001
	-	-	-	-	-
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (B1 B2 B3 B4).	63,5	68,8	77,6	63,5	0,001
	-	-	-	-	-
Trabajo en equipo (C1 C2 C5 C13).	79,1	81,5	89,2	79,1	0,001
	-	-	-	-	-
Ritmo y carga de trabajo (C3 C6 C11 C14).	54,2	49,5	66,2	54,2	0,001
	-	-	-	-	-
Formación del personal no sanitario (C4 C7 C10).	85,7	85,9	85,9	85,6	NS
	-	-	-	-	-
Formación del personal sanitario (C16 C17 C18).	57,4	55,5	60,0	58,2	0,06
	-	-	-	-	-
Procedimientos establecidos en el centro (C8 C9 C12 C15).	33,6	32,9	34,5	35,4	NS
	-	-	-	-	-
Comunicación franca (D1 D2 D4 D10).	11,0	10,9	11,0	13,4	NS
	-	-	-	-	-
Seguimiento de la atención a los pacientes (D3 D5 D6 D9).	70,2	68,8	72,4	52,0	0,001
	-	-	-	-	-
Comunicación sobre el error (D7 D8 D11 D12).	45,4	44,7	46,4	28,1	0,001
	-	-	-	-	-
Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios (D13 D8 D11 D14).	67,7	64,6	71,8	74,4	0,001
	-	-	-	-	-
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad (A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9).	39,0	34,8	44,1	55,1	0,001
	-	-	-	-	-
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (B1 B2 B3 B4).	67,3	67,7	66,7	76,4	0,001
	-	-	-	-	-
Trabajo en equipo (C1 C2 C5 C13).	31,8	29,7	34,2	42,5	0,001
	-	-	-	-	-
Ritmo y carga de trabajo (C3 C6 C11 C14).	71,3	71,2	71,2	70,4	NS
	-	-	-	-	-
Formación del personal no sanitario (C4 C7 C10).	33,5	31,5	35,9	39,8	0,001
	-	-	-	-	-
Formación del personal sanitario (C16 C17 C18).	79,1	81,2	77,2	64,1	0,001
	-	-	-	-	-
Procedimientos establecidos en el centro (C8 C9 C12 C15).	44,1	44,6	43,6	29,7	0,001
	-	-	-	-	-
Comunicación franca (D1 D2 D4 D10).	90,0	88,2	92,4	86,4	0,001
	-	-	-	-	-
Seguimiento de la atención a los pacientes (D3 D5 D6 D9).	60,6	53,9	68,4	73,9	0,001
	-	-	-	-	-
Comunicación sobre el error (D7 D8 D11 D12).	79,6	78,6	80,5	80,9	NS
	-	-	-	-	-
Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios (D13 D8 D11 D14).	46,8	45,9	47,4	48,3	NS
	-	-	-	-	-
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad (A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9).	84,9	84,5	85,6	79,1	0,001
	-	-	-	-	-
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (B1 B2 B3 B4).	48,1	46,1	50,0	54,5	0,001
	-	-	-	-	-

Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente (E1 E2 E3 E4).	73,4	74,7	71,6	74,3	NS
	-	-	-	-	-
	38,8	38,9	38,3	39,1	NS
Aprendizaje organizacional (F1 F5 F7).	84,3	83,5	85,3	87,8	0,05
	-	-	-	-	-
	61,9	59,6	64,9	69,0	0,001
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad (F2 F3 F4 F6).	80,5	80,2	81,2	83,9	NS
	-	-	-	-	-
	45,8	44,2	47,8	55,4	0,001
Puntuaciones globales sobre la calidad (G1A G1B G1C G1D G1E)	65,7	68,5	62,1	58,5	0,001
	-	-	-	-	-
	25,2	25,4	24,9	21,6	NS
Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2).	86,0	85,4	86,8	90,1	0,02
	-	-	-	-	-
	34,4	33,9	35,0	34,6	NS
Índice sintético (ISSP)	94,1	93,4	95,3	89,2	0,001
	-	-	-	-	-
	26,3	22,9	30,3	24,6	NS

a: Percepción positiva. Puntuación media superior a 3, excepto en la variable “Valoración global de seguridad del paciente (G2)” en la que se considera a la puntuación media igual o superior a 3

b: Percepción claramente positiva. Puntuación media igual o superior a 4.

.-Liderazgo

Las personas que reconocen que desarrollan un puesto de responsabilidad, o de liderazgo en el EAP tienen un valor de índice sintético de la cultura de seguridad del paciente de 3,84 (IC95%: 3,80-3,88) mayor al que muestran los profesionales no líderes 3,70 (IC95%: 3,68-3,71). También es más alto el valor que otorgan los líderes a la variable G2, de puntuación global de seguridad del paciente, siendo de 3,39 (IC 95% 3,31 – 3,47), mientras que en los no líderes es de 3,24 (IC95%: 3,21 – 3,27). En este caso continua siendo, tras la dimensión de “Ritmo y carga de trabajo“, la variable que obtiene una puntuación más baja.

Los líderes o responsables obtienen puntuaciones más altas en todas las dimensiones excepto en “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales” en la que los líderes alcanzan una media de 3,80 (IC95%: 3,71-3,89) inferior a la puntuación de 3,97 (IC95%: 3,93-4.00) de los profesionales no líderes (tabla 21).

La dimensión de “Ritmo y carga de trabajo” es la única que presenta una estimación puntual inferior a 3, tanto en el grupo de líderes que obtiene una media de 2,99 (IC95%: 2,90-3,07) como en el resto de profesionales donde se observa una media de 2,74 (IC95%: 2,71-2,77). En el resto de dimensiones, los líderes obtienen

puntuaciones entre 3,60 (IC95%: 3,54-3,66) de la dimensión de “Puntuaciones globales de la calidad” y 4,19 (IC95%: 4,14-4,25) de la relativa a los “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad”; mientras que los no líderes presentan una media, respectivamente, de 3,41 (IC95%: 3,39-3,43) y de 4,19 (IC95%: 4,17-4,22), siendo estas las dimensiones en las que también se obtienen las puntuaciones extremas. Las diferencias no alcanzan la significación estadística en las dimensiones de “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad”, “Seguimiento de la atención a los pacientes” y “Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente”.

Las dimensiones en las que se obtienen puntuaciones medias más altas, superiores a 4, son “Trabajo en equipo”, “Aprendizaje organizacional”, “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad” y “Seguimiento de la atención a los pacientes”, si bien, como se acaba de comentar, en estas dos últimas dimensiones no se alcanza la significación estadística. En la dimensión de “Trabajo en equipo” los líderes otorgan una puntuación media de 4,02 (IC95%: 3,96-4,08), y en la de “Aprendizaje organizacional” de 4,17 (IC95%: 4,11-4,22), en ambos casos claramente superior a la que consiguen los profesionales que no ostentan un puesto de responsabilidad, 3,89 (IC95%: 3,86-3,92) y 3,79 (IC95%: 3,76-3,81) respectivamente.

Tabla 21. Puntuación media y porcentaje de personas con percepción positiva y claramente positiva del ISSP y de las diferentes dimensiones del cuestionario según la característica de liderazgo de los participantes.

Dimensión (preguntas que la integran)	Líder Media (IC95%)	No líder Media (IC95%)	P	Líder Percepción positiva ^a (%) - Percepción claramente positiva ^b (%)	No Líder Percepción positiva ^a (%) - Percepción claramente positiva ^b (%)	P
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad (A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9).	4,19 (4,14-4,25)	4,19 (4,17-4,22)	NS	97,1 - 70,2	94,8 - 71,8	0,07 - NS
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (B1 B2 B3 B4).	3,80 (3,71-3,89)	3,97 (3,93-4,00)	0,001	79,1 - 50,4	84,7 - 58,0	0,005 - 0,01
Trabajo en equipo (C1 C2 C5 C13).	4,02 (3,96-4,08)	3,89 (3,86-3,92)	0,001	89,9 - 65,8	85,1 - 56,8	0,01 - 0,001

Ritmo y carga de trabajo (C3 C6 C11 C14).	2,99 (2,90-3,07)	2,74 (2,71-2,77)	0,001	44,4 - 14,9	33,4 - 11,0	0,001 - 0,08
Formación del personal no sanitario (C4 C7 C10).	3,70 (3,62-3,78)	3,46 (3,42-3,49)	0,001	78,5 - 51,5	64,9 - 41,3	0,001 - 0,001
Formación del personal sanitario (C16 C17 C18).	3,76 (3,68-3,83)	3,45 (3,42-3,49)	0,001	83,9 - 55,4	67,4 - 39,6	0,001 - 0,001
Procedimientos establecidos en el centro (C8 C9 C12 C15).	3,70 (3,64-3,78)	3,43 (3,40-3,45)	0,001	81,4 - 45,9	67,8 - 32,9	0,001 - 0,001
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios (C8 C9 C12 C19).	3,72 (3,66-3,78)	3,48 (3,46-3,51)	0,001	83,3 - 46,5	70,2 - 34,2	0,001 - 0,001
Comunicación franca (D1 D2 D4 D10).	3,81 (3,74-3,87)	3,65 (3,62-3,67)	0,001	84,0 - 50,8	75,9 - 41,0	0,001 - 0,001
Seguimiento de la atención a los pacientes (D3 D5 D6 D9).	4,03 (3,96-4,10)	3,98 (3,96-4,01)	NS	92,2 - 64,1	89,3 - 62,7	NS - NS
Comunicación sobre el error (D7 D8 D11 D12).	3,89 (3,83-3,95)	3,74 (3,71-3,77)	0,005	89,4 - 53,6	78,6 - 46,5	0,001 - 0,07
Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios (D13 D8 D11 D14).	3,96 (3,90-4,02)	3,79 (3,77-3,82)	0,001	91,2 - 58,9	83,1 - 48,6	0,001 - 0,001
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente (E1 E2 E3 E4).	---	---	---	---	---	---
Aprendizaje organizacional (F1 F5 F7).	4,17 (4,11-4,22)	3,79 (3,76-3,81)	0,001	96,5 - 83,2	83,2 - 60,5	0,001 - 0,001
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad (F2 F3 F4 F6).	3,91 (3,85-3,97)	3,69 (3,67-3,72)	0,001	91,2 - 57,3	80,1 - 47,1	0,001 - 0,001
Puntuaciones globales sobre la calidad (G1A G1B G1C G1D G1E)	3,60 (3,54-3,66)	3,41 (3,39-3,43)	0,001	74,1 - 33,1	63,7 - 24,1	0,001 - 0,001
Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2).	3,39 (3,31-3,47)	3,24 (3,21-3,27)	0,005	90,5 - 43,9	86,1 - 34,0	0,02 - 0,001
Índice sintético (ISSP)	3,84 (3,80-3,88)	3,70 (3,68-3,71)	0,001	97,9 - 37,0	92,7 - 25,3	0,001 - 0,001

a: Percepción positiva. Puntuación media superior a 3, excepto en la variable "Valoración global de seguridad del paciente (G2)" en la que se considera a la puntuación media igual o superior a 3

b: Percepción claramente positiva. Puntuación media igual o superior a 4.

Si se valora la frecuencia de personas que tienen una percepción positiva y claramente positiva en las diferentes dimensiones estudiadas mediante el porcentaje de personas que obtienen una puntuación media superior a 3 e igual o superior a 4,

respectivamente, en las dimensiones correspondientes se observa un patrón muy semejante al descrito anteriormente. Casi la totalidad de los líderes, el 97,9%, tienen un valor superior a 3 para el total del cuestionario, pero la frecuencia se reduce al 37,0% al analizar los que igualan o sobrepasan la puntuación de 4. En los profesionales que no tienen la característica de liderazgo los porcentajes son inferiores, 92,7 y 25,3 respectivamente, siendo estas diferencias altamente significativas.

En este análisis la dimensión de “Ritmo y carga de trabajo” también es la dimensión que presenta una percepción menos positiva con unos porcentajes de puntuación media superior a 3, inferiores al 50% tanto en el grupo de responsables (44,4%) como en el resto de profesionales (33,4%). También es muy baja la frecuencia de personas cuya puntuación media sobrepasa el valor de 4, siendo del 14,9% en el grupo de responsables y de 11,0% en el resto. Las diferencias en el primer caso son altamente significativas, mientras que en el segundo están en el límite de la significación.

La dimensión de “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales” es la única en la que los profesionales que no desempeñan un puesto de gestión en el centro de salud tienen una percepción más positiva que los gestores, de esta manera el 84,7% de los primeros tienen una media superior a 3 mientras que este porcentaje en el grupo de gestores es de 79,1%. De igual manera los porcentajes que superan la puntuación media de 4 son respectivamente de 58,0% y de 50,4%. En ambos casos las diferencias son estadísticamente significativas. En el resto de dimensiones los líderes del equipo presentan unos porcentajes de participantes que tienen una puntuación media superior a 3 y, también superior a 4, mayores que los observados en el resto de profesionales del equipo, siendo estas diferencias significativas en todas las dimensiones con la excepción de “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad” y “Seguimiento de la atención a los pacientes”, es decir las mismas dimensiones en las que no se observaron diferencias en el análisis de comparación de medias descrito anteriormente (tabla 21).

También se observa concordancia en la identificación de las dimensiones que obtienen los porcentajes de percepción positiva o claramente positiva más altos. De esta manera las dimensiones más valoradas son: “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad”, “Aprendizaje organizacional”, “Seguimiento de la atención a los pacientes”, “Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios”, “Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad”, “Trabajo en

equipo”, y “Formación del personal sanitario”. En todas ellas el grupo de responsables obtiene porcentajes de puntuaciones medias > 3, superiores al 90,0%; y porcentajes de puntuaciones medias > 4, por encima del 55,0%, significativamente más altos que resto de profesionales en todas las dimensiones con la excepción de la primera y la tercera (tabla 21).

.-Tarjetas asignadas

Los profesionales que tienen un cupo más pequeño presentan una mayor puntuación en el ISSP. Así el grupo que declara tener menos de 1000 tarjetas sanitarias individuales (TSI) obtiene una puntuación de 3,82 (IC95%: 3,78-3,87) superior a la media de 3,74 (IC95%: 3,71-3,77) del grupo que tiene entre 1000 y 1500 tarjetas y éste, a su vez, mayor que la del grupo de más de 1500 TSI, que presenta una media de 3,66 (IC95%: 3,64 – 3,69). Tal y como muestra la tabla 22, las diferencias entre los grupos desaparecen si se considera la variable puntuación global en seguridad del paciente (G2), en la que los tres grupos obtienen una puntuación media entre 3,23 y 3,25.

Las diferencias entre los grupos no son significativas en las dimensiones de “Trabajo en equipo”, “Formación del personal no sanitario”, “Formación del personal sanitario” y “Seguimiento de la atención a los pacientes”; y están en el límite de la significación en la de “Comunicación sobre el error”. En el resto de dimensiones los profesionales que tienen más de 1500 tarjetas son los que obtienen las puntuaciones medias más bajas. Llama la atención que en la dimensión de “Ritmo y carga de trabajo”, que generalmente presenta puntuaciones por debajo de 3, el grupo que tiene adscritas menos de 1000 TSI obtiene una media de 3,42 (IC95%: 3,34-3,50), por el contrario las medias de los profesionales que tienen entre 1000 y 1500 TSI y más de 1500 son respectivamente 2,78 (IC95%: 2,72-2,85) y 2,55 (IC95%: 2,51-2,59).

Los profesionales con menos de 1000 TSI tienen puntuaciones medias superiores a 3,80 en 8 dimensiones, el grupo entre 1000 y 1500 en 6 y los que tienen más de 1500 en 4 dimensiones. Los tres grupos presentan puntuaciones superiores a 3,80 en las dimensiones de “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad”, “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales”, “Trabajo en equipo” y “Seguimiento de la atención a los pacientes”. En el lado opuesto, las dimensiones menos valoradas son “Formación del personal sanitario”, “Procedimientos establecidos

en el centro” y “Puntuaciones globales sobre la calidad”, que obtienen puntuaciones inferiores a 3,55.

Tabla 22. Puntuación media del ISSP y de cada una de las dimensiones del cuestionario según el nº de TSI adscritas al cupo.

Dimensión (preguntas que la integran)	Nº de TSI adscritas al cupo			P*
	<1000 Media (IC95%)	1000 - 1500 Media (IC95%)	>1500 Media (IC95%)	
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad (A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9).	4,30 (4,25-4,36)	4,22 (4,18-4,26)	4,18 (4,15-4,21)	0,001 BA – CB
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (B1 B2 B3 B4).	4,05 (3,97-4,13)	3,90 (3,84-3,97)	3,90 (3,86-3,95)	0,015 A – BC
Trabajo en equipo (C1 C2 C5 C13).	3,92 (3,85-3,99)	3,94 (3,89-4,00)	3,87 (3,83-3,91)	NS
Ritmo y carga de trabajo (C3 C6 C11 C14).	3,42 (3,34-3,50)	2,78 (2,72-2,85)	2,55 (2,51-2,59)	0,000 A – B – C
Formación del personal no sanitario (C4 C7 C10).	3,58 (3,49-3,66)	3,58 (3,52-3,64)	3,59 (3,46-3,55)	NS
Formación del personal sanitario (C16 C17 C18).	3,42 (3,33-3,51)	3,48 (3,42-3,54)	3,43 (3,38-3,47)	NS
Procedimientos establecidos en el centro (C8 C9 C12 C15).	3,54 (3,47-3,62)	3,47 (3,41-3,52)	3,34 (3,30-3,38)	0,000 AB – C
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios (C8 C9 C12 C19).	3,58 (3,50-3,65)	3,54 (3,49-3,59)	3,43 (3,39-3,47)	0,000 AB – C
Comunicación franca (D1 D2 D4 D10).	3,77 (3,70-3,83)	3,72 (3,67-3,77)	3,67 (3,64-3,71)	0,061
Seguimiento de la atención a los pacientes (D3 D5 D6 D9).	4,00 (3,93-4,06)	3,97 (3,92-4,01)	3,94 (3,90-3,97)	NS
Comunicación sobre el error (D7 D8 D11 D12).	3,80 (3,73-3,87)	3,75 (3,70-3,80)	3,68 (3,65-3,72)	0,006 BA – CB
Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios (D13 D8 D11 D14).	3,82 (3,76-3,89)	3,83 (3,78-3,87)	3,75 (3,72-3,79)	0,023 AB – CA
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente (E1 E2 E3 E4).	3,60 (3,51-3,69)	3,62 (3,56-3,68)	3,52 (3,48-3,57)	0,031 AB – CA
Aprendizaje organizacional (F1 F5 F7).	3,86 (3,79-3,93)	3,88 (3,83-3,92)	3,76 (3,72-3,79)	0,000 AB – C
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad (F2 F3 F4 F6).	3,81 (3,74-3,87)	3,75 (3,71-3,80)	3,62 (3,58-3,66)	0,000 AB – C
Puntuaciones globales sobre la calidad (G1A G1B G1C G1D G1E)	3,51 (3,44-3,57)	3,48 (3,43-3,52)	3,42 (3,38-3,45)	0,018 BA – CB
Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2).	3,25 (3,17-3,32)	3,25 (3,19-3,31)	3,23 (3,19-3,27)	NS
Índice sintético (ISSP)	3,82 (3,78-3,87)	3,74 (3,71-3,77)	3,66 (3,64-3,69)	0,000 A - B – C

TSI. Tarjetas Sanitarias Individuales.

(*) A = grupo de <1000 TSI; B = grupo de 1000-1500 TSI, C = grupo de >1500 TSI. Existen diferencias significativas entre los grupos separados por guiones.

La frecuencia de percepción positiva y claramente positiva en función del número de TSI asignadas depara resultados similares a los descritos más arriba, de forma que, en general, los profesionales con menor número de tarjetas otorgan puntuaciones más elevadas, así la percepción global de la SP positiva o claramente positiva para el total del cuestionario es del 97,2% y 38,2% respectivamente para los profesionales con un número de tarjetas asignadas al cupo menor de 1000, del 95,8% y 30,9% para los profesionales que tienen asignadas al cupo un número de tarjetas entre 1000-1500 y de 92,5% y 25,7% para los profesionales que tienen más de 1500 tarjetas asignadas al cupo tal y como se muestra en la tabla 23.

La frecuencia de percepción positiva en función del número de tarjetas sanitarias no arroja diferencias significativas en las dimensiones de: “Formación del personal no sanitario”, “Formación del personal sanitario”, “Seguimiento de la atención a los pacientes”, Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente y “Puntuación global en seguridad del paciente”.

La magnitud de las diferencias es mayor en las dimensiones de “Ritmo y carga de trabajo” donde los profesionales con menos de 1000 tarjetas tienen una frecuencia de percepción positiva casi tres veces mayor que los profesionales que tienen más de 1500 (68,9% y 24,1% respectivamente), y la diferencia se incrementa a más de cuatro veces si consideramos la percepción claramente positiva (29,9% y 6,4% respectivamente). En las dimensiones de “Procedimientos establecidos en el centro” y “Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad” las diferencias entre los que tienen menos de 1000 tarjetas sanitarias y los que tienen más de 1500 son en torno a 10 puntos. La diferencia también es importante, mayor de 12 puntos, en la percepción claramente positiva del índice sintético de la cultura de seguridad.

Tabla 23. Porcentaje de personas con percepción positiva y claramente positiva del ISSP y de las diferentes dimensiones del cuestionario según el nº de TSI adscritas al cupo.

Dimensión (preguntas que la integran)	Nº de TSI adscritas al cupo			P
	<1000 Percepción positiva ^a (%) - Percepción claramente	1000 – 1500 Percepción positiva ^a (%) -	>1500 Percepción positiva ^a (%) - Percepción claramente	

	positiva ^b (%)	Percepción claramente positiva ^b (%)	positiva ^b (%)	
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad (A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9).	98,0	97,1	95,9	NS
	-	-	-	-
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (B1 B2 B3 B4).	80,1	72,8	71,2	0,003
	-	-	-	-
Trabajo en equipo (C1 C2 C5 C13).	91,1	83,2	83,6	0,002
	-	-	-	-
Ritmo y carga de trabajo (C3 C6 C11 C14).	62,5	54,6	53,9	0,015
	-	-	-	-
Formación del personal no sanitario (C4 C7 C10).	86,6	87,9	83,8	0,03
	-	-	-	-
Formación del personal sanitario (C16 C17 C18).	57,1	59,3	56,0	NS
	-	-	-	-
Procedimientos establecidos en el centro (C8 C9 C12 C15).	68,9	34,4	24,1	0,000
	-	-	-	-
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios (C8 C9 C12 C19).	29,9	10,4	6,4	0,000
	-	-	-	-
Comunicación franca (D1 D2 D4 D10).	68,1	72,6	67,3	NS
	-	-	-	-
Seguimiento de la atención a los pacientes (D3 D5 D6 D9).	45,0	45,3	43,4	NS
	-	-	-	-
Comunicación sobre el error (D7 D8 D11 D12).	69,1	67,2	66,3	NS
	-	-	-	-
Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios (D13 D8 D11 D14).	37,8	39,9	37,2	NS
	-	-	-	-
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente (E1 E2 E3 E4).	74,6	71,4	63,0	0,000
	-	-	-	-
Aprendizaje organizacional (F1 F5 F7).	39,6	32,6	28,5	0,000
	-	-	-	-
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad (F2 F3 F4 F6).	75,6	73,5	67,7	0,002
	-	-	-	-
Puntuaciones globales sobre la calidad (G1A G1B G1C G1D G1E).	38,9	33,7	30,7	0,011
	-	-	-	-
Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2).	83,0	81,2	76,9	0,011
	-	-	-	-
Índice sintético (ISSP)	50,3	42,7	42,4	0,024
	-	-	-	-
	91,5	90,5	89,2	NS
	-	-	-	-
	62,1	58,6	58,6	NS
	-	-	-	-
	82,2	79,6	82,4	0,049
	-	-	-	-
	51,6	47,7	42,6	0,003
	-	-	-	-
	86,3	85,7	82,7	0,092
	-	-	-	-
	51,0	49,0	55,3	0,036
	-	-	-	-
	74,9	74,1	72,6	NS
	-	-	-	-
	40,6	38,2	37,0	NS
	-	-	-	-
	87,6	87,2	81,9	0,001
	-	-	-	-
	64,1	63,8	58,8	0,036
	-	-	-	-
	87,1	84,4	76,9	0,000
	-	-	-	-
	54,1	47,4	42,9	0,001
	-	-	-	-
	71,5	68,9	64,1	0,008
	-	-	-	-
	26,7	27,4	23,8	NS
	-	-	-	-
	89,3	85,6	85,1	NS
	-	-	-	-
	33,3	35,3	34,6	NS
	-	-	-	-
	97,2	95,8	92,5	0,000
	-	-	-	-
	38,2	30,9	25,7	0,000
	-	-	-	-

a: Percepción positiva. Puntuación media superior a 3, excepto en la variable “Valoración global de seguridad del paciente (G2)” en la que se considera a la puntuación media igual o superior a 3
 b: Percepción claramente positiva. Puntuación media igual o superior a 4.

.-Realización de guardias

Los profesionales que hacen guardias tienen un ISSP de 3,76 (IC95%: 3,73-3,78) que es más alto que la media de 3,68 (IC95%: 3,66-3,70) que obtienen los que no realizan guardias (3,68 IC95%: 3,66-3,70). Los profesionales que realizan guardias también obtienen medias más elevadas que los que no hacen guardias tanto en la puntuación global de SP (3,30 y 3, 23 respectivamente), como en las puntuaciones globales de la calidad (3,48 y 3,40). De igual manera en todas las dimensiones se observa una mayor puntuación de las personas que hacen guardias respecto a las que no. Las diferencias no son significativas en las dimensiones de “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad”, “Formación del personal sanitario” y “Seguimiento de la atención a los pacientes” (tabla 24).

Las dimensiones más valoradas por ambos grupos, con medias en torno a los 4 puntos, son: “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad”, “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales”, “Trabajo en equipo”, “Seguimiento de la atención a los pacientes” y “Aprendizaje organizacional”. Por el contrario las que obtienen una menor puntuación son “Ritmo y carga de trabajo”, donde el grupo que hace guardias presenta una media de 2,86 frente a 2,69 de los que no hacen guardias, y las puntuaciones globales de la calidad y de la seguridad del paciente, en las que los que realizan guardias tienen una medias de 3,48 y 3,30, y los profesionales que no hacen guardias 3,40 y 3,23 respectivamente.

La magnitud de las diferencias es mayor en: “Ritmo y carga de trabajo”, “Trabajo en equipo”, “Procedimientos establecidos en el centro” y “Comunicación franca”, con diferencias que se sitúan entre el 0,17 y 0,10.

Tabla 24. Puntuación media y porcentaje de personas con percepción positiva y claramente positiva del ISSP y de las diferentes dimensiones del cuestionario, según la realización o no de guardias.

Dimensión (preguntas que la integran)	Realiza guardias Media (IC95%)	No realiza guardias Media (IC95%)	P	Realiza guardias Percepción positiva^a (%)	No realiza guardias Percepción positiva^a (%)	p
				-	-	

				Percepción claramente positiva ^b (%)	Percepción claramente positiva ^b (%)	
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad (A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9).	4,23 (4,19-4,25)	4,18 (4,15-4,21)	NS	95,4 - 73,4	94,7 - 70,6	NS - NS
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (B1 B2 B3 B4).	4,00 (3,95-4,05)	3,93 (3,89-3,98)	0,04	86,1 - 58,8	83,2 - 56,3	0,05 - NS
Trabajo en equipo (C1 C2 C5 C13).	3,96 (3,92-4,00)	3,86 (3,83-3,89)	0,001	87,6 - 60,4	83,7 - 56,1	0,00 2 - 0,01
Ritmo y carga de trabajo (C3 C6 C11 C14).	2,86 (2,81-2,91)	2,69 (2,65-2,73)	0,001	39,0 - 14,0	30,8 - 10,0	0,00 1 - 0,00 1
Formación del personal no sanitario (C4 C7 C10).	3,53 (3,49-3,58)	3,45 (3,40-3,49)	0,005	69,8 - 42,2	64,2 - 42,0	0,00 1 - NS
Formación del personal sanitario (C16 C17 C18).	3,51 (3,47-3,55)	3,47 (3,43-3,51)	NS	71,0 - 41,2	67,1 - 41,9	0,01 - NS
Procedimientos establecidos en el centro (C8 C9 C12 C15).	3,51 (3,47-3,55)	3,42 (3,38-3,45)	0,001	71,8 - 36,1	66,5 - 32,9	0,00 1 - 0,06
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios (C8 C9 C12 C19).	3,56 (3,53-3,60)	3,46 (3,43-3,49)	0,001	74,9 - 36,9	69,0 - 33,8	0,00 1 - 0,04
Comunicación franca (D1 D2 D4 D10).	3,73 (3,69-3,77)	3,62 (3,53-3,66)	0,001	78,9 - 46,3	75,5 - 39,0	0,02 - 0,00 1
Seguimiento de la atención a los pacientes (D3 D5 D6 D9).	4,01 (3,98-4,05)	3,97 (3,94-4,00)	NS	90,9 - 64,1	87,8 - 62,0	0,00 5 - NS
Comunicación sobre el error (D7 D8 D11 D12).	3,80 (3,76-3,84)	3,72 (3,69-3,75)	0,001	81,1 - 50,7	78,8 - 44,7	NS - 0,00 1
Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios (D13)	3,85 (3,82-3,89)	3,78 (3,75-3,81)	0,002	86,5 - 51,8	82,0 - 48,0	0,00 1 - 0,05

D8 D11 D14).						
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente (E1 E2 E3 E4).	3,63 (3,59-3,68)	3,55 (3,51-3,59)	0,005	75,1 - 42,9	72,4 - 37,3	NS - 0,005
Aprendizaje organizacional (F1 F5 F7).	3,88 (3,84-3,91)	3,80 (3,77-3,83)	0,002	86,1 - 66,0	84,1 - 61,9	0,07 - 0,01
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad (F2 F3 F4 F6).	3,72 (3,72-3,79)	3,70 (3,67-3,73)	0,02	83,3 - 49,1	80,1 - 46,8	0,02 - NS
Puntuaciones globales sobre la calidad (G1A G1B G1C G1D G1E)	3,48 (3,44-3,51)	3,40 (3,37-3,43)	0,001	67,1 - 28,2	62,7 - 23,4	0,01 - 0,005
Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2).	3,30 (3,26-3,34)	3,23 (3,20-3,27)	0,01	88,0 - 38,4	85,7 - 33,3	0,07 - 0,005
Índice sintético (ISSP)	3,76 (3,73-3,78)	3,68 (3,66-3,70)	0,001	94,4 - 29,6	92,0 - 24,6	0,01 - 0,001

a: Percepción positiva. Puntuación media superior a 3, excepto en la variable "Valoración global de seguridad del paciente (G2)" en la que se considera a la puntuación media igual o superior a 3

b: Percepción claramente positiva. Puntuación media igual o superior a 4.

La frecuencia de percepción positiva y claramente positiva en función de si se hacen o no guardias depara resultados similares a los descritos más arriba. En todas las dimensiones la frecuencia de profesionales que dan una respuesta positiva y claramente positiva, es mayor en los que hacen guardias que en los que no las hacen, encontrando diferencias significativas excepto en la dimensión "Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad".

.-Situación laboral

Los profesionales con contrato de carácter eventual tienen un ISSP de 3,80 (IC95%: 3,76-3,84) superior al de los profesionales con contrato fijo o interino cuyas puntuaciones medias, 3,69 (IC95%: 3,67-3,70) y 3,73 (IC95%: 3,70-3,77) respectivamente, no difieren de forma significativa. En la puntuación global en SP se observa este mismo comportamiento aunque, en todos los casos, las puntuaciones medias son sensiblemente inferiores, no solo a la puntuación sintética sino también a

todas las dimensiones analizadas con excepción de la de “Ritmo y Carga de trabajo” (tabla 25).

La mayor puntuación media de los profesionales eventuales también se observa en todas las dimensiones con excepción de la de “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad”, en la que los resultados se invierten de forma que los profesionales que tienen contrato fijo presentan una media (4,22), superior a la de los eventuales (4,12). No se observan diferencias significativas en función de la situación laboral en las dimensiones de “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales”, “Ritmo y carga de trabajo” y “Puntuaciones globales sobre la calidad”. También se observa que las puntuaciones medias de los profesionales interinos son superiores a las de los fijos, si bien solo se alcanza la significación estadística en “Procedimientos establecidos en el centro”, “Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios”, “Seguimiento de la atención a los pacientes” y “Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios”

Las dimensiones menos valoradas por los tres grupos, además de “Ritmo y carga de trabajo” que es la única que presenta puntuaciones medias por debajo de 3 puntos, son las referidas a las puntuaciones globales sobre la calidad con medias de 3,41 (fijos e interinos) y 3,49 (eventuales) y seguridad del paciente (G2) 3,24 (fijos e interinos) y 3,37 (eventuales).

Las mayores diferencias, siempre entre profesionales fijos y eventuales, se dan en las dimensiones de “Trabajo en equipo”, “Procedimientos establecidos en el centro”, “Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios” y “Seguimiento de la atención a los pacientes” (tabla 25).

Tabla 25. Puntuación media del ISSP y de cada una de las dimensiones del cuestionario según la situación laboral de los participantes.

Dimensión (preguntas que la integran)	Situación Laboral			P*
	Fijo Media (IC95%)	Interino Media (IC95%)	Eventual Media (IC95%)	
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad (A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9).	4,22 (4,19-4,24)	4,17 (4,12-4,21)	4,12 (4,06-4,19)	0,006 BA – CB
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (B1 B2 B3 B4).	3,94 (3,90-3,98)	4,03 (3,96-4,09)	3,97 (3,89-4,06)	NS

Trabajo en equipo (C1 C2 C5 C13).	3,86 (3,83-3,89)	3,93 (3,88-3,98)	4,07 (4,01-4,13)	0,000 AB – C
Ritmo y carga de trabajo (C3 C6 C11 C14).	2,75 (2,71-2,78)	2,82 (2,76-2,89)	2,77 (2,70-2,85)	NS
Formación del personal no sanitario (C4 C7 C10).	3,44 (3,40-3,47)	3,52 (3,46-3,59)	3,63 (3,55-3,71)	0,000 BA – CB
Formación del personal sanitario (C16 C17 C18).	3,45 (3,41-3,48)	3,51 (3,45-3,57)	3,64 (3,57-3,71)	0,000 AB – C
Procedimientos establecidos en el centro (C8 C9 C12 C15).	3,40 (3,37-3,43)	3,51 (3,45-3,57)	3,65 (3,59-3,71)	0,000 A - B – C
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios (C8 C9 C12 C19).	3,45 (3,42-3,47)	3,56 (3,51-3,62)	3,68 (3,62-3,74)	0,000 A - B – C
Comunicación franca (D1 D2 D4 D10).	3,62, (3,60-3,65)	3,67 (3,62-3,73)	3,79 (3,72-3,85)	0,000 AB – C
Seguimiento de la atención a los pacientes (D3 D5 D6 D9).	3,94 (3,91-3,97)	4,05 (4,00-4,10)	4,19 (4,13-4,25)	0,000 A - B – C
Comunicación sobre el error (D7 D8 D11 D12).	3,72 (3,69-3,74)	3,79 (3,73-3,85)	3,91 (3,85-3,97)	0,000 AB – C
Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios (D13 D8 D11 D14).	3,77 (3,74-3,80)	3,85 (3,79-3,90)	3,95 (3,89-4,01)	0,000 A - B – C
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente (E1 E2 E3 E4).	3,54 (3,50-3,57)	3,60 (3,54-3,66)	3,72 (3,65-3,79)	0,000 BA – CB
Aprendizaje organizacional (F1 F5 F7).	3,81 (3,79-3,84)	3,83 (3,78-3,88)	3,94 (3,88-4,00)	0,001 AB – C
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad (F2 F3 F4 F6).	3,69 (3,67-3,72)	3,75 (3,70-3,80)	3,83 (3,78-3,90)	0,000 BA – CB
Puntuaciones globales sobre la calidad (G1A G1B G1C G1D G1E)	3,41 (3,39-3,44)	3,41 (3,37-3,46)	3,49 (3,43-3,55)	NS
Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2).	3,24 (3,21-3,27)	3,24 (3,18-3,30)	3,37 (3,30-3,44)	0,004 AB – C
Índice sintético (ISSP)	3,69 (3,67-3,70)	3,73 (3,70-3,77)	3,80 (3,76-3,84)	0,000 AB – C

(*) A = grupo de contrato fijo; B = grupo de contrato interino, C = grupo de contrato eventual. Existen diferencias significativas entre los grupos separados por guiones.

El análisis de la frecuencia de percepción positiva y claramente positiva de los encuestados en función de la situación laboral depara resultados semejantes a los ya descritos. En todos los casos con excepción de la dimensión de “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad”, la frecuencia de percepción positiva es mayor en los eventuales que en los profesionales fijos.

Las frecuencias de percepción positiva más bajas se acumulan, con la excepción de “Trabajo en equipo”, en las dimensiones: “Formación del personal no sanitario”, “Formación del personal sanitario”, “Procedimientos establecidos en el centro” y “Procedimientos establecidos en el centro de salud. Profesionales sanitarios”, encontrándose las diferencias más importantes en las dimensiones de “Formación de personal sanitario” “Formación de personal no sanitario”, “Procedimientos establecidos

en el centro”, “Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios” y “Seguimiento de la atención a los pacientes”

El resto de dimensiones presentan una frecuencia de percepción positiva por encima del 75%, siendo las más altas los porcentajes de “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad”, “Trabajo en equipo”, “Seguimiento de la atención a los pacientes” y “Aprendizaje organizacional”.

En las dimensiones: “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad”, “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales” y “Ritmo y carga de trabajo” las diferencias según la situación laboral de los encuestados es no significativa (tabla 26).

Tabla 26. Porcentaje de personas con percepción positiva y claramente positiva del ISSP y de las diferentes dimensiones del cuestionario según su situación laboral.

Dimensión (preguntas que la integran)	Fijo	Interino	Eventual	P
	Percepción positiva ^a (%)	Percepción positiva ^a (%)	Percepción positiva ^a (%)	
	-	-	-	
	Percepción claramente positiva ^b (%)	Percepción claramente positiva ^b (%)	Percepción claramente positiva ^b (%)	
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad (A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9).	95,2	94,06	94,2	NS
	-	-	-	-
	72,9	69,9	68,5	NS
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (B1 B2 B3 B4).	84,1	87,0	83,3	NS
	-	-	-	-
	56,9	59,9	57,3	NS
Trabajo en equipo (C1 C2 C5 C13).	84,0	86,1	91,7	0,000
	-	-	-	-
	55,9	58,2	67,4	0,000
Ritmo y carga de trabajo (C3 C6 C11 C14).	33,6	35,7	34,7	NS
	-	-	-	-
	11,5	13,4	10,1	NS
Formación del personal no sanitario (C4 C7 C10).	64,1	68,4	76,4	0,000
	-	-	-	-
	40,6	41,9	49,8	0,003
Formación del personal sanitario (C16 C17 C18).	66,2	70,8	78,2	0,000
	-	-	-	-
	39,7	42,3	50,1	0,000
Procedimientos establecidos en el centro (C8 C9 C12 C15).	66,6	70,0	79,6	0,000
	-	-	-	-
	31,2	37,9	43,6	0,000
Procedimientos establecidos en el	68,0	75,2	82,5	0,000
	-	-	-	-

centro. Profesionales Sanitarios (C8 C9 C12 C19).	32,3	37,5	45,2	0,000
Comunicación franca (D1 D2 D4 D10).	75,0 - 39,9	76,6 - 42,0	18,5 - 49,4	0,015 - 0,001
Seguimiento de la atención a los pacientes (D3 D5 D6 D9).	88,1 - 60,4	90,3 - 65,0	95,3 - 75,3	0,000 - 0,000
Comunicación sobre el error (D7 D8 D11 D12).	78,5 - 44,8	79,0 - 49,5	86,2 - 56,3	0,001 - 0,000
Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios (D13 D8 D11 D14).	82,7 - 46,9	83,4 - 52,9	89,5 - 56,7	0,002 - 0,000
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente (E1 E2 E3 E4).	71,4 - 37,1	74,9 - 41,8	81,0 - 46,6	0,000 - 0,001
Aprendizaje organizacional (F1 F5 F7).	84,3 - 62,3	83,7 - 63,3	90,0 - 69,9	0,006 - 0,010
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad (F2 F3 F4 F6).	80,5 - 45,8	81,9 - 51,4	86,1 - 56,0	0,019 - 0,000
Puntuaciones globales sobre la calidad (G1A G1B G1C G1D G1E)	63,5 - 24,2	64,6 - 23,2	67,8 - 30,4	NS 0,009
Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2).	86,0 - 33,9	87,0 - 34,1	90,0 - 40,6	NS - 0,024
Índice sintético (ISSP)	92,5 - 24,7	93,1 - 27,4	96,3 - 32,6	0,013 - 0,002

a: Percepción positiva. Puntuación media superior a 3, excepto en la variable "Valoración global de seguridad del paciente (G2)" en la que se considera a la puntuación media igual o superior a 3

b: Percepción claramente positiva. Puntuación media igual o superior a 4.

.- Turno de trabajo

Los profesionales con turno de tarde obtienen un ISSP de 3,62 (IC95%: 3,57-3,67), inferior a la media de 3,71 (IC95%: 3,69-3,74) que presentan los que tienen turno de mañana y tarde o a la de 3,73 (IC95%: 3,70-3,75) de los profesionales con turno sólo de mañana. Entre estos dos últimos grupos no existen diferencias significativas.

La puntuación global media de SP (G2) del grupo de turno de tarde es menor, 3,16 (IC95%: 3,07-3,24), que la del grupo de mañana y tarde, 3,31 (IC95%: 3,27-3,36), o la

del grupo que trabaja en turno de sólo mañana, 3,23 (IC95%: 3,19-3,27), si bien las diferencias con este último grupo no alcanzan la significación estadística.

En la puntuación global sobre la calidad, los profesionales que tienen turno de tarde también obtienen una menor puntuación media, 3,28 (IC95%: 3,22-3,35), respecto a los que tienen turnos de mañana y tarde, 3,48 (IC95%: 3,44-3,51) o sólo de mañana, 3,42 (IC95%: 3,39_3,45).

En todas las dimensiones las puntuaciones medias de los profesionales que tienen turno de tarde son las más bajas, no obstante las diferencias sólo son significativas en las dimensiones de “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad”, “Comunicación sobre el error”, “Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios” (en las que la valoración más alta la realizan los profesionales con turno de mañana y tarde) y “Ritmo y carga de trabajo” (mejor valorada por grupo de sólo mañanas). En el resto, que son la mayoría, no existen diferencias significativas entre los diferentes grupos (tabla 27).

Tabla 27. Puntuación media del ISSP y de cada una de las dimensiones del cuestionario según el turno de trabajo de los participantes.

Dimensión (preguntas que la integran)	Turno de trabajo			P*
	Mañana Media (IC95%)	Tarde Media (IC95%)	Mañana y tarde Media (IC95%)	
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad (A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9).	4,22 (4,19-4,25)	4,07 (4,00-4,15)	4,18 (4,14-4,21)	0,001 AC – B
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (B1 B2 B3 B4).	3,99 (3,94-4,03)	3,93 (3,82-4,04)	3,93 (3,88-3,97)	NS
Trabajo en equipo (C1 C2 C5 C13).	3,90 (3,86-3,93)	3,88 (3,80-3,95)	3,92 (3,88-3,96)	NS
Ritmo y carga de trabajo (C3 C6 C11 C14).	2,88 (2,84-2,93)	2,60 (2,51-2,69)	2,63 (2,59-2,68)	0,000 A – BC
Formación del personal no sanitario (C4 C7 C10).	3,47 (3,42-3,51)	3,41 (3,31-3,52)	3,51 (3,46-3,55)	NS
Formación del personal sanitario (C16 C17 C18).	3,46 (3,41-3,50)	3,44 (3,35-3,54)	3,55 (3,51-3,59)	0,004 BA – CB
Procedimientos establecidos en el centro (C8 C9 C12 C15).	3,48 (3,45-3,52)	3,40 (3,32-3,48)	3,43 (3,39-3,47)	NS
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios (C8 C9 C12 C19).	3,51 (3,48-3,55)	3,44 (3,36-3,52)	3,50 (3,4-3,54)	NS
Comunicación franca (D1 D2 D4 D10).	3,66 (3,63-3,70)	3,60 (3,52-3,67)	3,68 (3,64-3,72)	NS
Seguimiento de la atención a los pacientes (D3 D5 D6 D9).	3,99 (3,96-4,03)	3,97 (3,89-4,05)	3,99 (3,96-4,03)	NS

Comunicación sobre el error (D7 D8 D11 D12).	3,77 (3,74-3,80)	3,64 (3,56-3,71)	3,78 (3,74-3,82)	0,005 AC – B
Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios (D13 D8 D11 D14).	3,80 (3,77-3,84)	3,69 (3,61-3,76)	3,85 (3,82-3,89)	0,000 AC – B
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente (E1 E2 E3 E4).	3,59 (3,55-3,63)	3,57 (3,48-3,65)	3,58 (3,53-3,62)	NS
Aprendizaje organizacional (F1 F5 F7).	3,83 (3,80-3,86)	3,78 (3,71-3,85)	3,85 (3,81-3,88)	NS
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad (F2 F3 F4 F6).	3,73 (3,70-3,77)	3,65 (3,58-3,72)	3,73 (3,69-3,77)	NS
Puntuaciones globales sobre la calidad (G1A G1B G1C G1D G1E)	3,42 (3,39-3,45)	3,28 (3,22-3,35)	3,48 (3,44-3,51)	0,000 A - B - C
Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2).	3,23 (3,19-3,27)	3,16 (3,07-3,24)	3,31 (3,27-3,36)	0,001 AB – C
Índice sintético (ISSP)	3,73 (3,70-3,75)	3,62 (3,57-3,67)	3,71 (3,69-3,74)	0,001 AC – B

(*) A = grupo de trabajo de mañana; B = grupo de trabajo de tarde, C = grupo de trabajo de mañana y tarde. Existen diferencias significativas entre los grupos separados por guiones.

El análisis de la frecuencia de personas con percepción positiva y claramente positiva en función del turno de trabajo depara unos resultados equiparables a los comentados anteriormente, de forma que el porcentaje de profesionales con percepción positiva o claramente positiva que trabajan en turno de tarde es inferior al observado en los que trabajan en turno de mañana o de mixto. De esta manera el porcentaje de personas con turno de tarde que tienen un índice sintético igual o superior a 4 es del 34,2% mientras que el correspondiente al turno de mañana es de 42,5% y al de mañana y tarde de 42,2%.

Es destacable que el porcentaje de profesionales que obtienen un índice sintético mayor de 3 es superior al 93% en todos los grupos. También la frecuencia de profesionales con percepción claramente positiva en la puntuación global de la seguridad del paciente (G2) es mayor en el grupo de mañana y tarde (37,9%) que en el de mañana (33,7%) y que el de tarde (29,0%).

En concordancia con el análisis de comparación de medias, se observa diferencias entre los grupos de turno de trabajo en la valoración global de la calidad y en las dimensiones de “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad”, “Ritmo y carga de trabajo”, “Comunicación sobre el error” y “Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios”, además se incluyen “Formación del personal no sanitario” y “Procedimientos establecidos en el centro” (tabla 28).

Tabla 28. Porcentaje de personas con percepción positiva y claramente positiva del ISSP y de las diferentes dimensiones del cuestionario según el turno de trabajo.

Dimensión (preguntas que la integran)	Turno de trabajo			P
	Mañana Percepción positiva ^a (%) - Percepción claramente positiva ^b (%)	Tarde Percepción positiva ^a (%) - Percepción claramente positiva ^b (%)	Mañana y tarde Percepción positiva ^a (%) - Percepción claramente ^b positiva (%)	
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad (A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9)	96,0 - 72,0	91,9 - 65,1	94,0 - 72,3	0,003 - 0,03
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (B1 B2 B3 B4)	84,8 - 58,9	81,8 - 55,6	84,4 - 55,5	NS - NS
Trabajo en equipo (C1 C2 C5 C13)	86,3 - 57,3	83,9 - 57,4	85,4 - 59,3	NS - NS
Ritmo y carga de trabajo (C3 C6 C11 C14)	41,2 - 15,0	26,9 - 6,5	27,1 - 8,4	0,000 - 0,000
Formación del personal no sanitario (C4 C7 C10)	65,6 - 41,4	64,4 - 35,6	68,1 - 43,7	NS - 0,03
Formación del personal sanitario (C16 C17 C18)	67,6 - 40,1	67,3 - 40,7	71,4 - 44,2	NS - NS
Procedimientos establecidos en el centro (C8 C9 C12 C15)	70,0 - 36,2	66,8 - 27,7	67,9 - 33,1	NS - 0,009
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios (C8 C9 C12 C19)	71,4 - 36,6	71,6 - 30,3	71,5 - 34,6	NS - NS
Comunicación franca (D1 D2 D4 D10)	75,9 - 42,1	74,2 - 37,4	77,7 - 42,8	NS - NS
Seguimiento de la atención a los pacientes (D3 D5 D6 D9)	89,4 - 62,9	89,7 - 63,1	89,1 - 62,5	NS - NS
Comunicación sobre el error (D7 D8 D11 D12)	79,5 - 48,2	77,9 - 39,0	81,2 - 48,4	NS - 0,007
Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios (D13 D8 D11 D14)	84,0 - 49,3	80,6 - 39,2	84,9 - 53,0	NS - 0,000
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente (E1 E2 E3 E4)	73,3 - 39,2	74,3 - 38,3	73,6 - 40,1	NS - NS
Aprendizaje organizacional (F1 F5 F7)	85,4 - 63,4	84,1 - 63,8	84,5 - 63,9	NS - NS

Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad (F2 F3 F4 F6)	82,0	79,6	81,8	NS
	-	-	-	-
	48,9	41,8	48,9	NS
Puntuaciones globales sobre la calidad (G1A G1B G1C G1D G1E)	63,1	57,1	67,2	0,001
	-	-	-	-
	24,0	16,5	28,0	0,000
Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2).	86,1	83,8	88,3	NS
	-	-	-	-
	33,7	29,0	37,9	0,004
Índice sintético (ISSP)	95,8	93,0	94,9	NS
	-	-	-	-
	42,5	34,2	42,2	0,02

a: Percepción positiva. Puntuación media superior a 3, excepto en la variable "Valoración global de seguridad del paciente (G2)" en la que se considera a la puntuación media igual o superior a 3

b: Percepción claramente positiva. Puntuación media igual o superior a 4.

4.5.3. Dimensiones que influyen en la Puntuación Global en SP de los CAP (preguntaG2)

El modelo de regresión lineal múltiple identifica como variables predictoras de la puntuación global, que los profesionales de atención primaria realizan sobre la SP en los CAP (variable G2), a las dimensiones de: "Puntuaciones globales sobre la calidad", "Aprendizaje organizacional", "Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad", "Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios", "Comunicación sobre el error", "Seguimiento de la atención a los pacientes", "Ritmo y carga de trabajo" y "Formación del personal sanitario"; el coeficiente β del resto de dimensiones no alcanza la significación estadística. Las variables incluidas en el modelo explican un 49,8% de la variabilidad de la valoración global que hacen los profesionales sobre la SP de sus CAP (tabla 29).

La variable más determinante del comportamiento de la valoración global de SP es "Puntuaciones globales sobre la calidad", que por sí misma da cuenta de un 40,9% de su variabilidad, le siguen las dimensiones de "Aprendizaje organizacional" y "Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad" que explican un 6,6% y un 1,5% respectivamente. Los coeficientes β del resto de dimensiones, aunque estadísticamente significativos, son poco relevantes, incluido el correspondiente a la dimensión "Ritmo y carga de trabajo" que muestra una relación inversa con la puntuación global de SP.

Tabla 29. Dimensiones predictoras de la puntuación global de SP (variable G2). Modelo de regresión lineal múltiple.

Dimensión	Coefficiente β (IC95%)	R ^{2*}	P
Constante	-0,48 (-0,66 – -0,30)	--	0,000
Puntuaciones globales sobre la calidad.	0,54 (0,50 – 0,59)	0,409	0,000
Aprendizaje organizacional.	0,19 (0,14 – 0,23)	0,475	0,000
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad.	0,15 (0,10 – 0,19)	0,490	0,000
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios.	0,07 (0,02 – 0,12)	0,494	0,005
Comunicación sobre el error.	0,05 (0,01 – 0,09)	0,495	0,028
Seguimiento de la atención a los pacientes.	0,05 (0,00 – 0,09)	0,496	0,031
Ritmo y carga de trabajo.	-0,04 (-0,06 – -0,01)	0,497	0,016
Formación del personal sanitario.	0,04 (0,00 – 0,07)	0,498	0,038

R²: Coeficiente de determinación.

En la tabla 30 se muestran los resultados obtenidos en los dos modelos de regresión logística múltiple que exploran las variables predictoras de la percepción positiva, por una parte, y claramente positiva, por otra, de los profesionales en relación con la puntuación global (variable G2) de la SP de su CAP. En los dos modelos (percepción positiva y claramente positiva), se constata una asociación significativa con el liderazgo, la situación laboral y la realización de guardias, mientras que la edad y el sexo sólo se mantuvieron significativas en el modelo de percepción positiva. La odds ratio de tener una percepción positiva fue de 1,65 (IC95%: 1,20-2,26) si el profesional tenía entre 56 y 69 años; de 1,29 (IC95%: 1,03-1,61) si era mujer; de 1,55 (IC95%: 1,09-2,20) si reconocía que tenía una posición de liderazgo en el equipo; de 1,67 (IC95%: 1,13-2,46) si su situación laboral era eventual; y de 1,25 (IC95%: 1,00-1,55) si realizaba guardias. En el modelo de percepción claramente positiva los líderes tienen un 40% más de probabilidad de tener una percepción claramente positiva que el resto de profesionales. Además también se observa que cuando el profesional es eventual la probabilidad de percepción claramente positiva es un 33% superior, y un 25% superior si realiza guardias.

Tabla 30. Variables predictoras de la percepción positiva y claramente positiva de los profesionales sobre la puntuación global de SP de su CAP (variable G2). Modelos de regresión logística múltiple.

Covariable	Percepción positiva de la valoración global de seguridad del paciente (G2=>3) ^a		Percepción claramente positiva de la valoración global de seguridad del paciente (G2=>4) ^b	
	OR multivariado (IC95%)	P	OR multivariado (IC95%)	P
Edad			C	
- 41 – 55 (referencia)	1			
- 20 – 40	1,12 (0,85 – 1,48)	0,409		
- 56 – 69	1,65 (1,20 – 2,26)	0,002		
Sexo			C	
- Hombre (referencia)	1			
- Mujer	1,29 (1,03 – 1,61)	0,027		
Liderazgo				
- No (referencia)	1		1	
- Sí	1,55 (1,09 – 2,20)	0,015	1,45 (1,17 – 1,80)	0,001
Situación laboral				
- Fijo (referencia)	1		1	
- Interino	1,12 (0,84 – 1,50)	0,441	1,08 (0,89 – 1,30)	0,441
- Eventual	1,67 (1,13 – 2,46)	0,010	1,33 (1,08 – 1,65)	0,008
Realización de guardias				
- No (referencia)	1		1	
- Sí	1,25 (1,00 – 1,55)	0,050	1,25 (1,08 – 1,45)	0,003

a: Puntuación de la variable “Valoración global de seguridad del paciente (G2)” igual o superior a 3.

b: Puntuación de la variable “Valoración global de seguridad del paciente (G2)” igual o superior a 4.

c: Variable no incluida en el modelo.

4.5.4. Factores que determinan la percepción positiva de los profesionales sobre la SP de su CAP

La valoración de la percepción de los profesionales sobre la SP en su centro se ha realizado mediante el ISSP, siendo superior a 3 positiva, e igual o superior a 4, claramente positiva.

Los factores relacionados más fuertemente con la percepción positiva en el índice sintético son el ejercicio del liderazgo en el equipo (OR=2,53; IC95%: 1,16-5,51) y el tener un contrato laboral de carácter eventual (OR=3,24; IC95%: 1,24-8,46). También se observa una mayor frecuencia de percepción positiva en los profesionales entre 56 y 69 años de edad (OR=1,88; IC95%: 1,15-3,07) y en las mujeres (OR=1,43; IC95%: 1,00-2,05). Por el contrario en los profesionales que tienen adscritas más de 1500 tarjetas sanitarias la frecuencia de percepción positiva se reduce en casi un 70% (OR=0,32; IC95%: 0,16-0,64). En el modelo en el que la variable dependiente es la percepción claramente positiva en el ISSP, la variable que mostró mayor fuerza de la asociación fue la categoría profesional, de forma que la percepción claramente positiva era más frecuente en los profesionales administrativos (OR=2,51; IC95%: 1,37-4,59) y

de enfermería (OR=1,61; IC95%: 1,29-2,01) que en los médicos. El liderazgo también muestra una asociación relativamente fuerte, de forma que los líderes tienen el doble de probabilidad de tener una percepción claramente positiva (OR=1,98; IC95%: 1,44-2,73) que los que no desempeñan puestos de responsabilidad. Las mujeres (OR=1,39; IC95%: 1,10-1,76) y el grupo de edad comprendido entre 56 y 69 años (OR=1,73; IC95%: 1,32-2,27), al igual que en el modelo anterior, y los profesionales que realizan guardias (OR=1,35; IC95%: 1,09-1,68) también tienen mayor frecuencia de percepción claramente positiva. Por otro lado, en los grupos que tienen entre 1000-1500 TSI adscritas como los que tienen más de 1500 la percepción claramente positiva se reduce casi a la mitad de la observada en los profesionales con menos de 1000 TSI mostrando odds ratios de 0,58 (IC95%: 0,41-0,78) y 0,51 (IC95%: 0,38-0,68) respectivamente. El tiempo que los profesionales llevan trabajando en el centro de atención primaria también se relaciona moderadamente con la percepción de la seguridad del paciente, y en todos los grupos que llevan trabajando más de 1 año se observa que la percepción positiva es menor, aunque sólo se alcanza la significación estadística en el grupo que lleva trabajando más de 11 años que muestra una reducción de un 40% (OR=0,63; IC95%: 0,43-0,92) respecto al grupo de profesionales que no han completado un año de trabajo en el centro de atención primaria (tabla 31).

Tabla 31. Variables predictoras de la percepción positiva y claramente positiva de los profesionales en el ISSP. Modelos de regresión logística múltiple.

Covariable	Percepción positiva en el índice sintético de seguridad del paciente (IS>3) ^a		Percepción claramente positiva en el índice sintético de seguridad del paciente (IS≥4) ^b	
	OR multivariado (IC95%)	P	OR multivariado (IC95%)	P
Edad				
- 41 – 55 (referencia)	1		1	
- 20 – 40	1,41 (0,84 – 2,41)	0,198	1,01 (0,77 – 1,32)	0,947
- 56 - 69	1,88 (1,15 – 3,07)	0,013	1,73 (1,32 – 2,27)	0,000
Sexo				
- Hombre (referencia)	1		1	
- Mujer	1,43 (1,00 – 2,05)	0,051	1,39 (1,10 – 1,76)	0,006
Liderazgo				
- No (referencia)	1		1	
- Sí	2,53 (1,16 – 5,51)	0,019	1,98 (1,44 – 2,73)	0,000
Categoría profesional	C			
- Médico (referencia)			1	
- Enfermera			1,61 (1,29 – 2,01)	0,000

- Administrativo			2,51 (1,37 – 4,59)	0,003
Nº TSI adscritas				
- <1000 (referencia)	1		1	
- 1000 – 1500	0,86 (0,39 – 1,92)	0,713	0,58 (0,42 – 0,78)	0,000
- >1500	0,32 (0,16 – 0,64)	0,001	0,51 (0,38 – 0,68)	0,000
Situación laboral			C	
- Fijo (referencia)	1			
- Interino	1,30 (0,76 – 2,21)	0,337		
- Eventual	3,24 (1,24 – 8,46)	0,016		
Realización de guardias	C			
- No (referencia)			1	
- Sí			1,35 (1,09 – 1,68)	0,006
Años trabajados en el CS	C			
- < 1 año (referencia)			1	
- 1 – 3 años			0,72 (0,48 – 1,07)	0,107
- 3 – 6 años			0,75 (0,52 – 1,09)	0,133
- 6 – 11 años			0,73 (0,49 – 1,10)	0,130
- > 11 años			0,63 (0,43 – 0,92)	0,017

IS: Índice sintético: puntuación media de las preguntas incluidas en las dimensiones de seguridad del paciente. a: Puntuación de la variable “Valoración global de seguridad del paciente (G2)” igual o superior a 3. b: Puntuación de la variable “Valoración global de seguridad del paciente (G2)” igual o superior a 4. c: Variable no incluida en el modelo.

En resumen las personas con una posición de liderazgo, las mujeres, los profesionales de enfermería y administrativos y la edad comprendida entre 56-69 se asocian con una percepción positiva de la seguridad del paciente valorada mediante el ISSP, mientras que tener adscritas más de 1500 TSI y llevar más de 11 años trabajando en el centro de atención primaria reducen la frecuencia de dicha percepción.

4.6.- Resultados ofrecidos por la herramienta

En este trabajo se han introducido los datos obtenidos, en la herramienta con la finalidad de ofrecer los resultados de manera ilustrativa. Así los resultados de las diferentes variables de la encuesta a nivel nacional, se muestran en el anexo 6.

Hay que recordar que las preguntas se agrupan en sus respectivas dimensiones y que cuando la respuesta supera el 75% de respuestas positivas se considera un punto fuerte y se destaca en color en verde. Igualmente cuando supera el 50% de respuestas negativas, se identifica como un área de mejora y se destaca en color rojo. El valor positivo o negativo de cada dimensión se obtiene de la media de respuestas positiva o negativa de cada variable. Esta forma de presentación revela de una manera fácil y rápida cuáles son las preguntas que influyen más en los valores alcanzados por las diferentes dimensiones. Así en este estudio, las dimensiones que alcanzan una respuesta positiva de más del 75% son las de “Seguimiento de los pacientes” y “Aprendizaje organizacional”, seguidas por otras dimensiones que no llegan al 75% de respuesta positiva como: “Trabajo en equipo”, “Percepciones sobre la SP y la calidad” y “Aspectos relacionados con la seguridad y la calidad del paciente” con respuestas que alcanzan una media positiva de 74,25%, 73,3% y 72,7% respectivamente. Ninguna dimensión alcanza una media de respuesta negativa mayor del 50%, aunque la dimensión “Ritmo y carga de trabajo” alcanza una media en la respuesta negativa de un 44,75%.

Con respecto a las variables que obtienen una respuesta positiva en más de un 75% o una respuesta negativa en más del 50%, se encuentran reflejadas en la tabla 32 junto a la dimensión a la que pertenecen.

Tabla 32. Variables que son puntos fuertes y áreas de mejora.

ENUNCIADO DE LA PREGUNTA	PUNTOS FUERTES* (% de respuesta positiva)	DIMENSIÓN EN LA QUE ESTÁN INCLUIDAS
¿Con qué frecuencia han ocurrido los siguientes hechos en su centro en los últimos doce meses?	1.- .Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día (81%) .	“Aspectos relacionados con la SP y la calidad”

<p>RESPUESTA POSITIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguna vez en los últimos 12 meses ▪ Una o dos veces en los últimos 12 meses 	<p>2.-La información clínica se archivó en la historia clínica de otro paciente (93%)</p> <p>3.- La historia clínica no está disponible cuando se precisó (82%)</p> <p>4.- Se utilizó la historia clínica de otro paciente (91%)</p>	<p>(9 ítems)</p>
<p>¿Cuál es su grado de acuerdo con el siguiente enunciado?</p> <p>RESPUESTA POSITIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Muy de acuerdo ▪ De acuerdo 	<p>1.- En este centro nos tratamos mutuamente con respeto (87%)</p> <p>2.- En este centro hay un buen ambiente de trabajo entre los componentes del equipo (78%)</p>	<p>“Trabajo en equipo” (4 ítems)</p>
<p>¿Cuál es su grado de acuerdo con el siguiente enunciado?</p> <p>RESPUESTA POSITIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Muy de acuerdo ▪ De acuerdo 	<p>1.-El personal del centro sanitario realiza sus tareas según los procedimientos que tiene establecidos (81%)</p>	<p>“Procedimientos establecidos en el centro para sanitarios” (4 Ítems)</p>
<p>¿Con qué frecuencia ocurren las siguientes situaciones en su centro de salud?</p> <p>RESPUESTA POSITIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Siempre ▪ La mayoría de las veces 	<p>1.- En este centro se hacen revisiones a los pacientes que precisan un seguimiento (94%)</p> <p>2.- En este centro se registra si nuestros pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento (78%)</p>	<p>“Seguimiento de los pacientes” (4 ítems)</p>
<p>¿Con qué frecuencia ocurren las siguientes situaciones en su centro de salud?</p> <p>RESPUESTA POSITIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Siempre 	<p>1.- En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir (76%)</p>	<p>“Comunicación del error personal en profesionales no sanitarios” (4 ítems)</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ La mayoría de las veces 		
<p>¿Con qué frecuencia ocurren las siguientes situaciones en su centro de salud?</p> <p>RESPUESTA POSITIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Siempre ▪ La mayoría de las veces 	<p>1.- El personal sanitario está dispuesto a notificar fallos que ocurren en el centro (75%)</p> <p>2.- En este centro buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir (76%)</p>	<p>“Comunicación del error personal en profesionales sanitarios” (4 ítems)</p>
<p>¿Con qué frecuencia ocurren las siguientes situaciones en su centro de salud?</p> <p>RESPUESTA POSITIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Siempre ▪ La mayoría de las veces 	<p>1.- Este centro es capaz de modificar sus procesos para garantizar que los mismos problemas no vuelvan a ocurrir (76%)</p> <p>2.- Cuando hay un problema en nuestro centro, valoramos si necesitamos cambiar la manera en la que hacer las cosas (82%)</p>	<p>“Aprendizaje organizacional” (3 ítems)</p>
<p>¿Con qué frecuencia ocurren las siguientes situaciones en su centro de salud?</p> <p>RESPUESTA POSITIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nunca ▪ Rara vez 	<p>1.- Si no cometemos más fallos que afecten a nuestros pacientes, es por casualidad (78%)</p> <p>2.- en este centro se producen fallos con más frecuencia de lo que debiera (75%)</p>	<p>“Percepciones sobre la SP y la calidad” (4 ítems)</p>
<p>* Preguntas con porcentaje de respuestas positivas mayor del 75%.</p>		
<p>ENUNCIADO DE LA PREGUNTA</p>	<p>ÁREAS DE MEJORA* % de respuesta negativa</p>	<p>DIMENSIÓN EN LA QUE ESTÁN INCLUIDAS</p>

<p>¿Cuál es su grado de acuerdo con el siguiente enunciado?</p> <p>RESPUESTA NEGATIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Muy de acuerdo ▪ De acuerdo 	<p>1.- Tenemos demasiados pacientes asignados para el número de profesionales que tiene el centro</p> <p>(55%)</p>	<p>“ Ritmo y carga de trabajo “</p> <p>(4 ítems)</p>
<p>* Preguntas con porcentaje de respuestas negativa mayor del 50%.</p>		

Además se muestran los resultados comparativos por dimensiones con la encuesta de la AHRQ en los años 2012, 2014 y 2016, tal y como aparece en la figura 1.

En estos resultados puede observarse que, el porcentaje de respuesta positiva en la encuesta española es menor en todas las dimensiones del cuestionario, excepto en la dimensión de “Aspectos relacionados con la SP y la calidad”. En la dimensión “Ritmo y carga de trabajo”, de los 4 ítems que componen la misma, 3 están redactados en modo negativo, lo que significa que el porcentaje de respuesta positiva se constituye con los siguientes enunciados de la escala: “muy en desacuerdo” y “desacuerdo” y por tanto el porcentaje de respuesta negativa es mayor en el estudio nacional español que en las encuestas realizadas de manera periódica bienal por la AHRQ.

Figura 1. Resultados comparativo nacional con las encuestas de la AHRQ (2012, 2014, 2016)



Se comparan igualmente las valoraciones globales sobre la calidad y la SP. En los resultados globales de la calidad se tienen en cuenta cinco de sus principales dimensiones: atención centrada en el paciente, atención efectiva, a tiempo, eficiente y equitativa. Los resultados aparecen en las figuras 2, 3,4, 5 y 6.

En el estudio nacional español, en las distintas dimensiones contempladas acerca de la calidad, el porcentaje de respuestas que puntúan según la escala como “excelente” o “muy bueno” es menor que en las diferentes encuestas llevadas a cabo por la AHRQ, a excepción de cuando se habla de la dimensión “atención equitativa”; en esta dimensión los encuestados en España dan una mayor puntuación al nivel de la escala de “muy bueno” que las distintas encuestas periódicas americanas.

Figura 2. Valoraciones globales sobre la calidad. Atención centrada en el paciente.

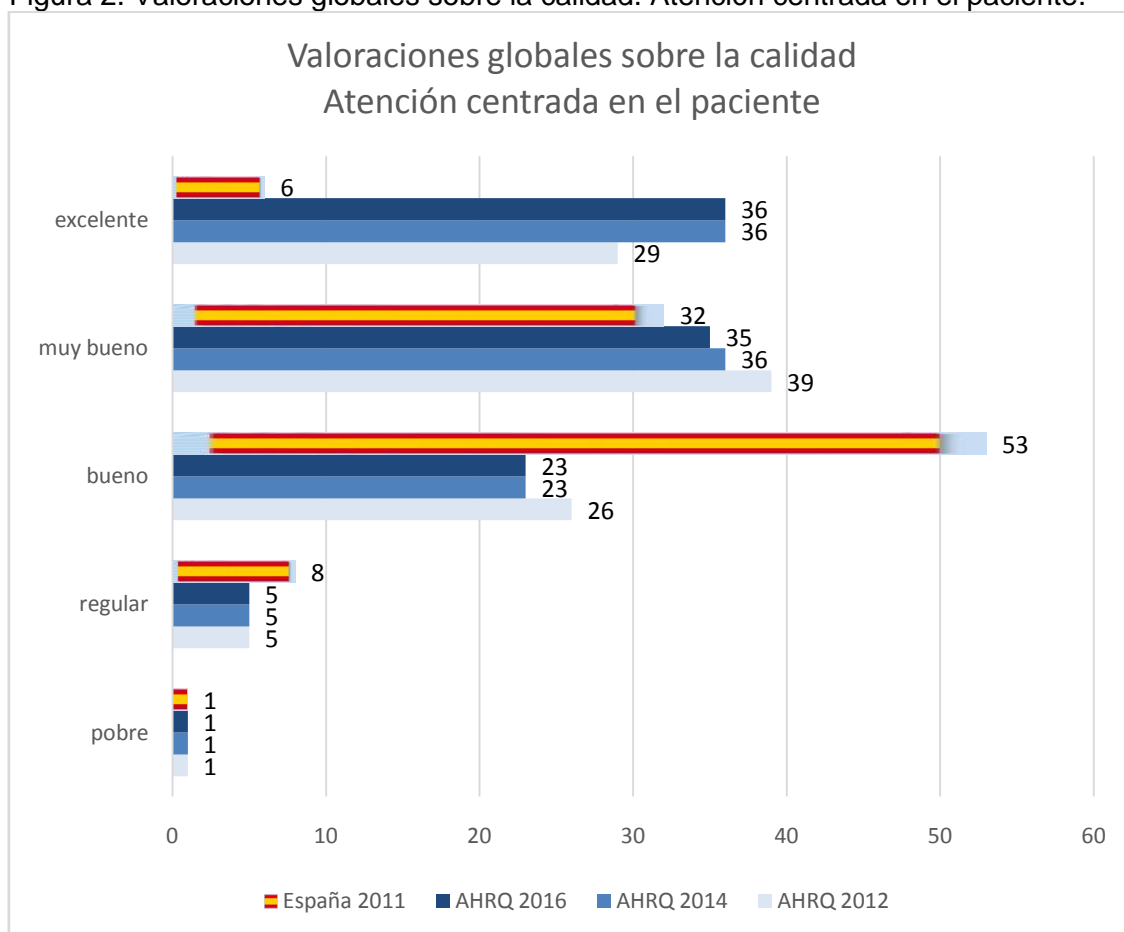


Figura 3. Valoraciones globales sobre la calidad. Atención efectiva.

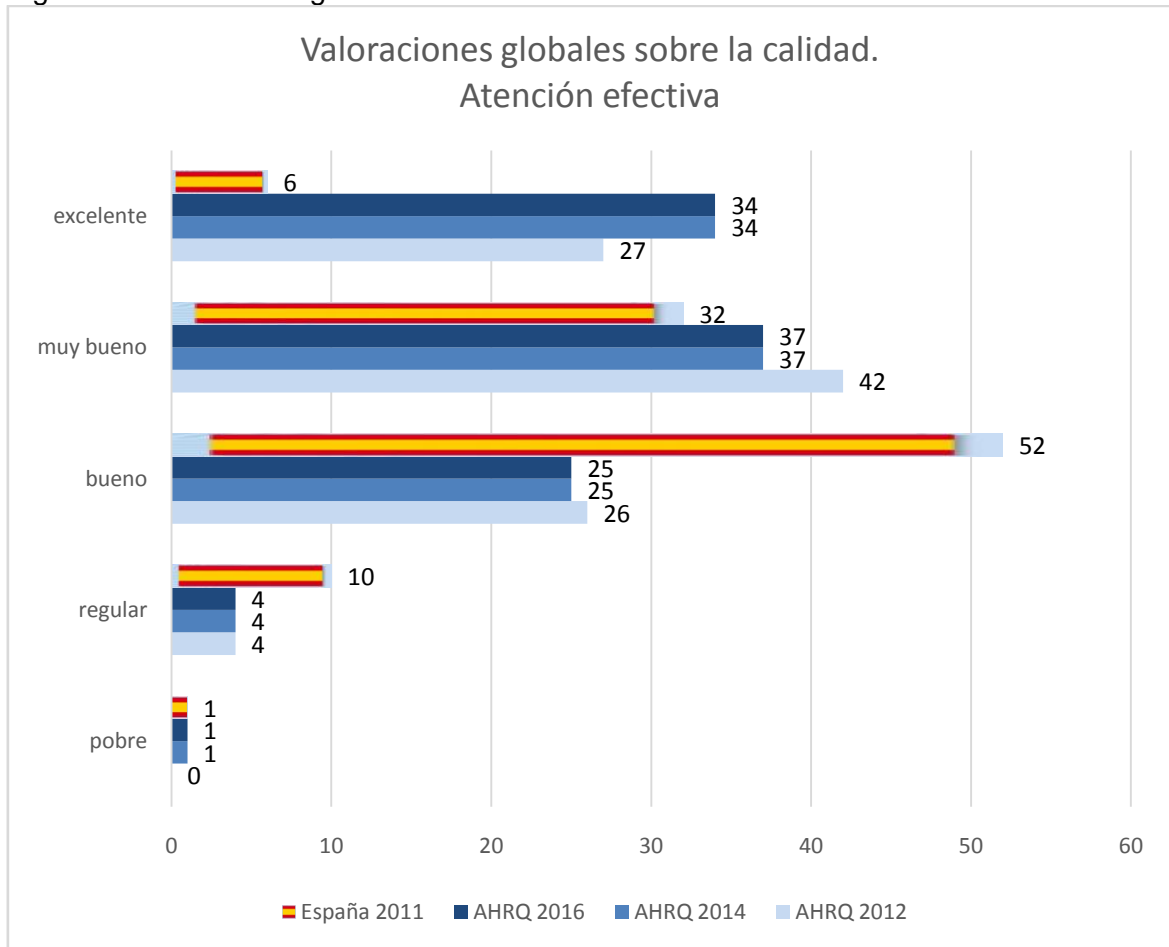


Figura 4. Valoraciones globales sobre la calidad. Atención a tiempo.

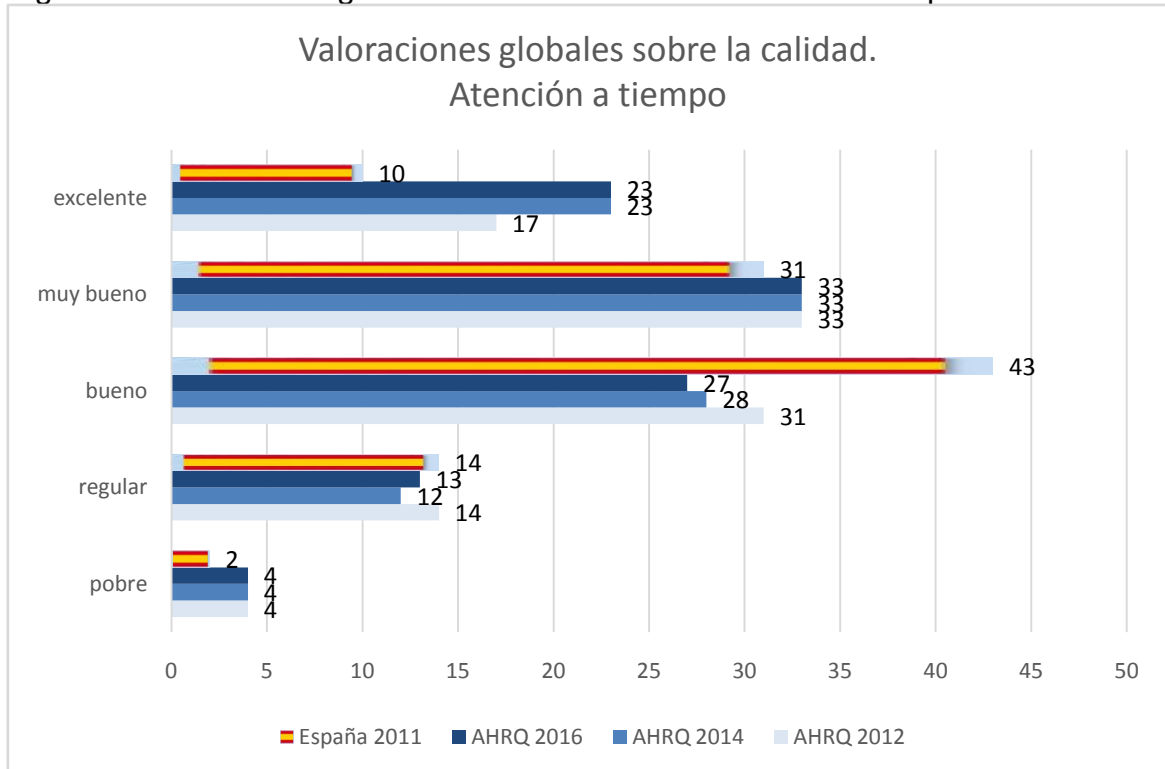


Figura 5. Valoraciones globales sobre la calidad. Atención eficiente.

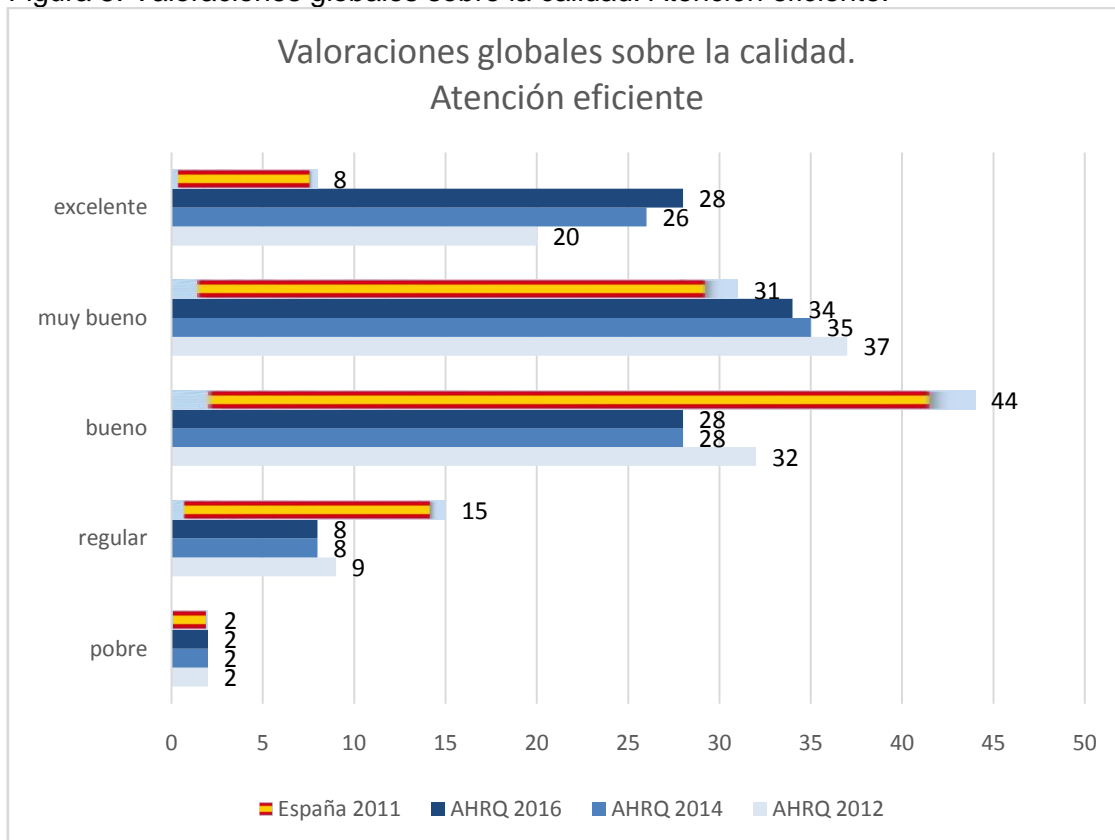
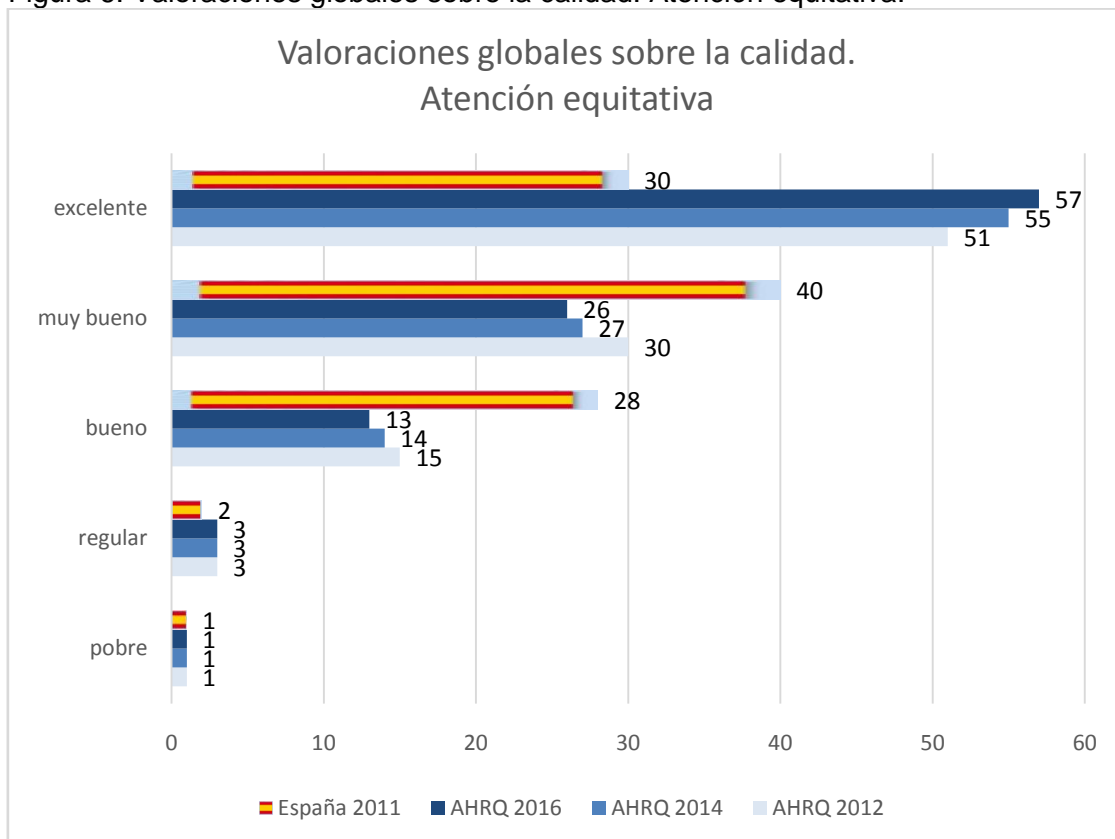
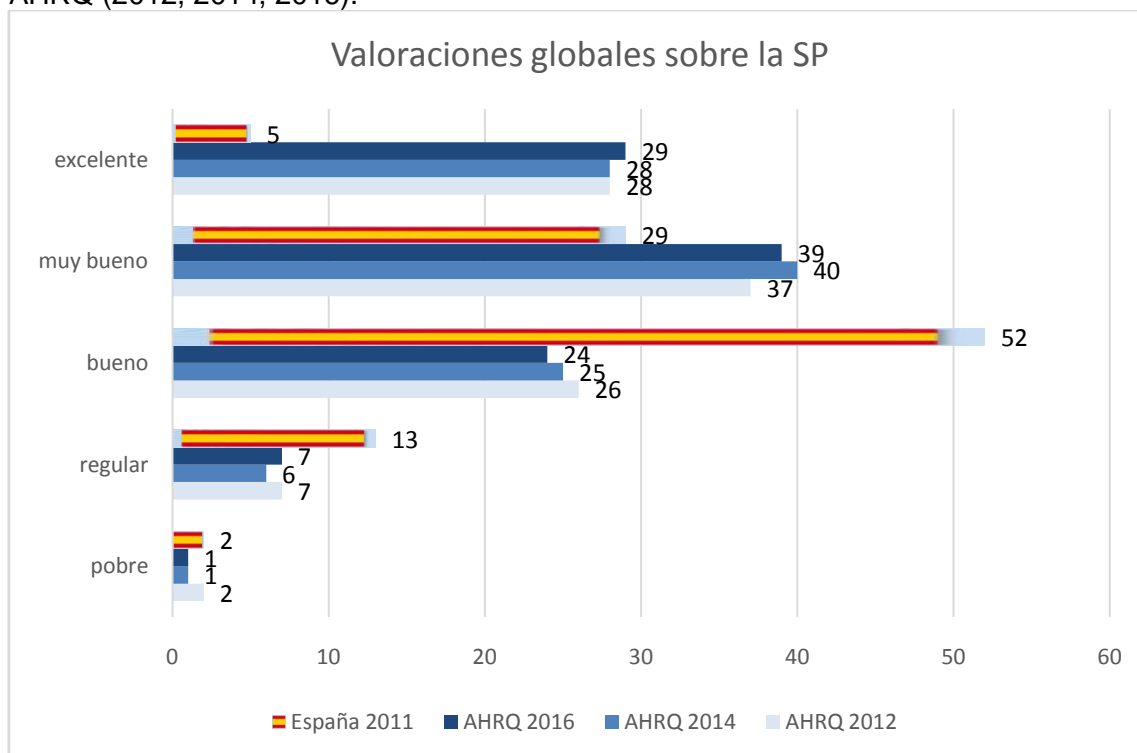


Figura 6. Valoraciones globales sobre la calidad. Atención equitativa.



La comparativa acerca de las valoraciones globales sobre la SP, se muestra en la figura7.

Figura7. Valoraciones sobre SP en la encuesta a nivel nacional y las encuestas de AHRQ (2012, 2014, 2016).



En la valoración global sobre SP, igualmente las encuestas bienales americanas tienen un porcentaje de respuesta positiva en los ítems de la escala “excelente” y “muy bueno” mayor que el porcentaje de la encuesta realizada a nivel nacional.

Capítulo 5.- Discusión

Nos encontramos ante la primera autoevaluación de la cultura de SP en los profesionales de la AP española, habiéndose utilizado para ello un instrumento validado en este mismo ámbito y en nuestro país: el cuestionario MOSPS^{130,135}

Los resultados obtenidos han sido positivos. Los profesionales de la AP española tienen una percepción positiva con respecto a la SP en sus centros.

Este cuestionario permite la medición de la cultura de SP de forma directa sin requerir llegar a un consenso en la puntuación de cada dimensión dentro de un equipo o un CAP, como ocurre con otros cuestionarios publicados para el ámbito de AP (Manchester)⁸². En este caso, los resultados que se obtienen en cada una de las dimensiones, así como en la puntuación global de seguridad, representan la media de las puntuaciones dadas por cada profesional al cuestionario.

La herramienta de análisis que acompaña al cuestionario permite obtener también los resultados pormenorizados y por dimensiones específicos de cada CAP y la comparación con los resultados de la AHRQ.

5.1.- Tasa de respuesta

Tras el análisis de los datos obtenidos es necesario destacar, en primer lugar, la elevada participación en las comunidades autónomas (15 de 17). Si nos referimos a la participación dentro de cada CAP, la tasa de respuesta del 56% es elevada si se compara con otro tipo de encuestas de opinión realizadas a profesionales en España, que suelen alcanzar una tasa de respuesta en torno al 34%¹³⁶.

Con respecto a las características y los datos demográficos de los profesionales que han decidido responder al cuestionario voluntariamente, observamos que reflejan una edad media y una distribución por sexos concordante con las estadísticas disponibles de los profesionales sanitarios de nuestro país^{137,138} destacando la presencia de un mayor número de mujeres que de hombres en el ámbito sanitario, a expensas tanto de la profesión de enfermería y de la profesión no sanitaria, como de la creciente feminización de la medicina, más aún en el ámbito de la AP en los últimos años¹³⁹.

En cuanto al contexto laboral, los datos de los encuestados expresan de la misma forma la realidad de la AP en España, con un volumen de Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) de aproximadamente 1500 de media por profesional médico según datos del informe del Sistema Nacional de Salud de 2008⁴, un horario laboral que es el que se corresponde con el de los trabajadores asalariados del sistema público, con una jornada semanal de 37 horas y media y una distribución de turnos horarios preferentemente de mañana o mañana y tarde (91,3%). Además cabe destacar que el 70,7% de los profesionales que han respondido llevan trabajando en el mismo centro más de 3 años, y el 31,1% más de 11 años, lo cual nos hace presuponer que una gran mayoría de los encuestados son profesionales experimentados y tienen un notable conocimiento del funcionamiento y de los procedimientos de su CAP.

Todo lo anteriormente expuesto, junto al gran tamaño muestral conseguido, 4337 participantes, hace que el análisis tenga la potencia, representatividad y validez necesaria para dar respuesta al objetivo y disponer así de una aproximación acorde con la realidad de la cultura de SP en la AP española.

5.2.- Evaluación del instrumento de medida

La fiabilidad y validez de la adaptación transcultural del cuestionario, han sido estudiadas en profundidad en un trabajo de tesis doctoral ya publicado¹³⁵ y cuyas principales conclusiones son que el cuestionario traducido, ampliado y adaptado a nuestro medio es un instrumento válido, fiable, consistente y de fácil manejo para la medición de la cultura de la SP en AP y que existe una adecuada y satisfactoria correspondencia entre las dimensiones del cuestionario de la AHRQ y las dimensiones identificadas en el cuestionario en español.

5.3.- Calificación por dimensiones de la cultura de SP y calificación global

Tanto en las dimensiones como en la puntuación global del ISSP se ha considerado una percepción positiva si la puntuación es > 3 y percepción claramente positiva si el valor obtenido es ≥ 4 . El cuestionario incluye dos dimensiones más referidas a puntuaciones globales que son, la dimensión sobre "Percepción global de seguridad del paciente" y la dimensión sobre "Percepción global de la calidad"; en ambas se ha

considerado percepción positiva cuando la puntuación es \geq a 3 y claramente positiva cuando es \geq a 4.

Las dimensiones mejor valoradas con una respuesta claramente positiva \geq 4 son: “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad” y “Seguimiento de la atención a los pacientes”. En ambas, se pregunta sobre cuestiones relacionadas con la organización de los centros en cuanto a la atención y seguimiento de los pacientes.

Así en la dimensión: “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad”, se pregunta por la frecuencia con la que ocurren en los CAP determinados problemas en relación a: la obtención de una cita en menos de 48 horas ante problemas agudos, la confusión y uso de la historia clínica de otro paciente, la no disponibilidad de las historias clínicas, de las pruebas diagnósticas de imagen o de laboratorio cuando los pacientes acuden a la consulta o a por los resultados o a la posibilidad de que los resultados críticos no sean supervisados en el mismo día. También indaga esta dimensión sobre la frecuencia con la que se lleva a cabo la revisión de la lista de medicación del paciente en la consulta y cuál es la frecuencia de fallos en los equipamientos médicos. Algunas actuaciones como las que se describen a continuación han podido influir en los resultados de la respuesta tan positiva por parte de los profesionales.

Una de las características propias de la AP¹⁴⁰ es la facilidad de acceso a los dispositivos de atención a la salud, de tal manera que AP y accesibilidad son, en la práctica, términos redundantes. La AP como puerta de entrada al sistema sanitario tiene también un importante papel en la atención al paciente con problemas de salud urgente. La cita previa de AP implantada ya en el año 84 con la reforma sanitaria, tiende a la demora mínima de atención en 24 o 48 horas, incluso llega a lo que se ha llamado “demora cero”, máxime cuando el paciente refiere un problema que no puede esperar¹⁴¹. Desde el antiguo INSALUD, los programas de evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios, se han ocupado de conseguir la mayor accesibilidad de los usuarios. Para atender a los pacientes que requieren una cita en menos de 24-48 horas por problemas de salud, los CAP han establecido mecanismos de atención al llamado proceso de “demanda indemorable”¹⁴², demanda que puede producirse tanto en el centro como en el domicilio del paciente, llevando a cabo diferentes actuaciones para lograr el objetivo, como son entre otras: las agendas de calidad de los profesionales¹⁴³, la implantación del triage en la atención a los pacientes con

“demanda indemorable” o el abordaje de estas demandas con protocolos y guías de actuación enfermera¹⁴⁴. Esta descripción permite concluir que el modelo de AP, basado en la longitudinalidad, continuidad y accesibilidad¹⁴⁵, está desplegado a nivel nacional y el sistema de trabajo de los equipos, dentro de los CAP, se ha consolidado a lo largo de los últimos 20 años. De ahí que en la valoración de las preguntas de la sección A1 el porcentaje de no respuestas haya sido muy bajo y las valoraciones de los profesionales muy altas.

En cuanto a los problemas de disponibilidad de las historias clínicas para la evaluación del paciente, han mejorado gracias a la implantación de la historia clínica electrónica. En el año 2009, el 98% de los CAP del SNS disponían de un sistema de historia clínica electrónica¹⁴⁶, además en algunas CCAA esta historia está integrada con la de los hospitales, teniendo acceso a la visualización de pruebas diagnósticas de laboratorio y de imagen. En cuanto a la disponibilidad de resultados de pruebas diagnósticas tanto de laboratorio como de imagen y la valoración de resultados críticos en el mismo día, una encuesta realizada en 2009 por la Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular a 157 laboratorios (pertenecientes al programa de garantía externa de calidad de bioquímica en suero), obtiene que la forma de comunicar los resultados es en la mayoría de los casos por vía telefónica (90%) seguido del uso del fax y del correo electrónico¹⁴⁷. Aunque el desarrollo de nuevas tecnologías de la información y comunicación está permitiendo un contacto más rápido entre los profesionales gracias a la existencia de avisos automáticos de valores críticos, que van directamente al clínico, mediante mensajes de móvil o mensajes en la pantalla del ordenador¹⁴⁸. Por último, la revisión del listado de medicación de los pacientes es algo que se viene haciendo en las CCAA, gracias al programa de mejora de la calidad en la atención a pacientes crónicos polimedicados impulsado y financiado por el Ministerio¹⁴⁹.

En la dimensión “Seguimiento de la atención a los pacientes”, se pregunta igualmente por la frecuencia con la que se llevan a cabo determinadas actuaciones en relación a: revisiones y seguimiento de los pacientes, registro de sus tratamientos crónicos, así como la frecuencia con la que se les recuerda que deben realizar las revisiones y / o citas de carácter preventivo. Esta es una de las dimensiones que se considera como punto fuerte según el cuestionario, dado que el porcentaje de respuesta positiva supera es del 77%. Debemos a este respecto tener en cuenta que la mayor parte del seguimiento a los pacientes en los CAP ha sido concretado en programas de

asistencia sanitaria como los programas de atención a pacientes con patologías crónicas, el programa de atención al niño sano y el programa de revisión del paciente polimedicado, entre otros. Todos ellos, programas muy difundidos e implantados en la AP, con actuaciones bien protocolizadas que permiten al profesional saber cómo, cuándo y qué actuaciones debe realizar ante patologías prevalentes. Esta dimensión de seguimiento de la atención a los pacientes, es la segunda mejor valorada en los resultados publicados por la AHRQ correspondientes a las encuestas de 2012¹⁵⁰, 2014¹⁵¹ y 2016¹⁵² para la población americana, probablemente vinculada al hecho de que la mayoría de las compañías aseguradoras americanas trabajan desde hace años por procedimientos estructurados con guías de práctica clínica muy precisas¹⁵³.

El resto de dimensiones están puntuadas por encima de 3, por lo tanto se trata de una percepción positiva, con la única excepción de la dimensión: “Ritmo y carga de trabajo”, puntuada con 2,76. Entre las dimensiones con una puntuación elevada en cuanto a percepción positiva, destaca la dimensión de “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales” que alcanza una puntuación de 3,96. En esta dimensión se pregunta por la frecuencia acerca de los problemas habidos en los últimos 12 meses, a la hora de poder intercambiar información precisa, completa y adecuada referente al paciente con algunos dispositivos como los servicios externos de pruebas complementarias, oficinas de farmacia y otras consultas médicas de fuera del centro, incluido el hospital. La mayor parte de los dispositivos con los que la AP ha de hacer un intercambio de información, son del ámbito de la atención especializada a través de lo que se denomina partes de interconsulta¹⁵⁴. El parte de interconsulta se ha informatizado y la respuesta de los diferentes especialistas se retorna, la mayoría de las veces, a través del propio paciente, aunque en algunas CCAA la respuesta se encuentra en la historia clínica electrónica integrada o puede verse a través de visores específicos¹⁵⁵. En los últimos años hemos asistido igualmente a la aparición de determinadas figuras como el sistema de expertos o especialista consultor, cuyo objetivo ha sido mejorar la comunicación y colaboración con respecto a la atención prestada a los pacientes entre la AP y la atención hospitalaria^{156,157,158}. Igualmente en el ámbito de enfermería se ha mejorado la comunicación con los profesionales de enfermería de atención hospitalaria gracias al informe de cuidados al alta.

Con respecto a las farmacias comunitarias, las actividades de atención farmacéutica se hacen en colaboración con los pacientes y profesionales sanitarios, con el objetivo

de mejorar los resultados de la farmacoterapia al prevenir, detectar y resolver los problemas relacionados con la medicación de los pacientes^{159,160}. Esta colaboración se ha incrementado¹⁶¹ con los programas dirigidos a conseguir una mayor adherencia del paciente a la medicación, con los programas de notificación de reacciones adversas a medicamentos y errores de medicación llevados a cabo por las farmacias centinela en algunas CCAA, entre otras, Madrid, Extremadura y Castilla y León y con la implantación de la receta electrónica en todas las CCAA. Además esta colaboración de las farmacias comunitarias está recogida en las líneas descritas en el libro blanco de la Farmacia Europea Comunitaria¹⁶².

Curiosamente, el estudio llevado a cabo en Aragón para valorar la cultura de SP en médicos internos residentes¹⁶³, detecta como área de mejora precisamente la de la dimensión “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales” dado que el porcentaje de respuesta positiva en la misma por parte de los encuestados no llega al 50%, mientras que en nuestro estudio el porcentaje de respuesta positiva por parte de los encuestados es de un 84,4%. La respuesta observada en el estudio de Aragón concuerda con otras publicaciones en las que se valoran los problemas de comunicación existentes entre primaria y los hospitales^{164,165}, como la falta de una comunicación directa entre los profesionales de los diferentes niveles de atención, el bajo porcentaje de informes al alta o el que los mismos carezcan de la información precisa y adecuada, favoreciendo la falta de coordinación y obstaculizando la adecuada continuidad asistencial¹⁶⁶, sobre todo ante determinados pacientes con patologías crónicas de alta complejidad. La coordinación en la información debe ser entre ambos niveles y bidireccional, y debe contribuir a disminuir la duplicidad innecesaria de insumos como pruebas complementarias, medicamentos, fármacos no indicados, etc. Puede que sea la visión que tiene el médico residente de medicina familiar y comunitaria que realiza su rotación tanto en AP como en el hospital, lo que le permita tener una visión más crítica y por ello dar una menor puntuación cuando se le pregunta por la dimensión analizada.

La dimensión de “Trabajo en equipo”, ha sido la dimensión con mayor respuesta positiva en las encuestas de la AHRQ 2012, 2014 y 2016. En nuestro estudio obtiene un 74% de respuesta positiva por parte de los encuestados, lo que hace que al no alcanzar el 75% de respuesta positiva no se considere como punto fuerte en SP en nuestro estudio, aunque 2 de las 4 variables que la conforman obtienen porcentajes por encima de dicho 75% como son las variables que valoran el grado de acuerdo con

que en los CAP o que haya un buen ambiente de trabajo entre los miembros del equipo de trabajo. Aun así, tiene una media de puntuación de 3,90 lo que hace que sea una de las dimensiones mejor valoradas en este estudio. El trabajo en equipo en AP ha sido considerado un pilar básico en la organización para la prestación de los servicios y para conformar un nuevo modelo asistencial dirigido a mejorar la calidad de la asistencia y la eficiencia de los servicios, por lo que ha estado presente y ha sido recogido en diferentes normativas¹⁶⁷: el Decreto 137/1984¹¹², de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud, en cuyo artículo 2 se indica que los profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en los centros de salud, desarrollarán sus actividades con base en el trabajo en equipo, el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los servicios de salud (Ley 55/2003¹⁶⁸, de 16 de diciembre) que, en su artículo 19, dice que entre los deberes propios del personal estatutario está el de “colaborar leal y activamente en el trabajo en equipo”; la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003¹⁶⁹, de 21 de noviembre), que en la enumeración que lleva a cabo de principios asociados al desempeño de estas profesiones, también alude a cuestiones relacionadas con el trabajo en equipo. Algunas CCAA promulgaron normativa, igualmente, con el fin de promover y desarrollar los equipos de trabajo, como ocurrió con el Decreto 34/86¹⁷⁰, de 22 de abril de ordenación funcional de los Servicios de Atención Primaria de Salud en Castilla-La Mancha, o el más reciente Decreto 197/2007¹⁷¹, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los Servicios de Atención Primaria de Salud en el Servicio Andaluz de Salud, en los que vuelve a insistirse en el trabajo de equipo. No es de extrañar, que la percepción de los profesionales sobre la dimensión trabajo en equipo sea elevada, ya que incluso así han sido denominados “Equipos de Atención Primaria (EAP)”, a los grupos de profesionales, de carácter multidisciplinar, que ubicados en un CAP, han compartido objetivos comunes para la misma población o zona básica de salud.

El trabajo en equipo ha sido también la dimensión mejor valorada en el estudio sobre percepción de SP en el ámbito hospitalario español⁹⁴, con una respuesta positiva de un 71% de los encuestados. Estudios llevados a cabo en otros países^{172,173,174} y dirigidos a valorar la cultura de SP en el ámbito de la AP con el cuestionario de hospitales adaptado, han obtenido igualmente las mayores puntuaciones en la dimensión de trabajo en equipo. A pesar de que es un cuestionario diferente al utilizado en este estudio, ambos preguntan en esta dimensión por el grado de acuerdo con respecto a si hay ayuda entre compañeros cuando existe sobrecarga o si hay respeto mutuo entre profesionales.

En la dimensión de “Aprendizaje organizacional” y de “Percepciones generales sobre la calidad y la seguridad”, las puntuaciones son positivas y alcanzan un 3,83 y un 3,71 respectivamente. En ambas se indaga sobre la ocurrencia puntual de eventos en el centro. Así en la dimensión de “Aprendizaje organizacional” se pregunta a los profesionales si se modifican los procesos para evitar que vuelvan a ocurrir problemas y si se comprueba que los cambios introducidos funcionan. Esta dimensión obtiene un porcentaje de respuesta positiva por encima del 75% que hace que sea considerada como un punto fuerte. En la dimensión de “Percepciones generales sobre la calidad y la seguridad” se pregunta a los profesionales si los procesos de sus centros son buenos para evitar errores o bien si se producen muchos fallos en el centro y si es más importante la calidad en la atención que hacer más cantidad de trabajo. Las puntuaciones positivas de ambas dimensiones pueden relacionarse con la elaboración y/o implantación por parte de muchos CAP de prácticas seguras, que basadas en la evidencia científica evitan el riesgo innecesario en los pacientes¹⁷⁵, sin olvidar que los modelos de excelencia de la calidad tienen como uno de sus principios básicos la mejora continua y que estos modelos han sido la base para la gestión de la calidad en nuestro sistema sanitario desde hace más de una década. En la encuesta nacional realizada en los hospitales españoles⁹⁴ se contempla la dimensión de “Aprendizaje organizacional/Mejora continua” que incluye tres ítems referentes a la actitud proactiva en relación a la SP. Uno de ellos, el que se refiere a poner medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo algún incidente, supera el 75 % de respuestas positivas por parte de los encuestados y en nuestro estudio presenta un porcentaje del 82%, mientras que en el ítem que valora si se comprueba la efectividad de los cambios que se implementan, el porcentaje de respuesta positiva en nuestro estudio es de un 71%, frente al 37,2% de la encuesta nacional de hospitales.

Las dimensiones que específicamente hablan del error: Comunicación sobre el error y Comunicación sobre el error en los profesionales sanitarios obtienen una puntuación positiva de 3,76 y 3,81 respectivamente. En las mismas se está preguntando por la frecuencia con la que el equipo habla abiertamente de los problemas del centro, busca la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir y concretamente a cada categoría profesional (no sanitarios y sanitarios) se les pregunta si están dispuestos a notificar fallos de su centro y si consideran que sus errores son utilizados en su contra. La puntuación positiva en ambas dimensiones podría indicar que hay una cultura abierta entre los profesionales sobre la comunicación del error. Sin embargo uno de los principales obstáculos a la hora de comunicar errores por parte de

los profesionales ha sido el miedo a ser castigados por ello y el miedo a perder la confianza y la credibilidad entre sus compañeros. Además en el caso de un error grave se han descrito también secuelas físicas y psicosociales en los profesionales afectados, a los que se denomina segundas víctimas¹⁷⁶. Estos resultados positivos sobre la percepción en cuanto a la comunicación por parte de los profesionales de los errores, conviene enfrentarlos a los obtenidos en el estudio llevado a cabo en España por el grupo de investigación en segundas y terceras víctimas que valora, a través de un cuestionario, el grado de implantación de determinadas intervenciones para reducir el impacto de los eventos adversos en las segundas víctimas¹⁷⁷. Este cuestionario es enviado a directivos y coordinadores de SP y calidad de más de 8 CCAA tanto en el ámbito de hospitales como de AP y evalúa, las diferentes intervenciones agrupadas por dimensiones. La dimensión de cultura de seguridad tiene varias preguntas relacionadas con el grado de implantación de intervenciones sobre la comunicación abierta del error. Así pregunta por el grado de implantación de la promoción de la notificación de incidentes y eventos adversos desde una cultura no punitiva, comprensiva, compartida y bien valorada entre los profesionales, siendo la frecuencia de implantación alta según el 75% de los responsables de AP, pero en la pregunta acerca de si se celebran sesiones clínicas en los CAP cuando ocurren errores clínicos, con la finalidad de analizarlos y evitar riesgos, la implantación es nula o baja según el 62% de los responsables de AP. Esto puede significar que los profesionales están dispuestos a notificar errores a través de sistemas de notificación que son anónimos y menos dispuestos a compartir sus errores a través de sesiones con el equipo. También pudiera referirse a que simplemente los sistemas de notificación están implantados, pero no tanto que se notifique. La ausencia de sesiones también podría reflejar la falta de concienciación de los profesionales en la SP más que los reparos a compartir sus errores. Cabe la pregunta de si los profesionales notifican pero no analizan los incidentes, qué objeto tendría la notificación, ¿cumplir sólo con el pacto de objetivos? En cualquier caso se puede poner encima de la mesa la sensibilización y compromiso de los profesionales con la seguridad del paciente

Con respecto a la dimensión comunicación franca, su puntuación de 3,65 es menor que las puntuaciones acerca de la comunicación sobre el error. Es posible que esta última dimensión tenga una puntuación menor debido a que 3 de las 4 preguntas, indagan sobre la comunicación existente entre el personal no sanitario y el sanitario, con preguntas como: “los profesionales sanitarios del centro son receptivos a las propuestas de mejora de los no sanitarios”, “en este centro, se anima al personal no

sanitario a expresar puntos de vista alternativos”, “el personal no sanitario teme hacer preguntas cuando algo parece que no está bien”.

En los equipos de AP, la función asistencial es el núcleo básico¹⁷⁸ y ésta se desarrolla por lo que se ha llamado unidad básica de trabajo formada por el médico, la enfermera y el paciente y la labor administrativa ha sido una función de soporte a dicha función básica. Por otro lado, y a pesar de que la reforma de AP habla de equipos, han convivido en los centros, profesionales sanitarios con fuertes tendencias en marcar los límites “territoriales” de actuación, así como personal de administración (celadores y auxiliares) que no han hecho un cambio o evolución de su perfil a un perfil más polivalente que les haya permitido una realización de tareas con mayor responsabilidad en el equipo como, la asunción de buena parte del trabajo administrativo de los profesionales sanitarios y la gestión de la burocracia de los pacientes^{179,180}. Ambos factores pueden ser causa de una falta de integración completa en los equipos por parte del personal administrativo y de que por ello se perciba con ciertas carencias la comunicación franca entre personal sanitario y personal administrativo.

La dimensión de “Apoyo de los responsables del centro en la Seguridad del Paciente” es positiva con una puntuación de 3,57, sin embargo la percepción no es tan positiva como en otras dimensiones. Y es que el coordinador y otras figuras de apoyo al mismo en los equipos, como son el responsable de enfermería y el jefe de la unidad administrativa, han tenido y tienen una capacidad de decisión muy limitada¹⁸¹ que se suele ceñir a la resolución de problemas de suplencias, sin poder actuar en el contrato de personal, ni en las compras o en las inversiones del CAP. Esto tampoco ha mejorado a pesar de las diferentes denominaciones que se ha dado a los coordinadores, como directores de centro¹⁸², jefes de servicio¹⁷⁹ a los que se ha querido hacer una figura más directiva y gestora, pero que no ha sido dotada de una mayor autonomía y capacidad en las decisiones del CAP.

Por último las dimensiones que indagan sobre el grado de acuerdo o desacuerdo en relación a la adecuación de los procedimientos establecidos en el centro, tanto para el personal no sanitario como para el sanitario, contemplan preguntas como, si hay problemas en el CAP en la distribución del trabajo y también sobre si se actúa arreglo a los procedimientos existentes, siendo las puntuaciones para el personal sanitario algo mayores con respecto al no sanitario (3,50 y 3,45 respectivamente). Sin embargo,

son prácticamente iguales las puntuaciones en cuanto a las dimensiones de formación de personal sanitario y no sanitario (3,49 y 3,48 respectivamente). La formación continuada es uno de los pilares fundamentales y necesarios de toda institución sanitaria; supone una de las herramientas clave de las políticas de recursos humanos¹⁸³, siendo la formación antes de la implantación de nuevos procedimientos algo que viene realizándose de manera habitual. Muchos países exigen que los médicos de familia sigan cursos de desarrollo profesional continuo o de formación médica continua e incluso que sigan procedimientos de reacreditación, como ocurre, por ejemplo, en los Países Bajos, Noruega o en los EE. UU. Igualmente el entrenamiento y aprendizaje de los profesionales en SP es una medida dentro de las políticas de SP que ya propuso el Consejo de Europa en 2009¹⁸⁴.

Como se ha comentado previamente, la dimensión: “Ritmo y carga de trabajo” es la única con una puntuación por debajo de 3, puntuada con 2,76. En esta dimensión se pregunta sobre si se atiende a demasiados pacientes, si se les atiende con prisa y si existen suficientes profesionales para dar la atención. Los resultados publicados por la AHRQ en sus informes de 2012, 2014 y 2016 reflejan que esta dimensión también es la peor puntuada aunque con una mejoría en 2014 y 2016 con respecto a la encuesta de 2012. A pesar de ser la dimensión peor puntuada no alcanza un porcentaje de respuesta negativa por encima del 50%, como para ser considerada un área de mejora aunque una de las cuatro variables que la componen, si que lo alcanza concretamente el 55% y es la variable que indaga sobre si hay muchos pacientes asignados al número de profesionales que existen en el centro. Igualmente ocurre en un estudio realizado en centros de atención primaria escoceses, donde aunque no midieron las mismas variables, ésta concretamente estaba incluida y era la que obtenía puntuación más baja¹⁸⁵. La encuesta sobre percepción de SP en hospitales⁹⁴ de España tiene en cuenta la dimensión de dotación de personal preguntando si hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo y si se trabaja bajo presión o si se pide hacer muchas cosas al personal y muy deprisa, siendo esta dimensión igualmente la peor valorada. A este tenor, los resultados de los cuestionarios de calidad de vida que se han realizado en AP^{186,187,188} también muestran que los profesionales tienen la percepción de tener bastante o mucha carga de trabajo así como de estrés o presión por dicha carga. Uno de los mayores problemas que tiene la AP en los últimos años es la demanda excesiva; esta demanda excesiva se manifiesta sobre todo a través de la llamada presión asistencial, definida como el número total de pacientes atendidos por el profesional sanitario al día y la frecuentación, que es el número de visitas por paciente

al año. La sobrecarga asistencial ha tenido como consecuencia principal una disminución del tiempo de consulta dedicado al paciente¹⁸⁹, que se encuentra muy por debajo actualmente de los 10 minutos que reclaman la mayoría de profesionales e instituciones y que es lo estipulado en otros países de nuestro entorno para una consulta médica ambulatoria¹⁹⁰. Además existe evidencia de que hay una clara relación entre el escaso tiempo por paciente y la mala calidad de la atención; en concreto la presión del tiempo es una de las barreras más importantes para no llevar a cabo una medicina basada en la evidencia¹⁹¹; parece que se incrementan el número de derivaciones y hay también más prescripciones y son de peor calidad, se realiza menos educación sanitaria, menos prevención y abordaje psicosocial¹⁹² y además también se relaciona este factor tiempo, con un mayor estrés profesional y síndrome *burnout*¹⁹³.

El cuestionario incluye dos dimensiones más, ambas referidas a puntuaciones globales que son, la dimensión sobre “Percepción global de seguridad del paciente” y la dimensión sobre “Percepción global de la calidad”. La dimensión “Percepción global sobre seguridad del paciente” se conforma con una única variable que, de manera sintética, pretende que los profesionales puntúen con respecto a la seguridad de sus centros teniendo en cuenta, los sistemas y los procedimientos clínicos que en los mismos se ponen en marcha para prevenir, detectar y corregir problemas que potencialmente pueden afectar a los pacientes. Esta dimensión obtiene un valor de 3,25, puntuación que es interpretada como positiva; sin embargo, alcanza una puntuación menor que el resto de las dimensiones de cultura de SP a excepción de la dimensión de “Ritmo y carga de trabajo”. Este comportamiento, junto al hecho de que la variable “Percepción global sobre seguridad del paciente” no se encuentre influenciada de manera sustancial por ninguna de las dimensiones que conforman el cuestionario, excepto por la dimensión sobre “Puntuaciones globales de la calidad”, que explica la mayor parte de su variabilidad, nos hace pensar que los encuestados responden a esta pregunta basándose más en lo que han puntuado en esta última dimensión que lo que han puntuado en el resto de las dimensiones. Las variables que conforman la dimensión de “Puntuaciones globales de la calidad” preguntan de manera explícita, por diferentes atributos de la misma tales como: asistencia centrada en el paciente, efectiva, a tiempo, eficiente y equitativa y obtiene una puntuación de 3,42, puntuación algo mayor que la dimensión “Percepción global sobre seguridad del paciente”, pero igualmente por debajo del resto de dimensiones que contempla el cuestionario a excepción de “Ritmo y carga de trabajo “. El carácter globalizador de la

calidad, que en las dos últimas décadas ha incluido como nuevo atributo a la SP, puede haber contribuido a que la percepción global sobre SP quede diluida en el concepto clásico de la calidad. Por otro lado, parece difícil aglutinar en una única pregunta sobre percepción de SP un concepto que es abstracto y a su vez multidimensional, un concepto que es más amplio de lo que son solo estándares y normativas de los CAP. Posiblemente los profesionales presumen que la asistencia sanitaria es de calidad en general, pero consideran que se ve afectada por incidentes de seguridad y acontecimientos adversos aislados. Es posible que los profesionales cuando se les habla de SP entiendan que es todo lo relacionado con errores, equivocación, responsabilidad, eventos adversos y daño y por ello lo que interpretan como calidad no lo relacionan con la SP, a pesar de que es la mejora continua en los procesos de los CAP la que da solución a gran parte de los problemas de SP y hace que los procesos sean más fiables¹⁹⁴.

En este trabajo además se ha utilizado el llamado Índice Sintético de Seguridad del Paciente (ISSP), como valor resumen de todas las dimensiones; se trata de una medida que nos aporta información de cómo se percibe en conjunto la cultura de SP. El ISSP obtiene una puntuación de 3,71, lo que nos indica igualmente una percepción positiva. Sin embargo, hay que tener en cuenta que esta medida concede a todas las dimensiones el mismo peso o valor en el concepto de SP, asunción que podría no corresponderse con la realidad. El ISSP no es una medida equiparable, ni siquiera probablemente comparable a la variable que pregunta sobre la “Percepción global sobre seguridad del paciente”, que es independiente del resto de las dimensiones que contiene el cuestionario y que se encuentra al final del mismo, pretendiendo así que el encuestado reflexione sobre la percepción global de seguridad de su centro, una vez dada respuesta al resto de preguntas.

En general, la percepción positiva generalizada de casi todas las dimensiones puede ser el reflejo de los esfuerzos que ha venido realizando el MSSSI en la última década para la mejora de la cultura de seguridad en todos los ámbitos asistenciales¹⁹⁵. Así los objetivos de la estrategia nacional han estado este tiempo orientados a: promover y mejorar la cultura de la seguridad en las organizaciones sanitarias; incorporar la gestión del riesgo sanitario; formar a los profesionales y a los pacientes en aspectos básicos de SP, implementar prácticas seguras e implicar a pacientes y ciudadanos. El despliegue de la estrategia de SP en los últimos años ha supuesto el compromiso político y económico con todos los servicios regionales¹⁹⁶, transmitiendo así de forma

clara que la mejora de la SP comienza por liderar y tomar en serio el sistema de salud¹⁹⁷. El despliegue de la estrategia de SP por parte de las CCAA, ha facilitado el desarrollo de proyectos que obedecen por un lado a programas prioritarios a nivel del SNS (Higiene de manos, Bacteriemia Zero, Neumonía Zero, Sistema de Notificación y aprendizaje en Seguridad del paciente) y por otro lado a las necesidades y estrategias de cada CCAA; no en vano la mayoría han desarrollado sus planes de calidad y/o estrategias de SP. Tras diez años de desarrollo, el SNS ha actualizado la estrategia de SP para el periodo 2015-2020⁶¹, cuyo fin es tener un instrumento que de una visión general de lo realizado previamente y facilite la reflexión y la toma de decisiones consensuadas entorno a la SP. La valoración de lo realizado previamente supone el reconocimiento de la colaboración y la corresponsabilidad institucional de las CCAA. Esta nueva estrategia incorpora las líneas previamente establecidas y recoge las recomendaciones internacionales actuales en materia de SP. Así mismo incorpora los logros y fortalezas alcanzados, propone objetivos y recomendaciones a partir de las mejores evidencias disponibles y un sistema de evaluación consensuado con las CCAA, que permitirá medir de forma estandarizada su alcance.

5.4.- Calificación de la cultura de SP en relación a variables sociodemográficas y laborales de los participantes

En el análisis de la percepción por género, las mujeres presentan de forma general una percepción más positiva que los varones. Puede que en este hecho esté influyendo, como dice el metaanálisis llevado a cabo por Arrizabálaga y Bruguera¹⁹⁸, la superioridad de las capacidades comunicativas de las médicas. Esta mayor capacidad comunicativa permite realizar una entrevista más centrada en el paciente. Igualmente el estudio habla de la superioridad de las médicas sobre los médicos en cuanto a la seguridad de la práctica clínica y se basa en que casi dos tercios de las reclamaciones médicas por negligencias derivan de problemas de comunicación, siendo la proporción de las reclamaciones dirigidas a médicos y a médicas diferente, las médicas reciben la cuarta parte de las reclamaciones que reciben sus colegas masculinos.

Tan sólo en la dimensión “Puntuaciones globales de la calidad“, los varones muestran una “percepción positiva” o “claramente positiva” mayor que la de las mujeres, observándose también una mayor puntuación media de forma significativa. No obstante a pesar de ello la magnitud de las diferencias encontradas es muy reducida.

Parece que, a pesar de detectar más los potenciales problemas, los varones valoran mejor las dimensiones de la calidad en su CAP que sus compañeras.

La percepción más positiva de las mujeres con respecto a los varones en la SP aparece reflejada en las seis dimensiones que mide el SAQ adaptado a AP cuando se utiliza para conocer la percepción de SP en AP en Noruega¹⁰⁵. Un estudio llevado a cabo en Alemania para conocer el clima de seguridad en los profesionales de AP y valorar si el trabajo en equipo tiene impacto en la SP, detectó que los médicos varones admitían cometer más errores que sus compañeras¹⁹⁹. Curiosamente un estudio piloto llevado a cabo en el hospital de veteranos²⁰⁰, cuyo objetivo era valorar, a través del cuestionario SAQ, las diferencias de percepción en SP existentes entre los profesionales de las unidades quirúrgicas en función de su disciplina y sexo concluye que los varones, que son mayoritariamente cirujanos tienen una percepción más positiva que las mujeres que son enfermeras, y en algunos casos anestesistas, ante las condiciones de trabajo, trabajo en equipo y satisfacción en general.

Cuando se comparan los resultados de las dimensiones por cada categoría profesional, si bien la magnitud de las diferencias sigue siendo pequeña, vuelve a ser la dimensión “Ritmo y carga de trabajo” la peor valorada por todas las categorías profesionales. Esta dimensión y las dimensiones de “Trabajo en equipo”, “Procedimientos establecidos en el centro para profesionales sanitarios” y “Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente” son puntuadas de forma muy homogénea en las tres categorías analizadas sin presentar diferencias, probablemente porque están constituidas por preguntas que se refieren a cuestiones y aspectos del trabajo diario y que afectan a las tres categorías profesionales de forma indistinta.

Parece que las dimensiones que tienen más que ver con el control y seguimiento de los pacientes y su documentación, pruebas, procesos etc. tienen una mayor puntuación por parte de enfermería, tal es el caso de: “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad”, “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales” y “Seguimiento en la atención a los pacientes”. Todo ello, puede tener relación con la cultura de la importancia de los cuidados en este colectivo, siendo la filosofía y piedra angular de esta profesión. En el “Seguimiento en la atención a los pacientes”, sin embargo, no existen diferencias con los profesionales no sanitarios, ya que las preguntas que valoran esta dimensión están referidas al seguimiento que se hace en el CAP de los pacientes que lo precisan y las unidades administrativas son las

que se encargan en la mayoría de las ocasiones de proporcionar a los pacientes dichas citas de revisión.

En la dimensión “Comunicación franca” en el equipo, claramente los profesionales no sanitarios están manifestando reparos y se sienten peor que sus colegas sanitarios en este campo; este hecho puede traducir el sentimiento de tener una menor capacidad en la toma de decisiones que afectan al equipo, que además de aspectos jerárquicos intangibles puede estar motivado por el menor número de profesionales no sanitarios en el equipo, conduciendo todo ello en muchos casos a una posible inhibición de las opiniones de estos profesionales. Sin embargo, un estudio llevado a cabo en Holanda²⁰¹ que pretende medir cultura de SP en AP, con el HSPSC adaptado, y que incluye además de a los médicos otro tipo de profesionales como: odontólogos, higienistas dentales, fisioterapeutas, logopedas, matronas etc., obtiene en la dimensión de comunicación franca y concretamente en la pregunta acerca de si el personal se siente libre para cuestionar las decisiones o acciones de aquellos que tienen más autoridad, una puntuación muy elevada o percepción muy positiva al respecto.

En nuestro estudio cuando hablamos concretamente del error, de la “Comunicación sobre el error” las puntuaciones se invierten vislumbrando los no sanitarios una mejor disposición ante los incidentes ocurridos, posiblemente debido a que ven que el error está más ligado al proceso asistencial propiamente dicho, o a que perciben que la trascendencia de los potenciales errores producidos en los procesos administrativos sea menor con respecto a las repercusiones que pueden tener los ocurridos en el contexto asistencial propiamente dicho, ello debido a la diferente carga de responsabilidad para cada colectivo profesional así como a la visión de jerarquización existente en nuestra organización. Los profesionales no sanitarios tienen también mayor puntuación en relación con los sanitarios, en las dimensiones de “Aprendizaje organizacional” (en ésta sin diferencias con la enfermería) y de “Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad; hay que tener en cuenta que ambas son dimensiones relacionadas con la ocurrencia puntual de eventos o incidentes en el centro. El personal de las unidades administrativas interviene en procesos concretos que afectan a la SP tales como, la correcta identificación del paciente, la citación adecuada, la conservación de pruebas e historias de pacientes en caso de que las mismas estén en papel, la entrega de documentación a los pacientes, la participación en el proceso de fase pre-analítica etc. Los errores cometidos en estas fases del proceso son fácilmente objetivables y eso hace que el aprendizaje organizacional sea más rápido, que cuando ocurren errores en procesos clínicos

específicos, tales como errores en el diagnóstico u otros donde es más difícil visualizar de manera inmediata el efecto de dicho error.

Es llamativa la valoración que cada colectivo profesional realiza de la formación, percibiendo cada uno que a los otros se les forma más y minusvalorando la formación que se da a la propia categoría profesional.

Las puntuaciones más bajas del colectivo médico de forma general en todas las dimensiones, en relación con las otras dos categorías profesionales, pudieran tener que ver con el riesgo inherente a las actuaciones de cada uno de los colectivos profesionales, mayor en uno que en otro. A mayor riesgo percibido, menor percepción de seguridad siendo ambos complementarios; sin embargo la puntuación global sobre la calidad es mejor valorada por los médicos.

Llama así mismo la atención que todos los grupos de profesionales puntúan mejor la calidad de su centro y peor la SP, lo que da la impresión de falta de concordancia entre ambas “disciplinas” y nos obliga a pensar probablemente en la todavía existencia de una carencia de formación en SP, de la que probablemente los profesionales están realizando una interpretación incorrecta o bien que en aquellos centros que están más sensibilizados con la calidad y tienen una mayor tradición en la realización de actividades relacionadas con la mejora, sean más sensibles a la hora de percibir las carencias relacionadas con la seguridad y las barreras que encuentran para su mejora; muchas de ellas no dependientes de su propia actuación, como ocurre con las barreras organizacionales y de infraestructura (variabilidad clínica, escasa protocolización, ausencia de liderazgo, recursos materiales escasos, inadecuación de proporción de profesionales etc...). Sin embargo, cuando se pregunta por la calidad del centro se está preguntando por diferentes dimensiones que los profesionales tienen bien asimiladas y sobre las que se ha ido trabajando institucionalmente desde la reforma de la AP, tal y como ocurre con la accesibilidad, la cual se ha ido mejorando a lo largo del tiempo con diferentes propuestas²⁰²: organización de los equipos, teléfonos de cita previa, adaptación de las agendas profesionales etc. También en la dimensión de efectividad, muy dependiente de la competencia científica de los profesionales y ligada a la formación continuada de los mismos e igualmente se han ido incorporando a la práctica clínica de los profesionales los criterios de eficiencia.

Los que se autclasifican como líderes presentan de forma general una percepción más positiva en prácticamente todas las dimensiones (excepto en la dimensión

“Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales”). De hecho el liderazgo es una de las variables que en el análisis de regresión logística múltiple más influye en la percepción positiva y claramente positiva con respecto a la puntuación global de SP. Las dimensiones mejor valoradas por los líderes contienen ítems más relacionados con la comunicación dentro del equipo y la capacidad de aprendizaje, tales como “Trabajo en equipo” o “Aprendizaje organizacional”. Una encuesta realizada en Texas en 2002²⁰³, con el cuestionario SAQ adaptado al ámbito ambulatorio, cuyo objetivo era valorar las actitudes en SP de los diferentes proveedores de salud (ginecólogos, cardiólogos, neumólogos, pediatras, médicos de familia, cirujanos, enfermeras, personal administrativo y de apoyo y gerentes de dichos consultorios, entre otros) demostró que los gerentes tenían una percepción sobre la gestión y la seguridad mayor que el resto de proveedores. En nuestro entorno, los resultados ofrecidos pueden ser debidos a que estos líderes, a pesar de su posición como responsables, están integrados en el equipo y hacen tareas asistenciales como el resto de sus compañeros compartiendo la tarea de liderazgo con el resto de las tareas comunes. Además los coordinadores médicos o directores, los responsables de enfermería y los de unidades administrativas tienen un papel trascendente en la transmisión de la información y también en la formación y en promover cultura en sus centros, por lo que no resulta tan llamativo que presenten una mejor percepción de la cultura de seguridad; de hecho, en la propia metodología establecida para la explotación de la encuesta, el responsable del CAP era quien debía recepcionar el kit preparado para ello y el encargado de la distribución de los cuestionarios y recogida de los mismos, así como de la remisión de resultados al equipo investigador.

La menor puntuación de los líderes con respecto a los que no lo son en la dimensión de “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales”, puede tener que ver con que son precisamente los responsables los que tienen entre sus funciones la de relacionarse con las demás instituciones sanitarias y con la población y por ello cualquier problema que tengan los profesionales del CAP con otros dispositivos asistenciales son canalizados a través de estos responsables para su solución.

Si bien es cierto que a priori parece que el grupo de edad intermedio (41 a 55 años) tiene una peor cultura de seguridad que la que expresan el grupo de los más jóvenes (< de 41 años) o el de los más veteranos (56 a 69 años), no es posible aventurarse a extraer conclusiones ante la reducida magnitud de las diferencias observadas entre los tres grupos de edad analizados, por lo que podemos concluir que la cultura entre ellos no es muy diferente. El grupo de edad intermedio tiene una puntuación menor en casi

todas las dimensiones, este hecho podría estar en relación con que sus expectativas profesionales han quedado frustradas con respecto a los otros dos grupos etarios y sobre todo con respecto al grupo de mayor edad, cuyas puntuaciones más elevadas pudieran estar en relación con una cierta complacencia en espera de la jubilación.

De los tres grupos de edad estudiados, el que tiene una puntuación más alta en la puntuación global de SP, es el grupo menor de 41 años con un valor de 3,31, con respecto al 3,29 del grupo de 56 a 69 y el 3,24 del grupo de edad intermedia. Esta mayor puntuación en SP atribuida por los grupos etarios más jóvenes ocurre en el caso del estudio de Aragón que valora la percepción de SP en los MIR, siendo el grupo más joven de residentes el que da más puntuación a la dimensión global de SP. Por el contrario un estudio realizado en el hospital de Massachusetts²⁰⁴, con el objetivo de explorar el clima de seguridad como medio para conocer la cultura de SP, a través del SAQ, en diferentes grupos de edad de los profesionales (menor de 31, de 32 a 41 y de 42 a 63 años), se encuentra una percepción más baja de cultura de SP en el grupo de menor edad y puntuaciones mayores en los otros dos, siendo la puntuación más alta la del grupo de edad más elevada, si bien hay que tener en cuenta que las distribuciones etarias son diferentes en ambos estudios.

Totalmente coherentes son los resultados que se han obtenido en función del número de las TSI, siendo éste un factor que influye claramente sobre todo en la percepción obtenida en la dimensión "Ritmo y carga de trabajo". Los profesionales con un cupo menor muestran una mejor percepción de cultura de seguridad. Si bien no es posible generalizar, estos profesionales tienen la oportunidad de dedicar más tiempo a la consulta de cada uno de sus pacientes siendo este un factor importante para ofrecer una mayor seguridad en la atención y para percibirla mejor. Por otra parte al tener una menor carga asistencial, la probabilidad de error es menor^{205,206}. Así una revisión sistemática²⁰⁷ para valorar los estudios que examinaban preguntas o dudas de los clínicos, en el contexto de la toma de decisiones para el cuidado encontró, que solo se respondían el 40% de las preguntas y que los clínicos se quejaban de la falta de tiempo para buscar respuestas. El ocuparse de la demanda poniendo un límite o número máximo de TSI en función de las características de la población atendida, así como una mayor participación tanto del personal de enfermería como del personal auxiliar podrían ser factores facilitadores para una mejor gestión de riesgos sanitarios.

La mayor puntuación de los profesionales que realizan guardias respecto a los que no las realizan en la mayoría de las dimensiones, incluida la valoración global de la SP

probablemente está manifestando la mayor formación, adiestramiento y pericia, ante la existencia de cualquier incidente, urgencia o emergencia que les hace sentirse mucho más seguros en la atención sanitaria en general y por ende, manifestar una mayor percepción de cultura de SP. Los profesionales que realizan guardias Algo similar podría estar ocurriendo entre los eventuales y fijo-interinos ante la provisionalidad del puesto de trabajo y la necesidad de, dadas las características de nuestro sistema sanitario en este sentido, tener suficiente baremo formativo con el fin de encontrar un nuevo puesto en caso de pérdida. Por otra parte los profesionales que son eventuales, debido a su movilidad, no acaban de tener un conocimiento profundo de los procedimientos y las dinámicas en los distintos centros en los que trabajan ni tienen una continuidad con los pacientes a los que atienden, lo que puede dar una percepción de falsa seguridad o puede que este tipo de profesionales haya adoptado una actitud más complaciente al responder el cuestionario, dado que su trabajo depende de que sean llamados por los CAP donde han prestado sus servicios en otras ocasiones o bien de participar en procesos de selección a través del sistema de bolsa única. De hecho ambas variables el ser eventual y hacer guardias son predictoras de una percepción positiva y claramente positiva de la valoración global de SP. Así cuando el profesional es eventual la probabilidad de percepción claramente positiva es un 33% superior y un 25% superior si realiza guardias.

En cuanto al turno de trabajo, los profesionales que trabajan en un turno de tarde, presentan valores inferiores en cuanto a la percepción de SP que aquellos que tienen un horario de mañana o turno de mañana y tarde. Puede que esta percepción más negativa de la SP se vea influenciada porque durante el desarrollo de las actividades de estos profesionales, que trabajan en turno de tarde, en general, no suele existir paralelamente un funcionamiento habitual del personal de la estructura de dirección de AP, ni de los servicios de atención especializada, ni de muchas unidades de apoyo, lo que genera dificultades de resolución de problemas específicos que pueden ser incluso urgentes. Así mismo al encontrarse el CAP abierto, en algunas situaciones se producen demandas de atención por parte de la población no asignada, que si bien no reunirían los criterios para catalogarlas como demandas urgentes, requieren actuaciones no programadas por parte de los profesionales de dichos equipos²⁰⁸.

5.5.- Resultados obtenidos con la herramienta

Los resultados obtenidos con la herramienta son acordes a los resultados vistos a lo largo de este trabajo, no siendo objeto del mismo el realizar un análisis exhaustivo de la herramienta, si no el poder mostrar qué utilidades tiene. Con la herramienta, cada CAP podrá con sus datos realizar una comparación con los resultados a nivel nacional y también a nivel internacional. En cualquier caso, hay que señalar para las comparaciones con los distintos estudios americanos que, la población que entra en los mismos es más numerosa que en este estudio. Además hay que valorar otras consideraciones como que los “*Medical Office*” suelen ser oficinas de provisión de servicios sanitarios en los que hay desde un solo profesional a varios y que no todos los facultativos son médicos de familia, sino que en muchos casos estos centros cuentan con otros tipos de especialistas que pasan este tipo de consultas fuera del hospital. Además el número de profesionales no sanitarios participantes en los estudios americanos es mucho más numeroso que en este estudio, superando en alguna de las encuestas el 30% frente al 18%; ocurre lo contrario con el personal sanitario, el porcentaje de sanitarios en los estudios americanos apenas llega al 10% mientras que en este alcanza un 42%. Todas estas características hay que tenerlas en cuenta a la hora de hacer la comparación de las diferentes dimensiones entre estudios de diferentes países.

5.6.- Limitaciones y sesgos

Desde las 17 CCAA decidieron no participar en el estudio y eso ha impedido obtener información de todo el SNS acerca de la percepción de la cultura de SP. Sin embargo, el número de profesionales estimados para ambas CCAA con respecto a la muestra total es de un 8,8%, por lo que no parece que dicha cifra reste potencia al total de la muestra.

La alta tasa de participación de los CAP de las distintas CCAA, seguramente ha tenido que ver con el soporte prestado por la red de responsables autonómicos de SP estimulando y animando a la colaboración. Sin embargo, si el responsable de SP autonómico no obtenía respuesta por parte de algún centro de los inicialmente seleccionados, podía optar por sustituir dicho centro por otro no elegido al azar; esto podría dar lugar a un sesgo de selección si al sustituir los centros se hubiera optado porque los que fuesen más colaboradores tuviesen más formación en SP o estuviesen más sensibilizados con el tema. Esta circunstancia conduciría a la obtención de una

percepción de la cultura de seguridad más favorable en la comunidad en cuestión, que la que se hubiera obtenido con los centros inicialmente seleccionados.

Para fomentar la participación dentro de los CAP se propuso como metodología a realizar una sesión docente sobre SP en la que poder contestar al cuestionario. Muchos CAP desarrollan sesiones docentes^{209,210} como parte fundamental en la formación continuada de sus profesionales²¹¹. Además en la mayoría de las CCAA, en las que se están implantando estrategias de SP, se está promoviendo la formación de los profesionales en dicho ámbito^{212, 213, 214, 215,216} priorizando a aquellos que tienen alguna responsabilidad en materia de seguridad, los cuales adquieren a su vez, el compromiso de realizar una labor formativa en su centro o formación en cascada hacia el resto de sus compañeros. En algunas CCAA, a través de los pactos de gestión que se realizan con los CAP, se ha creado la figura del responsable de seguridad de cada centro y el compromiso por parte del CAP de realizar al menos una sesión de SP²¹⁷. Aunque se desconoce el número de CAP que hayan podido optar por cumplimentar el cuestionario con esta metodología propuesta, hubiera sido interesante poder comparar este dato con los CAP que no lo han hecho así, para saber no solo cómo ha repercutido esta iniciativa en la tasa de participación, sino también en los resultados obtenidos respecto a la percepción de la SP. Este diferente proceder también puede condicionar una diferente percepción de la SP en el sentido de una percepción más favorable en los centros en los que se ha cumplimentado el cuestionario en el contexto de una sesión formativa.

Todas las dimensiones del cuestionario, excepto la dimensión sobre calidad y seguridad, ofrecen como opción de respuesta: "no lo sé, no procede". Se observa que la frecuencia de respuestas con esta opción es elevada (hasta un 30%) en algunas variables del cuestionario que indagan por las tareas o labores específicas de los diferentes colectivos del CAP y sin embargo su frecuencia es baja (0,5%) cuando lo que se está preguntando es por el clima del propio equipo dentro del CAP. Esto hace reflexionar con respecto a que cada colectivo es conocedor de la problemática de su tarea en el equipo y no de la problemática de la tarea de otros colectivos, a pesar de que afectan a la SP.

5.7.- Aportaciones del estudio y retos

Este trabajo ha conseguido una aproximación, por primera vez, a la percepción que tienen los profesionales sobre la SP en los CAP del Sistema Nacional de Salud español. Los resultados que ofrece este informe transmiten que la percepción sobre la SP en sus lugares de trabajo es buena con una puntuación del ISSP de 3,71 sobre 5.

Supone un importante punto de referencia en el que apoyarnos en este campo ya que nos muestra las fortalezas que podemos y debemos aprovechar en el primer nivel asistencial y, por otro lado, nos recuerda también que, en SP en la AP española, todavía nos queda un largo camino por recorrer. En efecto, estas opiniones sobre percepción de cultura de nuestros profesionales nos han permitido identificar las áreas de mejora en las que debemos seguir trabajando en SP. Estas áreas son aquellas dimensiones de cultura de SP que, en el cuestionario aplicado, han obtenido puntuaciones más bajas, como “Ritmo y carga de trabajo”, como “Procedimientos establecidos en el centro” ó “Puntuaciones globales sobre la calidad”.

Para enfatizar el valor del estudio se destaca a continuación las aportaciones que, tanto para el conocimiento como para la práctica clínica, ofrece:

5.7.1. Aportaciones para el conocimiento

En junio de 2007 se realiza el estudio APEAS en 48 CAP españoles para detectar la prevalencia de eventos adversos en AP. Del estudio se concluye que la atención a los pacientes en el nivel primario es segura y que la mayor parte de los incidentes son leves. Si bien, tratándose de un estudio de referencia en nuestro país, no se conoce la percepción que nuestros profesionales tienen acerca de la SP.

En el informe del gobierno inglés “*An organisation with a memory*”²⁴ se reconoce que los factores organizativos juegan un papel clave en la seguridad del paciente y, en los últimos años, hemos vivido una rápida expansión de desarrollo de actividades orientadas a cambiar las culturas entre los profesionales de salud del sistema sanitario español. Sin embargo, el énfasis en este cambio de cultura necesita inevitablemente del desarrollo de formas de medir esta cultura, tanto cuantitativa como cualitativamente, que en el primer nivel asistencial de nuestro país no se habían desarrollado y aplicado de forma suficiente. Con el fin de cubrir este vacío, este

estudio realiza una medición cuantitativa a través del cuestionario MOSPS de la AHRQ traducido, validado y adaptado en nuestro entorno.

Tratándose de un instrumento útil para medir cultura de SP entre los profesionales de AP de habla española, esta encuesta describe en nuestro país su percepción a través de una muestra representativa de todo el conjunto de centros públicos españoles.

La aplicación de este cuestionario permite descomponer la percepción de la cultura en dimensiones, lo que facilita una aproximación más profunda al constructo de cultura de SP de los profesionales, destacando que la dimensión con mayor puntuación media es aquella que hace referencia a “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad en la consulta” con un 4,18, seguida de “Seguimiento de la atención a los pacientes” con 4,00 e “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales” con 3,96.

El área de mejora que podemos destacar, identificada como aquella dimensión en la que se ha obtenido puntuaciones por debajo de 3 sobre 5 (considerado como valor neutro), ha sido: “Ritmo y carga de trabajo” con una media de 2,76, situándose el resto de dimensiones por encima de 3.

No obstante, teniendo presente las aportaciones realizadas por los encuestados y de cara al futuro, estos datos recogidos sobre cultura permitirán que se analice el cuestionario en profundidad y se pueda llevar a cabo una propuesta de cuestionario abreviado para reducir su extensión y el tiempo de cumplimentación, orientada a facilitar su uso y promocionar esta valiosa herramienta para la autoevaluación en los centros.

Existen otras formas de medir la cultura de seguridad del paciente en los CAP como, realizar estudios de observación directa de la práctica, propuesta en un informe de la *Health Technology Assessment (HTA)*²¹⁸ y comparar los resultados de medición de cultura con los indicadores periódicos de calidad de los equipos. De estas otras formas de medir, complementarias a la desarrollada en este estudio, resultarían investigaciones adicionales que permitirían determinar si la expresión de la opinión por medio de encuesta se correlaciona con el comportamiento desarrollado en la práctica clínica cotidiana. Es decir, si “del dicho al hecho, hay gran trecho”²¹⁹; es una línea de investigación a trabajar en el futuro, sobre todo porque suele haber una brecha entre la atención que prevén los estándares y la atención prestada realmente y esto ocurre con mayor frecuencia en ámbitos como la AP que tiene un entorno social complejo.

5.7.2. Aportaciones para la práctica clínica

La encuesta dispone de una aplicación Excel asociada, donde poder introducir los datos y poder hacer una comparación con los datos internacionales de otros países y de la propia AHRQ, tanto el informe de 2012, como con el del 2014y el último publicado de 2016. En este estudio que es de carácter nacional, la unidad de análisis ha sido el propio individuo y no el CAP, no obstante los datos obtenidos de los diferentes profesionales de cada centro se han proporcionado a cada CAP, gracias a la herramienta Excel, de manera agregada. La encuesta finalmente se ha realizado en 215 CAP y de cada uno de estos centros se tienen los resultados que pueden ser comparados con el resultado agregado del conjunto de los CAP de su CCAA. Esta información se entregó a los responsables autonómicos de SP quienes debían facilitársela a los CAP participantes. Con la misma, cualquier profesional puede analizar con detalle los resultados de las diferentes dimensiones de su centro conociendo también su situación con respecto al resto y gestionando así la mejor manera de abordar esta temática en su lugar de trabajo.

Esta herramienta Excel permitirá a los centros evaluar sus progresos en la mejora de la cultura de SP tras poner en marcha acciones de mejora, comparando sus nuevos datos con los resultados de la encuesta que acaban de realizar en este estudio.

En definitiva, toda esta información que se ofrece permite a los centros trabajar en áreas de mejora concretas y reevaluarlas periódicamente, potenciando además el trabajo en equipo sobre SP y facilitando el desarrollo de otras actividades en función de sus resultados, aunque el hecho de que sea un cuestionario con un gran número de ítems a cumplimentar, puede suponer un inconveniente para su uso en repetidas ocasiones.

Entre las actividades encaminadas a sostener y potenciar esta cultura de SP en su práctica cotidiana pueden aplicarse estrategias cuantitativas de monitorización de indicadores de calidad, o bien cualitativas como la observación directa de la práctica entre pares, sesiones clínicas sobre incidentes en las que se hable sobre situaciones concretas de SP en el centro y de cómo mejorarlas, entre otras opciones.

5.8.- Reflexión final

La frecuencia de los EA en los CAP en España actualmente es, como mínimo, igual a la encontrada en el estudio APEAS en 2007.

Sin duda, las nuevas circunstancias derivadas de la crisis financiera mundial harán más necesaria una fuerte cultura de SP entre los profesionales sanitarios con el fin de mantener un nivel óptimo de la calidad asistencial en nuestro sistema, objetivo ineludible para cualquier profesional de la salud.

Igualmente supondrá un reto para la AP atender a más pacientes con patologías crónicas y complejas y con mucha comorbilidad asociada, donde los profesionales tendrán que hacer la gestión del paciente en su itinerario por el sistema de salud, coordinando y cooperando con otros niveles asistenciales y a la par dando una atención personalizada y de calidad que tiene en cuenta las preferencias del paciente, y que debe hacerse siempre que se pueda en su domicilio.

Por ello es preciso que continuemos trabajando para mejorar la SP en estos aspectos en los CAP.

Capítulo 6.- Conclusiones

6.1.- Conclusiones

1. Los profesionales que trabajan en el ámbito de AP del SNS español tienen una buena percepción de la SP en su trabajo diario, similar a la que tienen los profesionales de AP de otros sistemas de salud occidentales.
2. La percepción de los profesionales es más positiva en aquellas dimensiones que implican aspectos relacionados con las actividades o tareas concretas del día a día y las relacionadas con el seguimiento de los pacientes en el CAP, así como el trabajo en equipo.
3. La comunicación abierta o franca entre el personal no sanitario y el personal sanitario no alcanza puntuaciones tan elevadas, siendo también inferiores a la de la encuesta de la AHRQ para los centros de atención ambulatoria.
4. En cuanto a la dimensión de comunicación sobre el error y la notificación del mismo, se trata de una dimensión bien puntuada tanto por el personal sanitario como por el personal no sanitario. Si bien, los profesionales médicos otorgan menor puntuación que el resto de categorías profesionales.
5. La dimensión de ritmo y carga de trabajo es la que obtiene la peor puntuación por parte de todos los profesionales. Este hecho puede estar influido por la elevada frecuentación en las consultas y el escaso tiempo para atender a los pacientes.
6. Los profesionales de AP que tienen una mejor percepción de SP son principalmente mujeres, enfermeras, profesionales de cincuenta y cinco años o más y aquellos que tienen responsabilidades de gestión.
7. La dimensión que valora de manera global la SP es una de las peor valoradas por los profesionales, lo que contrasta con el hecho de que el resto de dimensiones que forman el constructo de la SP presentan mejores puntuaciones, algo que nos indica que cuando los profesionales piensan en la SP en los CAP, están pensando en mucho más que en los protocolos y/o en la estandarización de procesos.

8. Por otro lado, los profesionales tienen una mejor percepción de la calidad asistencial que de la seguridad en los CAP. Este hecho refleja que los profesionales han interiorizado el trabajo realizado en los últimos 30 años en este área por medio del desarrollo de herramientas y puesta en marcha de procesos de mejora de la atención, pero son conscientes de la presencia todavía de muchos riesgos asociados a la atención sanitaria no bien controlados.
9. La herramienta asociada al cuestionario sirve a los profesionales de la AP para poder valorar los puntos fuertes y las áreas de mejora de las dimensiones de SP en los CAP en los que trabajan. Igualmente sirve para que puedan compararse con otros CAP de su CCAA y a nivel nacional. Permite también compararse con los datos americanos periódicamente disponibles. El uso de la herramienta de forma periódica ayuda a fomentar la cultura de SP en cada CAP y permite la mejora continua

A partir de este trabajo, se considera importante como línea futura de investigación, la reducción de la magnitud del cuestionario, con el fin de que su uso sea más fácil y por tanto pueda ser periódicamente administrado y así detecte logros alcanzados y nuevas áreas de mejora en el proceso de mejora continua en los CAP.

Capítulo 7. Anexos

Anexo 1. Actividades en Seguridad del Paciente desarrolladas por el Ministerio de Sanidad

OBJETIVO 1 Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de SP entre los profesionales y los pacientes en cualquier nivel de atención sanitaria	Difusión del conocimiento y cultura de SP.	Desarrollo de página WEB de SP Edición y difusión de publicaciones Conferencia internacionales Jornadas, talleres y reuniones Presencia en foros nacionales
	Programa de formación a profesionales.	Máster en SP Curso On line en gestión de riesgos y mejora de la SP Módulos auto guiados de gestión de riesgos Formación para la implantación de prácticas seguras: Higiene de manos Bacteriemia Zero Neumonía Zero SINAPS Sistema de Notificación y aprendizaje para la SP
	Percepción de la cultura de SP por parte de los profesionales.	Medición de la cultura en el ámbito hospitalario Medición de la cultura en AP.
OBJETIVO 2 Diseñar y establecer sistemas de información y notificación de incidentes relacionados con la seguridad	Diseño de un sistema de notificación.	
	Revisión de los modelos existentes.	Estudio de las características del entorno, los factores críticos de éxito y las barreras para la implantación de un sistema de notificación y definición del modelo de sistema de notificación a implantar.
		Pilotaje e implantación progresiva del sistema de notificación SINASP
		Características y evolución de SiNAPS
	Propuesta normativa. Sistema de notificación y aprendizaje de medicamentos.	
OBJETIVO 3 Implantar prácticas seguras en el Sistema Nacional de Salud	Implementación de prácticas seguras en las CCAA.	Formación en SP Infección relacionada con la atención sanitaria (higiene de manos) Identificación inequívoca de pacientes Uso seguro del medicamento Úlceras por presión y caídas Creación y desarrollo de Unidades de gestión de riesgos Infección relacionada con la atención sanitaria (Proyecto bacteriemia Zero) Cirugía segura Red Ciudadana
	Desarrollo de indicadores	Indicadores del despliegue de la estrategia de SP del SNS Indicadores de SP a partir del CMBD Evaluación de la práctica clínica
OBJETIVO 4 Promover la investigación en	Estudios propios	Estudios epidemiológicos: - Estudio nacional de EA ligados a la hospitalización

seguridad de los pacientes		<ul style="list-style-type: none"> - Estudio sobre la seguridad de los pacientes en AP - Estudio de incidentes y EA en medicina intensiva - Estudio de EA en residencias y centros asistenciales sociosanitarios Proyectos internacionales: <ul style="list-style-type: none"> - Estudio sobre la SP en latinoamerica (IBEAS) - Promoción y difusión de estudios sobre evidencia científica en la práctica clínica para profesionales, pacientes y gestores - Revisiones sistemáticas de SP a través de la Colaboración Cochrane - Registro de estudios en SP - Boletines electrónicos (suplemento de SP, boletín IMPACTO) Promoción y financiación de líneas prioritarias de investigación en SP
OBJETIVO 5 Participación de los pacientes en la estrategia de seguridad de pacientes	Acciones para conocer las expectativas opiniones y posicionamiento de los pacientes	
	Estudios cualitativos	Declaración y compromiso de los pacientes por la seguridad Red ciudadana de formadores en SP
OBJETIVO 6 Reforzar la participación de España en todos los foros sobre seguridad de pacientes de las principales organizaciones internacionales	Proyectos internacionales	Proyectos en colaboración con la OMS Proyectos en el marco de la UE
	Grupos de trabajo internacionales en los que participa la Agencia de Calidad	Comisión Europea (Grupo de Seguridad del Paciente y Calidad (<i>Patient Safety and Quality of Care Working Group</i>)) <i>Joint Action</i> en Seguridad del Paciente y Calidad (JA PS&QC). OMS; OPS; OCDE (<i>Health Care Quality Indicators Project</i>) ECDE

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Desarrollo de la estrategia de Seguridad del paciente 2005-2011.

Anexo 2. Cuestionario MOSPSC

SECCIÓN G: 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?

	Primo	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto
Centrado en el paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equitativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PUNTUACIÓN GLOBAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

2. Globalmente, ¿cómo 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?

Primo Regular Bueno Muy Bueno Excelente

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

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

Menos de dos meses De un año a menos de tres años De 6 años a menos de 11 años
 De dos meses a menos de un año De 3 años a menos de 6 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 17 a 24 horas por semana De 33 a 40 horas por semana
 De 5 a 16 horas por semana De 25 a 32 horas por semana

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

Médico MIR Enfermera / Matrona
 Gestores: 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 Fisioterapeuta (de todos los tipos)
 Odontólogos 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 Interino Eventual


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

9. Realiza guardias Si No

SECCIÓN I: SUS COMENTARIOS SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA EN SU CENTRO

17036

MUCHAS GRACIAS



CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCION PRIMARIA.

VERSION ESPAÑOLA MODIFICADA DEL MEDICAL OFFICE SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE (MOSPSC-APRO)

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA ENCUESTA

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

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

El término personal no sanitario hace referencia al resto de 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 responder, por favor, marque "No lo sé/ No procede".

Si usted trabaja en más de una consulta, responda 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?

	Distintamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Nunca	No lo sé/ No procede
Acceso a la atención sanitaria							
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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipo 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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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?

	Distintamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Nunca	No lo sé/ No procede
1. 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"/>
2. 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"/>
3. 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"/>
4. Problemas con hospitales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN C: TRABAJANDO EN EL CENTRO DE SALUD

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

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ No procede
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, 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"/>
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?

	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ No procede
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 tiene 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"/>

	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ No procede
6. 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"/>
7. 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"/>
8. 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"/>
9. 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"/>
10. 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"/>
11. 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"/>
12. 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"/>
13. 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"/>
14. 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"/>

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).

SI (continúe en la sección F) NO (responda a las preguntas de la 1 a la 4 que se muestran a continuación y luego propiamente el cuestionario en la sección F)

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

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ No procede
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 pagan 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?:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ No procede
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"/>

Anexo 3. Kit de difusión del cuestionario

**.DOCUMENTO DE APOYO PARA LLEVAR
RACABOLAS EN CUESTAS EN UN CENTRO
RODE SALUD.**

Este documento será de utilidad en el caso de que el cuestionario se vaya a cumplimentar por los profesionales en el marco de una sesión clínica.

El grupo investigador recomienda esta forma de administrar los cuestionarios al resto del equipo con la finalidad de obtener una mayor tasa de respuesta. Esto no obsta para que el responsable del equipo, y en este caso de los cuestionarios, los administre al resto de profesionales como crea conveniente y/o adecuado en su medio de trabajo.

ÍNDICE:	
Objetivo del documento.	4
Operativo de la sesión.	4
Convocatoria de la sesión clínica.	4
Duración de la sesión clínica.	5
Presentación por el ponente.	5
Administración de los cuestionarios.	5
Recogida de los cuestionarios	6
Estrategia de administración de cuestionarios sin sesión clínica	6
Contenido didáctico de la sesión clínica.	7
Importancia de la seguridad del paciente.	7
Importancia de la seguridad del paciente en atención primaria.	9
Cultura de seguridad del paciente.	10
¿Cómo se mide la cultura de seguridad? Herramientas disponibles.	11
Cuestionario Medical Office Survey on Patient Safety.	14
Descripción del cuestionario adaptado.	16
Dimensiones que contiene sobre cultura de seguridad.	17
ANEXOS.	20
Anexo I. Presentación en power point.	20
Anexo II. Cuestionario MOSPS adaptado	20
 BIBLIOGRAFÍA	 21

Objetivo del documento.

Ofrecer al docente que va a llevar a cabo la sesión un mayor y mejor conocimiento del cuestionario que será administrado durante o al final de la sesión al resto de profesionales.

Operativo de la sesión.

En el mismo se describen las distintas fases para preparar la sesión clínica.

Convocatoria de la sesión clínica.

La convocatoria estará dirigida a todos los profesionales que forman parte del equipo de atención primaria.

- Profesionales de enfermería: enfermero/as y auxiliares de enfermería
- Profesionales médicos: médicos de familia, pediatras y MIR
- Auxiliares administrativos.
- Celadores del equipo.

También a los profesionales de apoyo si el equipo los tuviera:

- Matronas.
- Fisioterapeutas.
- Trabajadores sociales.
- Odontólogos.
- Higienistas dentales.

Así mismo y si el equipo tiene docencia pregrado podrá invitarse a la sesión a

- Estudiantes de medicina
- Estudiantes de enfermería.

La convocatoria será hecha con los medios de difusión habituales en el equipo. El responsable de docencia puede ser también el encargado de su convocatoria.

Duración de la sesión clínica.

Se aconseja que la duración de la sesión en su contenido didáctico no sea de más de 20 minutos con el fin de dejar tiempo suficiente para la cumplimentación del cuestionario al final de la misma.

Presentación por el ponente.

Conviene que el ponente sea uno de los líderes del equipo:

- Coordinador médico.
- Responsable de enfermería.

Aunque también podría ser:

- Responsable de docencia.
- Responsable de calidad y o seguridad.

Administración de los cuestionarios.

La administración de los cuestionarios a los profesionales en el marco de la sesión clínica se hará al final de la misma. El ponente debe insistir en una correcta y completa cumplimentación de los mismos. Conviene detenerse en explicar la sección E del cuestionario (que algunos miembros del equipo deben contestar y otros no).

Se excluyen de tener que hacer el cuestionario a los profesionales con las siguientes características:

- o Desarrollar una actividad asistencial correspondiente a modelo tradicional (no integrados en equipos de Atención Primaria o de cupo).
- o Desarrollar exclusivamente actividades de atención urgente, o de refuerzo.
- o Ser estudiante de medicina en prácticas o estudiante de enfermería.
- o Estar contratado como becario.
- o No desarrollar una actividad asistencial o de atención directa a usuarios de los servicios sanitarios..
- o Mostrar su voluntad de no querer responder al cuestionario.

De esta forma, si algún asistente a la sesión cumple alguno de los criterios de exclusión, no cumplimentará el cuestionario, aunque podrá asistir a la sesión. El ponente deberá conocer esta circunstancia de cara a su comunicación (en la planilla resumen habilitada para ello) y así poder ser tenida en cuenta en el posterior análisis.

Recogida de los cuestionarios

El ponente de la sesión recogerá al final de la misma todos los cuestionarios de los asistentes incluidos en el estudio.

Si han faltado muchos profesionales a dicha sesión, se actuará según la estrategia prevista de administración **de cuestionarios sin sesión clínica. (ver estrategia más abajo).**

Los cuestionarios recogidos serán enviados, junto a la planilla resumen, a las personas de referencia usando los sobres de correo y el franqueo pagado para ello.

Estrategia de administración de cuestionarios sin sesión clínica

Si no se hace sesión clínica, con el objetivo de incrementar la tasa de respuesta, sería adecuado administrar los cuestionarios a cada uno de los profesionales del centro de salud, insistiendo en la importancia de que éste se cumplimente y cerrando una fecha para su recogida.

Contenido didáctico de la sesión clínica.

A continuación se detallan los contenidos más importantes a destacar en la sesión clínica.

Importancia de la seguridad del paciente.

Resumen:

Las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar a los pacientes, pero también pueden causarles daño. La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituye el sistema moderno de prestación de atención de salud puede aportar beneficios importantes. Sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran eventos adversos, y, efectivamente, ocurren con demasiada frecuencia.

Se consideran efectos adversos al conjunto de posibles lesiones o daños que afectan al paciente, incluyendo la incapacidad, muerte o prolongación de la estancia o la necesidad de cuidados, relacionados con el proceso asistencial y no con la enfermedad subyacente.

Se puede afirmar que al menos un 10% de los pacientes que ingresan en un hospital sufren un efecto adverso derivado directamente de la actuación del propio sistema y que alrededor del 50% de estos efectos adversos son prevenibles.

Estos resultados se repiten de manera similar en los estudios epidemiológicos desarrollados en los últimos 20 años. Las causas más frecuentes de estos efectos adversos son: el uso de medicamentos, las infecciones y las complicaciones perioperatorias.

A principios del decenio de 1990 empezó a disponerse de pruebas científicas en ese sentido, con la publicación de los resultados del Harvard Medical Practice Study en 1991. Investigaciones posteriores en Australia, los Estados Unidos de América y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, en particular la publicación en 1999 de *To err is human: building a safer health system* por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América, aportaron más datos y colocaron el tema en la cabecera de los programas políticos y en el centro del debate público en todo el mundo.

La Alianza Mundial por la seguridad del paciente de la OMS creada en 2004 ha venido desarrollando un ambicioso programa de trabajo que aborda los principales retos y áreas del conocimiento en seguridad del paciente, y ha conseguido una amplia implicación de países de todas las regiones del mundo y de profesionales a través de sus “retos” bianuales en seguridad del paciente como por ejemplo: atención limpia es atención segura y la cirugía segura salva vidas.

El Consejo de Europa aprobó en 2006 las recomendaciones en seguridad del paciente, por las que se insta a los más de 50 países que integran esta organización a incluir a la seguridad del paciente en el centro de todas las políticas sanitarias pertinentes, a elaborar un marco político en materia de seguridad y a elaborar un sistema para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

Desde el año 2005, el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), a través de la Agencia de Calidad, viene desarrollando, en coordinación con las comunidades autónomas (CCAA), una estrategia en seguridad de pacientes cuyo objetivo es promover una asistencia sanitaria más segura en los centros asistenciales del SNS. Esta estrategia ha sido impulsada por el MSC a través de diferentes instrumentos financieros (convenios, subvenciones y otras convocatorias) acordados con los servicios de salud de las CCAA.

Las líneas financiadas han incluido, entre otras, la investigación epidemiológica, las actividades de formación e información a profesionales y pacientes, los sistemas de identificación inequívoca de pacientes, la prevención de la infección nosocomial, la higiene de manos con solución hidroalcohólica y la creación de unidades funcionales de gestión de riesgos.

También han sido desarrollados en la mayoría de las CCAA programas y actividades relacionados con el análisis de la percepción y opinión de los profesionales y sistemas de notificación de efectos adversos, entre otras iniciativas.

Importancia de la seguridad del paciente en atención primaria.

Resumen:

En lo que se refiere a la Atención Primaria, Borrel F. publica en 2006¹ el estudio titulado: “Errores clínicos y eventos adversos; percepción de los médicos de Atención

Primaria”; se trata de una encuesta por correo a todos los médicos de una Región Sanitaria de Cataluña. El estudio no mide cultura de seguridad, sino que describe la subjetividad del error desde la perspectiva del médico. Este trabajo pone de relieve que los médicos perciben los errores clínicos y los acontecimientos adversos como sucesos relativamente frecuentes, sin embargo una tercera parte de ellos declaró no haber cometido nunca un error.

En 2007, los autores del ENEAS (estudio que valora los eventos adversos en los hospitales españoles) desarrollaron con una metodología similar el “Estudio de la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud”, APEAS2. Se encontró que en el periodo de estudio se produjeron 11,2 efectos adversos (EA) por cada mil visitas, de los que un 7,3% se consideraron graves, y un 70,2% del total serían claramente evitables, siendo más evitables (hasta un 80,2%) los más graves. También se identificaron los factores causales de los EA. 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. El estudio concluye que la práctica sanitaria en Atención Primaria es razonablemente segura, siendo la frecuencia de EA baja y predominando los de carácter leve pero, si se generalizan los resultados al conjunto de la población, podrían verse afectados, por término medio, 7 de cada 100 pacientes en un año, dado el altísimo número de visitas que se realizan anualmente (se calculan alrededor de 300 millones). Los datos que se reseñan 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.

Cultura de seguridad del paciente.

Resumen:

Se define CULTURA DE SEGURIDAD de una organización como la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el estilo, la competencia y el compromiso de la gestión de la seguridad en una organización. 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 preventivas³. 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 seguridad del paciente, 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 seguridad del paciente, incluyendo pérdida de tiempo laboral y prestaciones por invalidez.

La medición de actitudes en el trabajo y el contexto general del trabajo es un paso necesario e importante en la mejora de dicha seguridad.

¿Cómo se mide la cultura de seguridad? Herramientas disponibles.

Resumen:

En las organizaciones sanitarias han sido considerados de gran importancia la seguridad del paciente 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 Atención Primaria, se hallaron dos revisiones sistemáticas sobre los instrumentos disponibles y sus resultados.

En la primera, realizada por Colla JB4 y col. en 2005, se analizan los instrumentos disponibles hasta el momento para medir cultura de seguridad del paciente en las organizaciones sanitarias y encuentran nueve cuestionarios diferentes. Todos ellos son capaces de discriminar sobre las siguientes dimensiones que son importantes en seguridad del paciente: liderazgo, política y procedimientos, personal, comunicación y notificación de incidentes. Las diferencias más relevantes entre ellos se refieren al número de dimensiones que cada uno estudia y al rigor con el que se han evaluado sus características psicométricas.

Otros datos sobre la utilidad de los instrumentos aparecen en la revisión de Flin R5, realizada en 2006, con los resultados de 12 estudios sobre clima y cultura de seguridad. En ella- se concluye que hay, al menos, 3 dimensiones clave de la industria que se miden como componentes de la seguridad en las organizaciones sanitarias: la responsabilidad de los gestores, los sistemas de seguridad y la carga de trabajo, encontrando en ello argumentos para la definición de variables clave que midan la seguridad en diferentes sectores laborales. Tres de los estudios, que incluían medidas de resultado independientes, encontraron asociación entre la valoración del clima de seguridad y dichos resultados. Varios de los instrumentos utilizados en estos estudios presentaban limitaciones en la evaluación de las propiedades psicométricas, por lo que los autores recomiendan en las conclusiones que se preste la debida consideración a estos aspectos métricos.

En ambas revisiones destacan dos cuestionarios como los mejor cualificados para medir la cultura de seguridad: Safety Attitudes Questionary (SAQ)⁶ y Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)⁷

El cuestionario (SAQ), de origen estadounidense, deriva de un cuestionario ampliamente utilizado en la aviación comercial. 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 ambulatorio⁸. El cuestionario original consta de 60 ítems y mide seis dimensiones de seguridad. Las distintas versiones reducen el número de dimensiones y de ítems. No se han encontrado estudios de su aplicación en España.

En 2004 la Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ puso a disposición de la comunidad sanitaria el cuestionario (HSOPSC). Presenta un riguroso desarrollo psicométrico en cuanto a su construcción y a su validación, tiene una estructura de 42

preguntas agrupadas en 12 dimensiones. Además de su extensa aplicación anual en cientos de hospitales de EEUU, ha sido adaptado en distintos países europeos y la propia AHRQ dispone de una versión para los americanos de habla hispana. En España la Agencia de Calidad financió su aplicación dentro del citado estudio de Indicadores de Buena Práctica 9 pero además es frecuentemente utilizado por los hospitales. Esta difusión ha sido fruto del enfoque de la AHRQ de diseminar ampliamente su producción en temas de calidad y por ende, los de seguridad de los pacientes. 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. La necesidad de información en otros ámbitos ha contribuido a su aplicación en Atención Primaria en España¹⁰ y en otros países¹¹.

Sin embargo, en el ámbito de la Atención Primaria de nuestro país, se referencia más frecuentemente el Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) ¹² , ¹³ , debido probablemente a la similitud de nuestro modelo sanitario con el National Health Service británico. Este cuestionario contempla 9 dimensiones críticas de seguridad del paciente 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. 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 y su metodología cualitativa lo hace adecuado para la identificación de mejoras dentro de cada grupo.

Cuestionario Medical Office Survey on Patient Safety.

Resumen:

Dado el interés que el HSOPSC había despertado en las diferentes organizaciones, la AHRQ ha presentado en marzo de 2009, una versión del mismo dirigida a los centros de Atención Primaria: Medical Office Survey On Patient Safety Culture (MOSPS)¹⁴ , 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 seguridad del paciente, facilita el trabajo en equipo, la discusión abierta sobre los errores y crea un clima de aprendizaje y mejora continuos. El cuestionario MOSPS 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 la comparación interna y externa.

La atención sanitaria en el nivel primario se diferencia de la atención hospitalaria por tener un carácter ambulatorio, trabajar en equipos multidisciplinares y atender 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 seguridad del paciente aplicables a la atención ambulatoria, se ha seleccionado el "Medical Office Survey on Patient Safety"¹⁵ por los siguientes motivos:

- Está orientado a identificar la cultura de la seguridad del paciente en un entorno de trabajo en equipo.
- Está diseñado para recoger la opinión tanto de profesionales sanitarios como no sanitarios.

- Contiene las dimensiones más importantes que conforman el constructo de la cultura de seguridad del paciente en una organización sanitaria de carácter ambulatorio junto con aspectos importantes de calidad asistencial.

Este cuestionario recoge las características del trabajo en Atención Primaria, y presenta un desarrollo psicométrico riguroso y ha tenido una extensa aplicación inicial. Por todo ello el Grupo de Trabajo de Seguridad del Paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC), gracias a un acuerdo de colaboración con el Ministerio de Sanidad y Política Social, lo ha seleccionado y lo ha traducido, adaptado culturalmente y adaptado de forma que pueda ser aplicado en las organizaciones, centros de salud y consultas del Sistema Nacional de Salud.

Descripción del cuestionario adaptado.

Resumen:

El cuestionario MOSPS traducido y adaptado a nuestro entorno cultural, pide opinión al encuestado acerca de la cultura de la seguridad del paciente y calidad de los servicios sanitarios en las consultas de atención ambulatoria a través de un total de 67 preguntas agrupadas en 9 secciones (de la A a la I).

Las respuestas del cuestionario están diseñadas para ser contestadas en forma de escala (escala tipo Likert), excepto las respuestas categóricas y de clasificación de los profesionales encuestados.

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

- A. Aspectos relacionados con la seguridad del paciente 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 al 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: 3 preguntas (H1 a H3).
- I. Comentarios libres del encuestado: 1 pregunta (I1).

Dimensiones que contiene sobre cultura de seguridad.

Las 12 dimensiones y las preguntas que las recogen en el cuestionario son:

Dimensión 1: Listado de aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente 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 al liderazgo del equipo en seguridad del paciente: E1, E2, E3, E4.

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

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

Se recogen también dos preguntas de valoración global de la seguridad del paciente 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 seguridad del paciente: G2.

El cuestionario recoge además en la sección H preguntas sobre las características de los profesionales como son la edad y el sexo, así como otras variables en relación al trabajo que desempeñan en el centro de salud::

- Categoría profesional.
- Tiempo que llevan trabajando en dicho centro.
- Número de horas por semana que trabajan en el lugar en el que cumplimentan la encuesta.
- Número de tarjetas adscritas
- Realización o no de guardias
- Situación laboral

ANEXOS.

Anexo I . Presentación en power point.

Anexo II. Cuestionario MOSPS Cadaptado.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Borrell-Carrió F, Páez Regadera C, Suñol Sala R, Orrego Villagan C, Gil Terrón N, Martí Nogués M. Error Clínico y efectos adversos: Percepción de los médicos de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2006 Jun 15;38(1):25-32.
- 2 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.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/resumenEstudioApeas2008.htm> (consultada 10/12/2009)
- 3 Nieva V.F., Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care* 2003;12(suppl II):ii17-ii23.
- 4 Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care* 2005;14:364-366
- 5 Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care* 2006;15:109-115
- 6 Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, et al. The safety attitudes questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res*, 2006;6:44.
- 7 HOSPITAL SURVEY ON PATIENTS SAFETY CULTURE (HSOPSC). Disponible en: <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/> (consultada 10/12/2009)
- 8 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
- 9 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 (consultada 10/12/2009)
- 10 Silvestre C, Gost J, Lameiro F, Layana E, Abad J. Cultura de seguridad en Atención Primaria. CD-Rom de ponencias de la 1ª Jornada para la Mejora de la Seguridad del Paciente en Atención Primaria; 2008 Jun 13: San Sebastián. ISBN: 978-84-691-5215-7. Disponible en: <http://seguridadpaciente.com/Jornadas08/carpetas%20pdf/MESA%201/CULTURA%20DE%20SEGURIDAD.pdf> (consultada 10/12/2009)
- 11 Bodur S, Filiz E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *International Journal for Quality in Health Care* 2009; Volume 21, Number 5: pp. 348–355
- 12 Kirk S, Parker D, Claridge T, Esmail A, Marshall M. Patient safety culture in primary care: developing theoretical framework for practical use. *Qual. Saf. Health Care* 2007;16:313-320
- 13 Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) Facilitator Guidance. Disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59796> (consultada 10/12/2009)
- 14 Medical Office Survey on Patient Safety Culture. Medical Office Survey Toolkit. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/mosurvindex.htm> (consultada 10/12/2009)
- 15 Medical Office Survey on Patient Safety Culture. Medical Office Survey Toolkit. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/mosurvindex.htm> (consultada 10/12/2009).

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Evaluación de la cultura de seguridad en los centros de salud del sistema nacional español.



ERRARE HUMANUM EST.



Seguridad clínica. Definición

Es la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a los cuidados de salud a un mínimo aceptable.

OMS. 2009



Calidad asistencial Seis dimensiones

- **Segura:** Evita daños a los pacientes.
- **Diligente:** Minimiza retrasos y esperas.
- **Eficaz:** Basada en la evidencia científica.
- **Eficiente:** Evita derroches.
- **Igualitaria:** No discriminatoria.
- **Centrada en el paciente:** Responde a sus necesidades.

IOM report "Crossing the quality chasm". 2001



¿Qué es seguridad clínica, seguridad del paciente....?

Seguridad clínica. Definición

Ausencia de lesiones accidentales durante la asistencia; el conjunto de actividades que evitan, previenen o corrigen los sucesos adversos que se pueden derivar de la asistencia.

Institute of Medicine, 1999



Seguridad del Paciente

La seguridad es una dimensión esencial de la calidad asistencial y sin ella aumenta la probabilidad de que otras dimensiones como la efectividad o la satisfacción de los pacientes se vean afectadas negativamente.



SIN SEGURIDAD



CALIDAD

Hace 25 siglos ya preocupaba.



Hoy en día....

- Las intervenciones en atención de salud se realizan para beneficiar a los pacientes pero también pueden causar daño
- La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas resultan en un porcentaje elevado en efectos adversos para el paciente

"Es el precio a pagar por los modernos métodos"
Barr

"Enfermedades del progreso de la medicina"
Mosser



Epidemiología del riesgo y estudios sobre seguridad



¿Existen riesgos en la práctica asistencial?

- Muertes líneas aéreas < 3 muertes por millón de viajeros.
- Pérdidas de equipajes 6.000 por millón de viajeros.
- Errores en el diagnóstico en urgencias de la isquemia cardiaca aguda 45.000 por millón.

Pope et al. NEJM 342. April 20, 2000.



¿Hay riesgo en la práctica asistencial?

- "En Estados Unidos se pierden cada año más vidas por problemas de seguridad, relacionados con la asistencia sanitaria, que en toda la guerra de Vietnam"
- "La vidas perdidas durante un año por problemas relacionados con la asistencia sanitaria (no por la enfermedad en si) son similares a las muertes de todos los pasajeros de tres jumbos que se estrellaran en días alternos durante cinco años"
- Aunque el riesgo de morir como resultado de un error del sistema sanitario sobrepasa con creces el riesgo de morir en un accidente aéreo, existe mucha mayor atención del público en mejorar la seguridad aérea que la de la atención en salud.



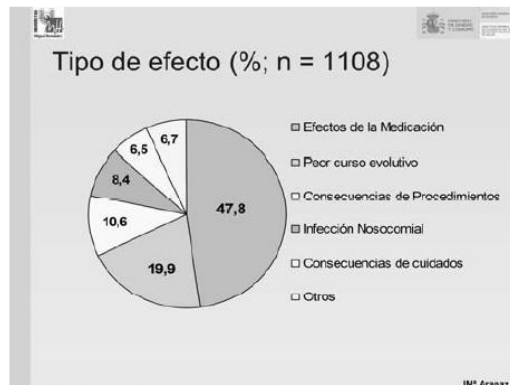
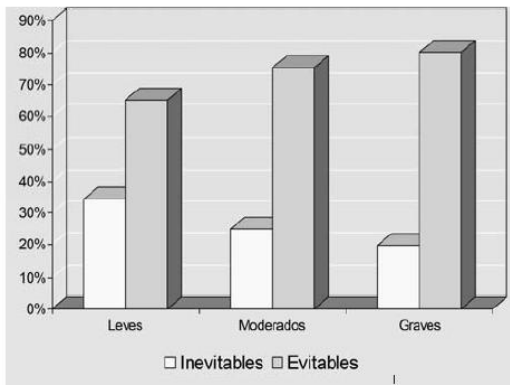
¿DE QUE PARTIMOS?

- 1991: EEUU, Harvard Medical Practice Study:
 - 30.195 pacientes.
 - El 3,7% de los pacientes hospitalizados habían sufrido efectos adversos derivados de las actuaciones sanitarias.
 - Porcentaje de efectos adversos causado por la medicación: 19,4% (45% prevenibles).
- 1995, EEUU: ADE Prevention Study.
 - El 6,5% pacientes hospitalizados habían sufrido un efecto adverso por medicamentos.
 - Un 28% eran consecuencia errores de medicación.
- 1999: Institute of Medicine (IOM). To err is human. Building a safer health system.
 - Los errores asistenciales ocasionan entre 44.000 y 98.000 muertes al año.
 - 7.000 muertes al año ocurren por errores de medicación



¿Y Aquí?. En España

NATURALEZA DEL PROBLEMA	Totales (%)	Evitables (%)
Relacionados con un procedimiento	25,0	31,7
Relacionados infección nosocomial	25,3	56,6
Relacionados con la medicación	37,4	34,8
Relacionado con los cuidados	7,6	56,0
Relacionados con el diagnóstico	2,7	84,2
Otros	1,8	33,4
Total	655 (100%)	278 (42,6%)



¿De qué hablamos? ¿Cómo podemos hacer daño en Atención Primaria?

Úlceras de decúbito

Prescripciones incorrectas: alergias, interacciones, dosis incorrectas...

Sucesos centinela: inadecuada atención en la urgencia del centro de salud

Complicaciones por un error diagnóstico.

Radiografía a una embarazada

Confusión de la identificación del paciente

Errores y retrasos diagnósticos

Derivaciones no apropiadas

Incidentes: coger vacuna errónea...

Confusión de historiales: nombre equivocado

Sobreutilización terapéutica: paciente persiste con muchos fármacos

Fallecimientos



¿Qué datos tenemos en atención primaria?



ATENCIÓN PRIMARIA

Tasas de error en A.P. varían desde 5 hasta 80 por cada 100.000 visitas. De ellos, entre el 60 y el 83% pueden ser considerados prevenibles

En España:

- Borrell i Carrió: 10,6 eventos adversos/profesional y año.
- Aibar et al: 8,8 eventos adversos/profesional y año.



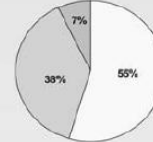
ESTUDIO APEAS



Prevalencia

	PREVALENCIA	IC 95%
Sucesos Adversos / Paciente	17,93 ‰	17,09‰ - 18,77‰
Incidentes / Paciente	7,82‰	7,26‰ - 8,38‰
Efectos adversos / Paciente	10,11‰	9,48‰ - 10,74‰
Efectos adversos / Consulta	11,18‰	10,52‰ - 11,85‰

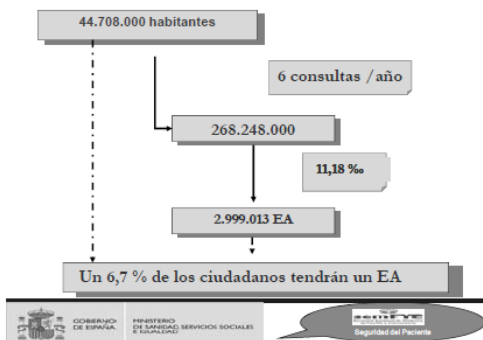
Un 6,7% de los pacientes acumuló más de un EA.



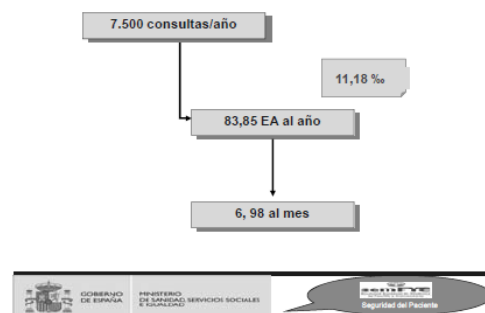
Legend:
 Más de uno
 Moderado
 Grave

JMª Aranzó

Impacto en la población



Impacto en el profesional



La Seguridad del paciente imprescindible en la agenda política mundial.

- Primeros estudios en 1.950.
- Informe del Institute of Medicine (IOM), 1.999. Dimensión Mundial.



- OMS en 55 Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra 2.002, aprueba la resolución WHA55.18.
- En la Asamblea Mundial del 2.004 se acuerda organizar la "Alianza Internacional para la Seguridad de los Pacientes" (puesta en marcha el 27 de Octubre de ese año).



- La Comisión Europea (bajo la presidencia Luxemburguesa): "Patient security: making it happen", el 5 de Abril del 2.005.
- El Consejo de Europa "Declaración de Varsovia sobre Seguridad de los Pacientes", 13 de Abril del 2.005.



CULTURA DE SEGURIDAD

Una cultura de seguridad es aquella en la que las organizaciones, prácticas, equipos y personas tienen una conciencia constante y activa del potencial de las cosas que pueden fallar. Tanto las personas como la organización son capaces de reconocer errores, aprender de ellos, y actuar para su rectificación.

BENEFICIOS DE ESTA CULTURA

- Una reducción potencial en la recurrencia y la gravedad de incidentes de seguridad del paciente, a través del aumento de notificación y aprendizaje organizativo.
- Una reducción del daño físico y psicológico que los pacientes puedan sufrir debido a que las personas sean más conscientes de conceptos de seguridad del paciente, trabajando para prevenir errores y hablando abiertamente cuando las cosas fallan.
- Un menor número de personal sufriendo angustia, sentimiento de culpa, preocupación, vergüenza, pérdida de confianza y de moral, debido al menor número de incidentes.
- Una reducción de costes, provocada por tratamiento y terapia extra.
- Mejora en la gestión de recursos con una evaluación eficaz del riesgo y cambio de prácticas como consecuencia de incidentes.
- Una reducción en los amplios costes financieros y sociales provocados por incidentes de seguridad del paciente, incluyendo pérdida de tiempo laboral y prestaciones por invalidez.



CULTURA DE SEGURIDAD

- ❖ Prevenir, identificar y mitigar son claves de esta cultura
- ❖ Enfoque equilibrado
- ❖ No es fácil cambiar valores, creencias o actitudes
- ❖ Lo primero, medir para comprobar el punto de partida

Herramientas para medir cultura de seguridad en atención primaria.



JUSTIFICACIÓN

- ❖ Contiene las dimensiones más importantes que conforman el constructo de la cultura de seguridad.
- ❖ Recoge características del trabajo en atención primaria.
- ❖ Orientado a identificar cultura de seguridad del paciente en un entorno de trabajo en equipo.
- ❖ Diseñado para recoger la opinión de profesionales sanitarios y no sanitarios.



JUSTIFICACIÓN


- ❖ Desarrollo psicométrico muy riguroso.
- ❖ Ha tenido una extensa aplicación.
- ❖ Facilita herramienta de análisis.
- ❖ Permite comparaciones internacionales.

Cuestionario MOSPS Adaptado: 67 preguntas, 9 secciones.

Respuestas escala tipo Likert

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Deficiente	Deficiente	Suficiente	Bastante	Muy buena	Muy buena	Muy buena	Muy buena	Muy buena	Muy buena
Muy deficiente	Deficiente	Suficiente	Bastante	Muy buena	Muy buena	Muy buena	Muy buena	Muy buena	Muy buena
Muy deficiente	Deficiente	Suficiente	Bastante	Muy buena	Muy buena	Muy buena	Muy buena	Muy buena	Muy buena
Muy deficiente	Deficiente	Suficiente	Bastante	Muy buena	Muy buena	Muy buena	Muy buena	Muy buena	Muy buena
Muy deficiente	Deficiente	Suficiente	Bastante	Muy buena	Muy buena	Muy buena	Muy buena	Muy buena	Muy buena





Sección A: Aspectos relacionados con la seguridad y la calidad (9 preguntas).

Sección B: Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (5 preguntas).

Sección C: Trabajando en el Centro de salud (19 preguntas).

Sección D: Comunicación y seguimiento (14 preguntas).

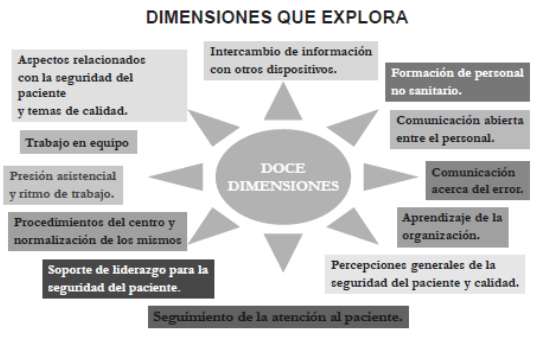
Sección E: Apoyo al liderazgo (4 preguntas).

Sección F: En el centro de trabajo (7 preguntas).

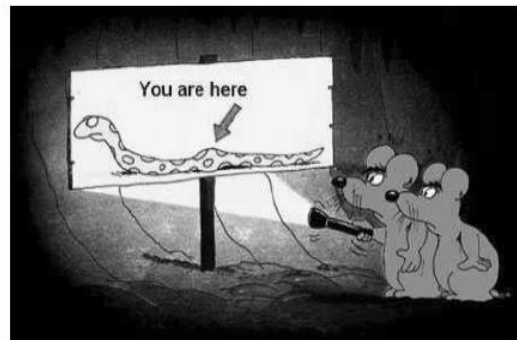
Sección G: Puntuaciones globales en seguridad y calidad (8 preguntas).

Sección H: Sobre su trabajo en el Centro de salud (3 preguntas).

Sección I: Comentarios libres del encuestado (1 pregunta)



**En la seguridad clínica del paciente...
¿Dónde estaremos nosotros?**



Anexo 4. Centros de Atención Primaria participantes por Comunidad Autónoma

Comunidad Autónoma	Centro de Salud
Andalucía	Alfacar
Andalucía	Almanjayar
Andalucía	Atarfe
Andalucía	Barbate
Andalucía	Benahadux
Andalucía	Benamargosa
Andalucía	Cádiar
Andalucía	Durcal
Andalucía	Fuentezuelas
Andalucía	Gran Capitán
Andalucía	Huércal - Overa
Andalucía	Huerta de la Reina
Andalucía	La Caleta
Andalucía	La Cañada
Andalucía	La Palma del Condado
Andalucía	Las Palmeritas
Andalucía	Linares a 'Virgen de Linarejos'
Andalucía	Luis Taracido
Andalucía	Madre de Dios
Andalucía	María Fuensanta Pérez Quirós
Andalucía	Mollina
Andalucía	Montoro
Andalucía	Montoro
Andalucía	Roquetas
Andalucía	San Juan del Puerto
Andalucía	Sanlúcar - Barrio Bajo
Andalucía	Santa María del Águila
Andalucía	Torre del Mar
Andalucía	Trinidad 'Jesús Cautivo'
Andalucía	Virgen de África
Aragón	Actur Sur
Aragón	Albarracin
Aragón	Alta Ribagorza
Aragón	Arrabal
Aragón	Barbastro
Aragón	Caspe
Aragón	Daroca
Aragón	Grañen
Aragón	Miralbueno Garrapinillos
Aragón	San Pablo
Aragón	Teruel Urbano

Aragón	Torrero - La Paz
Canarias	Arico
Canarias	Firgas
Canarias	La Cuesta
Canarias	La Guancha
Canarias	San Gregorio
Canarias	San Juan
Canarias	San Roque
Canarias	Tias
Cantabria	Altamira
Cantabria	Bajo Ason
Cantabria	Gama
Cantabria	Ontaneda
Cantabria	Polanco
Cantabria	Puerto Chico
Cantabria	Saja
Cantabria	Santoña
Castilla - La Mancha	Abenójar
Castilla - La Mancha	Alcolea
Castilla - La Mancha	Camarena
Castilla - La Mancha	Caudete
Castilla - La Mancha	El Bonillo
Castilla - La Mancha	Guadalajara 4 - Cervantes
Castilla - La Mancha	La Estacion
Castilla - La Mancha	Munera
Castilla - La Mancha	Puertollano II
Castilla - La Mancha	San Lorenzo de la Parrilla
Castilla - La Mancha	Sigüenza
Castilla - La Mancha	Sisante
Castilla - La Mancha	Tembleque
Castilla - La Mancha	Tomelloso 1
Castilla - La Mancha	Valdepeñas 2
Castilla - La Mancha	Valverde del Júcar
Castilla - La Mancha	Zona III - Villacerrada
Castilla y León	Alaejos
Castilla y León	Arévalo
Castilla y León	Benavides de Orbigo
Castilla y León	Crucero - León IV
Castilla y León	Eras del Bosque
Castilla y León	Gómara
Castilla y León	Lerma
Castilla y León	Miranda Este
Castilla y León	Parada del Molino
Castilla y León	Ponferrada III
Castilla y León	Portillo
Castilla y León	Robleda
Castilla y León	Sacramenia
Castilla y León	San Andrés del Rabanedo
Castilla y León	San Juan
Castilla y León	Segovia Rural

Castilla y León	Soria Norte
Castilla y León	Valladolid Rural II
Castilla y León	Valle de Tobalina
Castilla y León	Villarcayo
Cataluña	Alt Camp
Cataluña	Amposta
Cataluña	Angles
Cataluña	Arbúcies
Cataluña	Breda Hostalric
Cataluña	Canaletes
Cataluña	Cassa De La Selva
Cataluña	Florida
Cataluña	Gandesa
Cataluña	Jaume I
Cataluña	La Granadella
Cataluña	La Serra
Cataluña	Les Franqueses del Vallès
Cataluña	Lluís Millet
Cataluña	Piera
Cataluña	Pobla de Segur
Cataluña	Rambla de Ferran
Cataluña	Ronda 2
Cataluña	Roquetes
Cataluña	Salt
Cataluña	Sant Miquel
Cataluña	Sant Pere de Vilamajor
Cataluña	Sentmenat
Cataluña	Tremp
Cataluña	Vilanova del Vallès
Comunidad de Madrid	Alicante
Comunidad de Madrid	Andrés Mellado
Comunidad de Madrid	Barrio del Pilar
Comunidad de Madrid	Buenos Aires
Comunidad de Madrid	Cuzco
Comunidad de Madrid	Dr Tamames
Comunidad de Madrid	El Greco
Comunidad de Madrid	Francia
Comunidad de Madrid	Jaime Vera
Comunidad de Madrid	José María Llanos
Comunidad de Madrid	Leganés Norte
Comunidad de Madrid	Los Alpes
Comunidad de Madrid	Mar Baltico
Comunidad de Madrid	Meco
Comunidad de Madrid	Pacífico
Comunidad de Madrid	Pinto
Comunidad de Madrid	Prosperidad
Comunidad de Madrid	Rafael Alberti
Comunidad de Madrid	San Fermín
Comunidad de Madrid	Valle de la Oliva
Comunidad de Madrid	Vicente Soldevilla

Comunidad Valenciana	Alaquàs
Comunidad Valenciana	Alcàsser
Comunidad Valenciana	Aldaia
Comunidad Valenciana	Alicante - Ciudad Jardín
Comunidad Valenciana	Benimaclet
Comunidad Valenciana	Ibi li
Comunidad Valenciana	Massanassa
Comunidad Valenciana	Orihuela II – Dr. Álvarez De La Riva
Comunidad Valenciana	Picanya
Comunidad Valenciana	Rafelbuñol
Comunidad Valenciana	Silla
Comunidad Valenciana	Titaguas
Comunidad Valenciana	Villanueva de Castellón
Comunidad Valenciana	Viver
Extremadura	Aldeanueva del Camino
Extremadura	Cáceres - Plaza de Toros
Extremadura	Casas Ddel Castañar
Extremadura	Hoyos
Extremadura	Jaraíz de la Vera
Extremadura	Navalvillar de Pela
Extremadura	Santa Amalia
Extremadura	Villar del Pedroso
Islas Baleares	Coll d'en Rebassa
Islas Baleares	Dalt San Joan (Maó)
Islas Baleares	Escola Graduada
Islas Baleares	Ferrerries
Islas Baleares	Muntanya
Islas Baleares	Pollença
Islas Baleares	Sant Agusti-Cas Català
Islas Baleares	Santa Catalina
Islas Baleares	Serra Nord (Sóller)
Islas Baleares	Ses Roques Llises (Villafranca)
La Rioja	Arnedo
La Rioja	Cascajos
La Rioja	Cervera
La Rioja	Labradores
La Rioja	Najera
La Rioja	Navarrete
La Rioja	Rodríguez Paterna
La Rioja	Siete Infantes De Lara
La Rioja	Villanueva de Cameros
Navarra	Barañain I
Navarra	Chantrea
Navarra	Elizondo
Navarra	Estella (Virgen Del Puy)
Navarra	Larraga
Navarra	Olite
Navarra	San Adrián
Navarra	San Jorge
Navarra	San Juan

Navarra	Sangüesa/Zangoza
País Vasco	Amara Centro
País Vasco	Ambulatorio Azpeitia
País Vasco	Ambulatorio Bomberoetxaniz
País Vasco	Ambulatorio Dr. Areilza
País Vasco	Ambulatorio Ortuella
País Vasco	Amurrio
País Vasco	Casco Viejo
País Vasco	Hernani
País Vasco	Lakua-Arriaga
País Vasco	Lakuabizcarra
País Vasco	Lapeña
País Vasco	San Martin
País Vasco	Zalla
Región de Murcia	Abarán
Región de Murcia	Beniajan
Región de Murcia	Ceutí
Región de Murcia	Espinardo
Región de Murcia	Mariano Yago
Región de Murcia	Santa Lucia
Región de Murcia	Santomera
Región de Murcia	Torre Pacheco Oeste
Región de Murcia	Vista Alegre
Región de Murcia	Vistabella

Anexo 5. Distribución de resultados de las respuestas según las diferentes secciones

Sección A: Listado de aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad

	Diariamente (1)	Semanalmente (1)	Mensualmente (1)	Varias veces año (1)	Una o dos veces año (1)	Ninguna vez año (1)	Total válidos (2)	No lo sé / No procede (2)	No respuesta (2)
1. El paciente no consiguió una cita en las siguientes 48hs por un problema de salud agudo.	176 (4,8%)	278 (7,5%)	188 (5,1%)	374 (10,1%)	552 (15,0%)	2124 (57,5%)	3692 (85,1%)	594 (13,7%)	51 (1,2%)
2. Se utilizó la historia clínica de otro paciente.	21 (0,6%)	15 (0,4%)	46 (1,4%)	213 (6,2%)	970 (28,3%)	2159 (63,1%)	3424 (78,9%)	888 (20,5%)	25 (0,6%)
3. La historia clínica del paciente no estaba disponible cuando se precisó.	28 (0,8%)	42 (1,2%)	126 (3,5%)	484 (13,3%)	846 (23,3%)	2098 (57,9%)	3624 (83,6%)	675 (15,6%)	38 (0,9%)
4. La información clínica se archivó en la historia clínica de otro paciente.	34 (1,0%)	11 (0,3%)	35 (1,0%)	170 (5,1%)	891 (26,7%)	2192 (65,8%)	3333 (76,9%)	953 (22,0%)	51 (1,2%)
5. El equipamiento médico no funcionó adecuadamente, precisaba reparación o sustitución.	69 (1,9%)	88 (2,5%)	214 (6,0%)	1001 (27,9%)	1365 (38,1%)	850 (23,7%)	3587 (82,7%)	689 (15,9%)	61 (1,4%)
6. Una oficina de farmacia contactó con el centro o la consulta para clarificar o corregir una prescripción.	45 (1,4%)	132 (4,0%)	271 (8,3%)	783 (23,9%)	1110 (33,9%)	939 (28,6%)	3280 (75,6%)	1009 (23,3%)	48 (1,1%)
7. La lista de medicación del paciente no se supervisó durante la consulta.	77 (2,6%)	78 (2,6%)	185 (6,2%)	598 (20,2%)	731 (24,6%)	1298 (43,8%)	2967 (68,4%)	1291 (29,8%)	79 (1,8%)
8. Los resultados de algunas	46	201	406	1266	1034	481	3434	842	61

pruebas de laboratorio o de imagen no estaban disponibles cuando se precisaron.	(1,3%)	(5,8%)	(11,8%)	(36,9%)	(30,1%)	(14,0%)	(79,2%)	(19,4%)	(1,4%)
9. Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día.	28	56	114	328	673	1536	2735	1512	90
	(1,0%)	(2,1%)	(4,2%)	(12,0%)	(24,6%)	(56,1%)	(63,1%)	(34,9%)	(2,1%)

(N=4337)

Sección B: Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (N=4337).

	Diariamente (1)	Semanalmente (1)	Mensualmente (1)	Varias veces año (1)	Una o dos veces año (1)	Ninguna vez año (1)	Total válidos (2)	No lo sé / No procede (2)	No respuesta (2)
1. Problemas con servicios externos de pruebas complementarias (laboratorio, diagnóstico por imagen...).	80 (2,3%)	188 (5,4%)	342 (9,9%)	871 (25,2%)	993 (28,7%)	982 (28,4%)	3456 (79,7%)	808 (18,7%)	73 (1,7%)
2. Problemas con otras consultas médicas fuera del centro.	111 (3,4%)	202 (6,3%)	312 (9,7%)	856 (26,7%)	762 (23,7%)	968 (30,1%)	3211 (74,0%)	1043 (24,1%)	83 (1,9%)
3. Problemas con oficinas de farmacia.	44 (1,5%)	90 (3,0%)	176 (5,9%)	514 (17,4%)	722 (24,4%)	1413 (47,8%)	2959 (68,2%)	1301 (30,0%)	77 (1,8%)
4. Problemas con hospitales.	94 (2,9%)	179 (5,5%)	280 (8,5%)	790 (24,1%)	787 (24,0%)	1148 (35,0%)	3278 (75,6%)	961 (22,2%)	98 (2,3%)

(1) Porcentaje sobre las respuestas válidas. (2) Porcentaje sobre el total de respuestas.

Sección C: Trabajando en el centro de salud (n=4337).

	Muy en desacuerdo (1)	En desacuerdo (1)	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo (1)	De acuerdo (1)	Muy de acuerdo (1)	Total válidos (2)	No lo sé / No procede (2)	No respuesta (2)
1. Cuando alguien tiene excesivo trabajo los compañeros le ayudan.	148 (3,6%)	485 (11,7%)	749 (18,1%)	1767 (42,8%)	981 (23,8%)	4130 (95,2%)	107 (2,5%)	100 (2,3%)
2. En este centro hay un buen ambiente de trabajo entre los componentes del equipo.	77 (1,8%)	272 (6,4%)	610 (14,4%)	1906 (45,0%)	1368 (32,3%)	4233 (97,6%)	30 (0,7%)	74 (1,7%)
3. En este centro, sentimos que atendemos con prisas a los pacientes.	343 (8,2%)	1299 (31,2%)	840 (20,2%)	1055 (25,3%)	627 (15,1%)	4164 (96,0%)	78 (1,8%)	95 (2,2%)
4. Este centro forma a su personal no sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.	160 (4,8%)	501 (15,2%)	704 (21,3%)	1445 (43,7%)	493 (14,9%)	3303 (76,2%)	917 (21,1%)	117 (2,7%)
5. En este centro, nos tratamos mutuamente con respeto.	52 (1,2%)	163 (3,9%)	336 (7,9%)	2023 (47,9%)	1653 (39,1%)	4227 (97,5%)	24 (0,6%)	86 (2,0%)
6. Tenemos demasiados pacientes asignados para el número de profesionales sanitarios que tiene el centro.	142 (3,7%)	571 (14,9%)	951 (24,7%)	1114 (29,0%)	1066 (27,7%)	3844 (88,6%)	388 (8,9%)	105 (2,4%)
7. En este centro se asegura que el personal no sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.	138 (4,1%)	553 (16,4%)	775 (23,0%)	1442 (42,8%)	465 (13,8%)	3373 (77,8%)	871 (20,1%)	93 (2,1%)
8. Este centro está más desorganizado de lo que debiera.	592 (14,3%)	1938 (46,7%)	805 (21,9%)	612 (14,7%)	203 (4,9%)	4150 (95,7%)	87 (2,0%)	100 (2,3%)
9. Tenemos procedimientos adecuados para evaluar que el trabajo en el centro se ha realizado correctamente.	161 (4,3%)	699 (18,6%)	1001 (26,7%)	1556 (41,5%)	334 (8,9%)	3751 (86,5%)	477 (11,0%)	109 (2,5%)
10. Al personal no sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.	499 (14,3%)	1554 (44,5%)	659 (18,9%)	581 (16,6%)	197 (5,6%)	3490 (80,5%)	756 (17,4%)	91 (2,1%)
11. Tenemos suficiente personal no sanitario para manejar la carga de trabajo de los pacientes.	381 (10,1%)	1045 (27,6%)	760 (20,1%)	1214 (32,1%)	386 (10,2%)	3786 (87,3%)	465 (10,7%)	86 (2,0%)
12. En este centro tenemos problemas con la organización y distribución del trabajo.	366 (8,9%)	1762 (42,9%)	890 (21,6%)	835 (20,3%)	259 (6,3%)	4112 (94,8%)	134 (3,1%)	91 (2,1%)
13. Este centro promueve el trabajo en equipo para el cuidado de los pacientes.	110 (2,7%)	496 (12,1%)	768 (18,8%)	1973 (48,2%)	743 (18,2%)	4090 (94,3%)	158 (3,6%)	89 (2,1%)
14. Este centro tiene demasiados pacientes	171	930	919	1312	663	3995	240	102

para hacer frente a todo de forma eficiente.	(4,3%)	(23,3%)	(23,0%)	(32,8%)	(16,6%)	(92,1%)	(5,5%)	(2,4%)
15. El personal no sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.	85	298	612	1977	627	3599	648	90
	(2,4%)	(8,3%)	(17,0%)	(54,9%)	(17,4%)	(83,0%)	(14,9%)	(2,1%)
16. Este centro forma a su personal sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.	120	486	722	1973	521	3822	416	99
	(3,1%)	(12,7%)	(18,9%)	(51,6%)	(13,6%)	(88,1%)	(9,6%)	(2,3%)
17. En este centro se asegura que el personal sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.	140	527	773	1845	553	3838	399	100
	(3,6%)	(13,7%)	(20,1%)	(48,1%)	(14,4%)	(88,5%)	(9,2%)	(2,3%)
18. Al personal sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.	328	1611	811	725	230	3705	541	91
	(8,9%)	(43,5%)	(21,9%)	(19,6%)	(6,2%)	(85,4%)	(12,5%)	(2,1%)
19. El personal sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.	33	156	545	2421	667	3822	410	105
	(0,9%)	(4,1%)	(14,3%)	(63,3%)	(17,5%)	(88,1%)	(9,5%)	(2,4%)

(1) Porcentaje sobre las respuestas válidas. (2) Porcentaje sobre el total de respuestas.

Sección D: Comunicación y seguimiento (n=4337).

	Nunca (1)	Rara vez (1)	A veces (1)	La mayoría de las veces (1)	Siempre (1)	Total válidos (2)	No lo sé / No procede (2)	No respuesta (2)
1. Los profesionales sanitarios del centro son receptivos a las propuestas de mejora de los no sanitarios.	85 (2,3%)	337 (9,0%)	1182 (31,6%)	1571 (42,0%)	566 (15,1%)	3741 (86,3%)	501 (11,6%)	95 (2,2%)
2. En este centro, se anima al personal no sanitario a expresar puntos de vista alternativos.	90 (2,4%)	395 (10,6%)	1144 (30,7%)	1260 (33,9%)	832 (22,4%)	3721 (85,8%)	516 (11,9%)	100 (2,3%)
3. El centro recuerda a sus pacientes cuándo deben citarse para revisiones o para actividades preventivas.	140 (3,7%)	309 (8,1%)	705 (18,4%)	1546 (40,4%)	1123 (29,4%)	3823 (88,1%)	417 (9,6%)	97 (2,2%)
4. El personal no sanitario teme hacer preguntas cuando algo parece que no está bien.	704 (22,0%)	1308 (40,9%)	869 (27,2%)	231 (7,2%)	85 (2,7%)	3197 (73,7%)	1043 (24,0%)	97 (2,2%)
5. En este centro se registra si nuestros pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento.	35 (1,0%)	146 (4,4%)	537 (16,0%)	1719 (51,3%)	911 (27,2%)	3348 (77,2%)	873 (20,1%)	116 (2,7%)
6. 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.	87 (2,7%)	348 (10,7%)	660 (20,4%)	1413 (43,6%)	732 (22,6%)	3240 (74,7%)	954 (22,0%)	143 (3,3%)
7. El personal no sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.	545 (19,6%)	882 (31,7%)	937 (33,6%)	266 (9,6%)	155 (5,6%)	2785 (64,2%)	1444 (33,3%)	108 (2,5%)
8. Todo el equipo habla abiertamente de los problemas del centro.	110 (2,7%)	424 (10,5%)	1264 (31,4%)	1515 (37,6%)	711 (17,7%)	4024 (92,8%)	176 (4,1%)	137 (3,2%)
9. En este centro se hacen revisiones a los pacientes que precisan un seguimiento.	9 (0,2%)	24 (0,6%)	203 (5,4%)	1785 (47,1%)	1766 (46,6%)	3787 (87,3%)	440 (10,1%)	110 (2,5%)
10. Es difícil expresar libremente cualquier desacuerdo en este centro.	898 (22,1%)	1567 (38,5%)	1160 (28,5%)	307 (7,6%)	134 (3,3%)	4066 (93,8%)	165 (3,8%)	106 (2,4%)
11. En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.	35 (0,9%)	140 (3,4%)	804 (19,6%)	1825 (44,5%)	1294 (31,6%)	4098 (94,5%)	143 (3,3%)	96 (2,2%)
12. El personal no sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	25 (0,8%)	187 (6,0%)	745 (23,8%)	1268 (40,5%)	904 (28,9%)	3129 (72,1%)	1104 (25,5%)	104 (2,4%)
13. El personal sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.	652 (19,5%)	1343 (40,2%)	987 (29,6%)	259 (7,8%)	96 (2,9%)	3337 (76,9%)	892 (20,6%)	108 (2,5%)
14. El personal sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro	16 (0,4%)	126 (3,5%)	774 (21,3%)	1639 (45,1%)	1082 (29,7%)	3637 (83,9%)	585 (13,5%)	115 (2,7%)

(1) Porcentaje sobre las respuestas válidas. (2) Porcentaje sobre el total de respuestas.

Sección E: Apoyo de los líderes (n=3393).

	Muy en desacuerdo (1)	En desacuerdo (1)	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo (1)	De acuerdo (1)	Muy de acuerdo (1)	Total válidos (2)	No lo sé / No procede (2)	No respuesta (2)
1. Los responsables de su centro no están invirtiendo suficientes recursos para mejorar la calidad asistencial en este centro de salud.	418 (14,3%)	1090 (37,4%)	728 (25,0%)	469 (16,1%)	209 (7,2%)	2914 (85,9%)	310 (9,1%)	169 (5,0%)
2. Los responsables de su centro pasan por alto los fallos relacionados con la asistencia que ocurren una y otra vez.	682 (23,0%)	1500 (50,6%)	429 (14,5%)	253 (8,5%)	102 (3,4%)	2966 (87,4%)	188 (5,5%)	239 (7,0%)
3. Los responsables de su centro dan prioridad a los procesos relacionados con la mejora de la atención a los pacientes.	51 (1,8%)	236 (8,1%)	585 (20,2%)	1497 (51,6%)	533 (18,4%)	2902 (85,5%)	250 (7,4%)	241 (7,1%)
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.	303 (10,8%)	1153 (41,1%)	886 (31,6%)	360 (12,8%)	102 (3,6%)	2804 (82,6%)	412 (12,1%)	177 (5,2%)

(1) Porcentaje sobre las respuestas válidas. (2) Porcentaje sobre el total de respuestas.

Sección F: En el centro (n=4337).

	Muy en desacuerdo (1)	En desacuerdo (1)	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo (1)	De acuerdo (1)	Muy de acuerdo (1)	Total válidos (2)	No lo sé / No procede (2)	No respuesta (2)
1. Cuando hay un problema en nuestro centro, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas.	34 (0,8%)	235 (5,9%)	442 (11,0%)	2501 (62,4%)	797 (19,9%)	4009 (92,4%)	110 (2,5%)	218 (5,0%)
2. Los procesos de nuestro centro son buenos para prevenir fallos que pueden afectar a los pacientes.	32 (0,8%)	236 (6,2%)	845 (22,2%)	2229 (58,7%)	458 (12,1%)	3800 (87,6%)	305 (7,0%)	232 (5,3%)
3. En este centro se producen fallos con más frecuencia de lo que debieran.	625 (16,3%)	2225 (58,0%)	642 (16,7%)	272 (7,1%)	69 (1,8%)	3833 (88,4%)	274 (6,3%)	230 (5,3%)
4. Si no cometemos más fallos que afecten a nuestros pacientes, es por casualidad.	1046 (26,8%)	1979 (50,8%)	514 (13,2%)	304 (7,8%)	56 (1,4%)	3899 (89,9%)	206 (4,7%)	232 (5,3%)
5. Este centro modifica sus procesos para garantizar que los mismos problemas no vuelvan a ocurrir.	34 (0,9%)	240 (6,2%)	660 (17,0%)	2353 (60,6%)	594 (15,3%)	3881 (89,5%)	221 (5,1%)	235 (5,4%)
6. En este centro, es más importante realizar más trabajo que la calidad de la atención.	505 (12,7%)	1759 (44,4%)	798 (20,1%)	642 (16,2%)	258 (6,5%)	3962 (91,4%)	152 (3,5%)	223 (5,1%)
7. Después de introducir cambios para mejorar la asistencia, comprobamos si funcionan.	43 (1,1%)	308 (8,1%)	745 (19,7%)	2222 (58,6%)	471 (12,4%)	3789 (87,4%)	322 (7,4%)	226 (5,2%)

(1) Porcentaje sobre las respuestas válidas. (2) Porcentaje sobre el total de respuestas.

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 (1)	Regular (1)	Bueno (1)	Muy bueno (1)	Excelente (1)	Total válidos (2)	No respuesta (2)
Centrado en el paciente	Responde a las preferencias individuales de los pacientes, a sus necesidades y valores.	55 (1,3%)	375 (8,9%)	2240 (52,9%)	1327 (31,3%)	240 (5,7%)	4237 (97,7%)	100 (2,3%)
Efectivo	Se basa en el conocimiento científico.	48 (1,2%)	423 (10,2%)	2208 (53,2%)	1233 (29,7%)	240 (5,8%)	4152 (95,7%)	185 (4,3%)
A tiempo	Minimiza esperas y demoras potencialmente perjudiciales.	101 (2,4%)	661 (15,7%)	1821 (43,2%)	1247 (29,5%)	390 (9,2%)	4220 (97,3%)	117 (2,7%)
Eficiente	Garantiza unos cuidados coste-efectivos (evita el despilfarro, la sobreutilización, o el mal uso de los servicios).	98 (2,3%)	621 (14,7%)	1851 (43,9%)	1271 (30,2%)	374 (8,9%)	4215 (97,2%)	122 (2,8%)
Equitativo	Ofrece la misma calidad asistencial a todos los individuos con independencia de su sexo, raza, etnia, nivel socioeconómico, idioma, etc.	25 (0,6%)	106 (2,5%)	1220 (28,9%)	1600 (37,9%)	1267 (30,0%)	4218 (97,3%)	119 (2,7%)
Puntuación global en seguridad del paciente		Pobre (1)	Regular (1)	Bueno (1)	Muy bueno (1)	Excelente (1)	Total válidos (2)	No respuesta (2)
2. Globalmente, cómo 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:		59 (1,4%)	491 (11,9%)	2140 (51,9%)	1209 (29,3%)	225 (5,5%)	4124 (95,1%)	213 (4,9%)

Sección G: Puntuaciones globales (n=4337)

Anexo 6. Resultados de la herramienta en la encuesta nacional en España 2011

ENCUESTA NACIONAL 2011

1. Aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente y calidad

■ Positivo ■ Neutro ■ Negativo

Acceso a la atención sanitaria

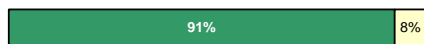
1. El paciente no consiguió una cita para consultar un problema de salud agudo en las siguientes 48 horas. (A1)



12% TASA DE RESPUESTA = 85.31%

Identificación del paciente

2. Se utilizó la historia clínica de otro paciente. (A2)



1% **Área Fuerte** TASA DE RESPUESTA = 79.09%

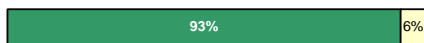
Historias clínicas

3. La historia clínica del paciente no estaba disponible cuando se precisó. (A3)



2% **Área Fuerte** TASA DE RESPUESTA = 83.86%

4. La información clínica se archivó en la historia clínica de otro paciente. (A4)



1% **Área Fuerte** TASA DE RESPUESTA = 76.92%

Equipamiento Médico

5. El equipamiento médico no funcionó adecuadamente, precisaba reparación o sustitución. (A5)



4% TASA DE RESPUESTA = 82.64%

Medicación

6. Una oficina de farmacia contactó con el centro o la consulta para clarificar o corregir una prescripción. (A6)



6% TASA DE RESPUESTA = 75.77%

7. La lista de medicación del paciente no se supervisó durante la consulta. (A7)



5% TASA DE RESPUESTA = 67.93%

Pruebas diagnósticas

8. Los resultados de algunas pruebas de laboratorio o de imagen no estaban disponibles cuando se precisaron. (A8)



7% TASA DE RESPUESTA = 78.60%

9. Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día. (A9)



3% **Área Fuerte** TASA DE RESPUESTA = 62.62%

2. Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales

■ Positivo ■ Neutro ■ Negativo

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas en su centro para intercambiar información precisa, completa, adecuada y oportuna, con:

1. servicios externos de pruebas complementarias (laboratorio, diagnóstico por imagen...)? (B1)



8% TASA DE RESPUESTA = 79.16%

2. otras consultas médicas fuera del centro? (B2)



10% TASA DE RESPUESTA = 73.95%

3. oficinas de farmacia? (B3)



5% TASA DE RESPUESTA = 68.27%

4. Hospitales? (B4)



8% TASA DE RESPUESTA = 75.19%

3. Trabajo en equipo

■ Positivo ■ Neutro ■ Negativo

1. Cuando alguien tiene excesivo trabajo los compañeros le ayudan. (C1)



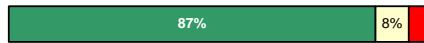
15% TASA DE RESPUESTA = 95.11%

2. En este centro hay un buen ambiente de trabajo entre los componentes del equipo. (C2)



8% **Área Fuerte** TASA DE RESPUESTA = 97.56%

3. En este centro, nos tratamos mutuamente con respeto. (C5)



5% **Área Fuerte** TASA DE RESPUESTA = 97.44%

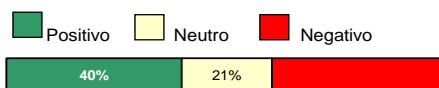
4. Este centro promueve el trabajo en equipo para el cuidado de los pacientes. (C13)



15% TASA DE RESPUESTA = 94.21%

4. Ritmo y carga de trabajo

1. En este centro, sentimos que atendemos con prisas a los pacientes. (C3R)



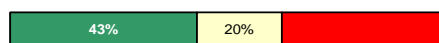
TASA DE RESPUESTA = 95.99%

2. Tenemos demasiados pacientes asignados para el número de profesionales sanitarios que tiene el centro. (C6R)



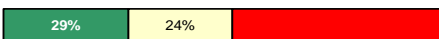
TASA DE RESPUESTA = 88.43% **Potencial de Mejora**

3. Tenemos suficiente personal no sanitario para manejar la carga de trabajo de los pacientes. (C11)



TASA DE RESPUESTA = 86.77%

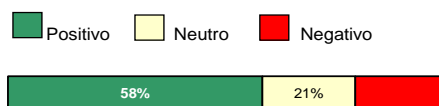
4. Este centro tiene demasiados pacientes para hacer frente a todo de forma eficiente. (C14R)



TASA DE RESPUESTA = 91.72%

5. Formación del Personal no sanitario

1. Este centro forma a su personal no sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.. (C4)



TASA DE RESPUESTA = 76.11%

2. En este centro se asegura que el personal no sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo. (C7)



TASA DE RESPUESTA = 77.40%

3. Al personal no sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado. (C10R)



TASA DE RESPUESTA = 80.22%

5 b. Formación del Personal Sanitario

1. Este centro forma a su personal sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.. (C16)



TASA DE RESPUESTA = 88.06%

2. En este centro se asegura que el personal sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo. (C17)



TASA DE RESPUESTA = 88.15%

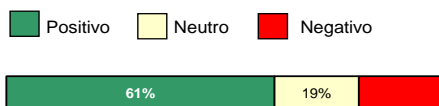
3. Al personal sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado. (C18R)



TASA DE RESPUESTA = 85.15%

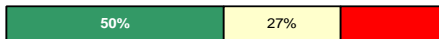
6. Procedimientos establecidos en el centro

1. Este centro está más desorganizado de lo que debiera. (C8R)



TASA DE RESPUESTA = 95.73%

2. Tenemos procedimientos adecuados para evaluar que el trabajo en el centro se ha realizado correctamente. (C9)



TASA DE RESPUESTA = 86.10%

3. En este centro tenemos problemas con la organización y distribución del trabajo. (C12R)



TASA DE RESPUESTA = 94.72%

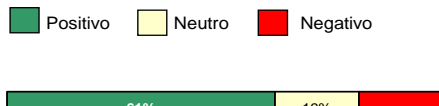
4. El personal no sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos. (C15)



TASA DE RESPUESTA = 82.78%

6 b. Procedimientos establecidos profesional sanitario

1. Este centro está más desorganizado de lo que debiera. (C8R)



TASA DE RESPUESTA = 95.73%

2. Tenemos procedimientos adecuados para evaluar que el trabajo en el centro se ha realizado correctamente. (C9)



TASA DE RESPUESTA = 86.10%

3. En este centro tenemos problemas con la organización y distribución del trabajo. (C12R)



TASA DE RESPUESTA = 94.72%

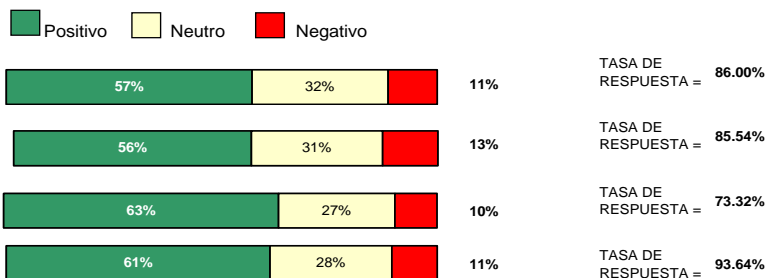
4. El personal sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidas. (C19)



TASA DE RESPUESTA = 87.92% **Área Fuerte**

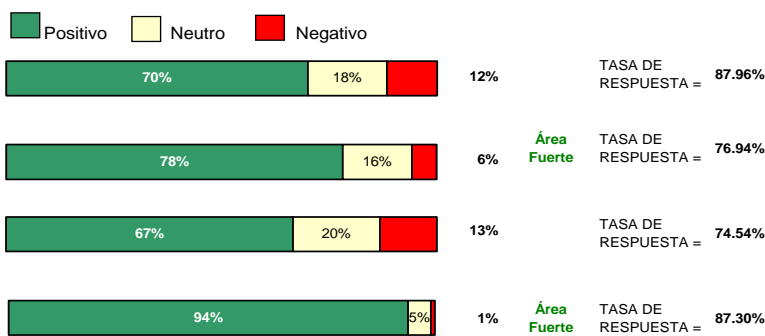
7. Comunicación franca

1. Los profesionales sanitarios del centro son receptivos a las propuestas de mejora de los no sanitarios. (D1)
2. En este centro, se anima al personal no sanitario a expresar puntos de vista alternativos. (D2)
3. El personal no sanitario teme hacer preguntas cuando algo parece que no está bien. (D4R)
4. Es difícil expresar libremente cualquier desacuerdo en este centro. (D10R)



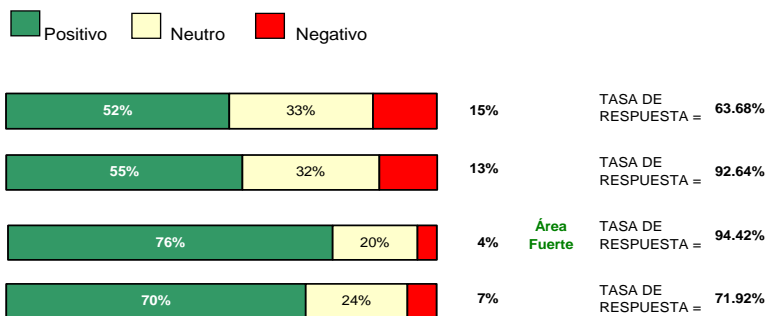
8. Seguimiento de la atención a los pacientes

1. El centro recuerda a sus pacientes cuándo deben citarse para revisiones o para actividades preventivas. (D3)
2. En este centro se registra si nuestros pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento. (D5)
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. (D6)
4. En este centro se hacen revisiones a los pacientes que precisan un seguimiento. (D9)



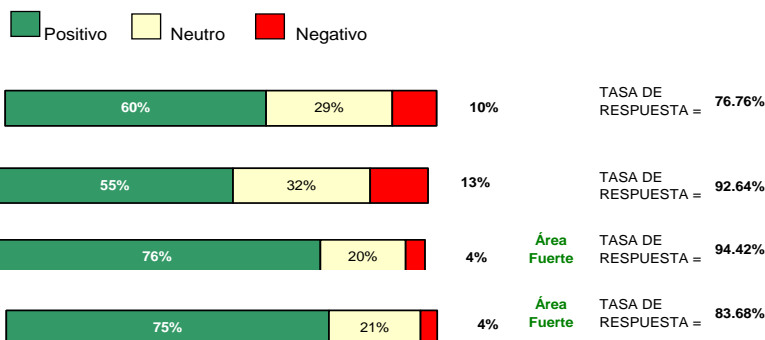
9. Comunicación sobre el error -personal no sanitario

1. El personal no sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra. (D7R)
2. Todo el equipo habla abiertamente de los problemas del centro. (D8)
3. En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir. (D11)
4. El personal no sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro. (D12)



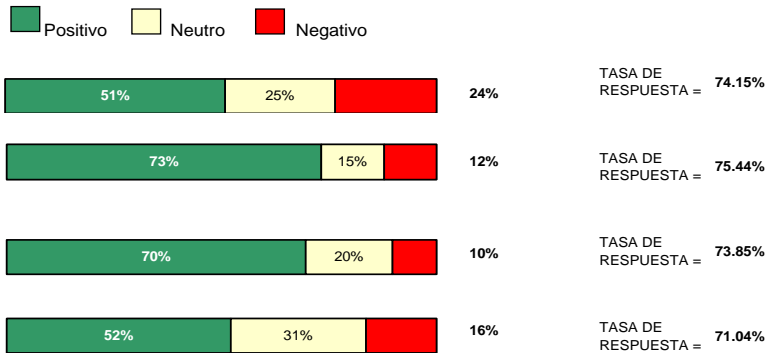
9b. Comunicación sobre el error -personal sanitario

1. El personal sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra. (D13R)
2. Todo el equipo habla abiertamente de los problemas del centro. (D8)
3. En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir. (D11)
4. El personal sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro. (D14)



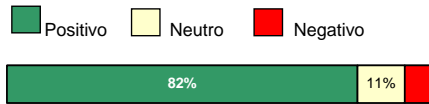
10. Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente

1. Los responsables de su centro no están invirtiendo suficientes recursos para mejorar la calidad asistencial en este centro de salud. (E1R)
2. Los responsables de su centro pasan por alto los fallos relacionados con la asistencia que ocurren una y otra vez. (E2R)
3. Los responsables de su centro dan prioridad a los procesos relacionados con la mejora de la atención a los pacientes. (E3)
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. (E4R)



11. Aprendizaje organizacional

1. Cuando hay un problema en nuestro centro, valoramos si necesitamos cambiar la manera en qué hacemos las cosas. (F1)



7% **Área Fuerte** TASA DE RESPUESTA = 92.44%

2. Este centro es capaz de modificar sus procesos para garantizar que los mismos problemas no vuelvan a ocurrir. (F5)



7% **Área Fuerte** TASA DE RESPUESTA = 89.42%

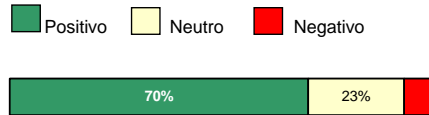
3. Cuando introducimos cambios para mejorar la asistencia, comprobamos si funcionan. (F7)



9% TASA DE RESPUESTA = 87.23%

12. Percepciones generales sobre la Seguridad del Paciente y la Calidad

1. Los procesos de nuestro centro son buenos para prevenir fallos que pueden afectar a los pacientes. (F2)



7% TASA DE RESPUESTA = 87.39%

2. En este centro se producen fallos con más frecuencia de lo que debieran. (F3R)



9% **Área Fuerte** TASA DE RESPUESTA = 88.45%

3. Si no cometemos más fallos que afecten a nuestros pacientes, es por casualidad. (F4R)



9% **Área Fuerte** TASA DE RESPUESTA = 89.99%

4. En este centro, es más importante realizar más trabajo que la calidad de la atención. (F6R)



22% TASA DE RESPUESTA = 91.42%

Capítulo 8.- Bibliografía

-
- 1 The National Quality Forum. Safe Practices for Better Healthcare. A Consensus Report [monografía en Internet]. Washington, DC: The National Quality Forum; 2003 [consultado 28 de octubre 2016]. Disponible en: <https://archive.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/nqfpract/nqfpract.pdf>
 - 2 Emanuel L, Berwick D, Conway J, Combes J, Hatlie M, Leape L, et al. What exactly is patient safety? In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. Advances in patient safety: New directions and alternative approaches. Vol. 1. Assessment. AHRQ Publication No. 08-0034-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; August 2008. [consultado 19 de noviembre 2016]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43624/>.
 - 3 Agency for Health Care Research and Quality Archive [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality;2016 [consultado 19 de noviembre 2016]. Chapter 3. Evidence-Based Review Methodology. Disponible en: <https://archive.ahrq.gov/clinic/ptsafety/chap3.htm>
 - 4 World Health Organization [Internet]. Geneva: World Health Organization (WHO); 2016. Patient safety. World Alliance for Patient Safety. The Launch of the World Alliance for Patient Safety, Washington DC, USA — 27 October 2004. [consultado 19 de noviembre 2016]Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>.
 - 5 Cooper JB, Gaba DM, Liang B, Woods D, Blum LN. The National Patient Safety Foundation agenda for research and development in patient safety. MedGenMed. 2000;2:E38.
 - 6 Aspden P, Corrigan JM, Wolcott J, Erickson SM, editors. Patient safety: achieving a new standard for health care. Washington, DC: The National Academies Press; 2004.
 - 7 WHO working group. The principles of quality assurance. Qual Assur Health Care 1989; 1: 79-95.
 - 8 Institute of Medicine. Medicare: A Strategy for Quality Assurance, Volume I. Washington, DC: The National Academies Press; 1990:19-43. doi: 10.17226/1547.
 - 9 Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academies Press (US); 2001. doi: 10.17226/10027.
 - 10 Organización Mundial de la Salud (OMS). 55a Asamblea Mundial de la Salud WHA A55/52. Punto 13.9 del orden del día 18 de mayo de 2002. Calidad de la atención: seguridad del paciente [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [consultado 5 de octubre 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/sa5552.pdf.
 - 11 Institute of Medicine. To Err Is Human: Building a Safer Health System. L. T. Kohn, J. M. Corrigan, and M. S. Donaldson, eds. Washington, D.C: The National

Academies Press; 2000. doi: 10.17226/9728 [consultado 5 de octubre 2016]. Disponible en:

<http://www.nap.edu/catalog/9728.html>.

12 García-Barbero M. La alianza mundial para la seguridad del paciente. [Monografía en internet]. [consultado 5 de octubre 2016]. Disponible en: http://www.codeinep.org/alianza_seguridad_paciente.pdf

13 Brennan 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.

14 Leape 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.

15 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.

16 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.

17 Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrisson BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian Health-Care Study. Med J Aust. 1995;163:458-71.

18 Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: Preliminary Retrospective Record Review. Br J Med. 2001;322:517-9.

19 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.

20 Davis 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.

21 Baker 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. CMAJ. 2004;170:1678-86.

22 Forster 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.

23 Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [consultado 19 de noviembre 2016]. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf.

24 Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS. An organisation

with a memory. London: The Stationery Office, 2000. [consultado 19 de noviembre 2016]. Disponible en:
<http://www.aagbi.org/sites/default/files/An%20organisation%20with%20a%20memory.pdf>.

25 Scobie S, Thomson R. Building a memory: preventing harm, reducing risks and improving patient safety. London: National Patient Safety Agency; 2005. [consultado 19 de noviembre 2016]. Disponible en:
<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59797>.

26 McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft S, et al. Care Coordination. Vol 7 of: Shojania KG, McDonald KM, Wachter RM, Owens DK, editors. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. Technical Review 9 (Prepared by the Stanford University-UCSF Evidence-based Practice Center under contract 290-02-0017). AHRQ Publication No. 04(07)-0051-7. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004 [consultado 19 de noviembre 2016]. Disponible en:
<http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/caregap/caregap.pdf>

27 World Health Organization. World Health Alliance for Patient Safety, Forward programme. Geneve: World Health Organization, 2004. [consultado 19 de noviembre 2016]
Disponible en:
http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf

28 Organización Mundial de la Salud. [consultado 30 de octubre 2016]
Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/en/>.

29 OPS 2005 Organización Panamericana de la Salud [en línea]. Por la seguridad del paciente [consultado 30 de octubre 2016]]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03_nov04.htm

30 Consejo de Europa 2004. Comité Europeo de la Sanidad. Comité de expertos en la gestión de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria. La prevención de efectos adversos en la atención sanitaria: un enfoque sistémico. Consejo de Europa CDSP (2004) 41. Estrasburgo, 2004.

31 Consejo de Europa. Diario oficial de Unión Europea. Recomendación del Consejo del 9 de junio de 2009 sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. (2009/C 151/01) [consultado 19 de noviembre 2016]. Disponible en:
http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_es.pdf

32 Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016. [consultado 19 de noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/>.

33 National Patient Safety Agency (NPSA) [Internet]. London: National Patient Safety Agency; 2012 [consultado 19 de noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.npsa.nhs.uk/>.

-
- 34 Canadian Patient Safety Institute. InstitutCanadien pour la securité des patients. Cpsi/lcsp [Internet]. Edmonton / Ottawa: 2016 [consultado 30 de octubre 2016]. Disponible en: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/Pages/default.aspx>
- 35 Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) [Internet]. Sydney: The Commission; 2016 [consultado 30 de octubre 2016]. Disponible en: <https://www.safetyandquality.gov.au/>.
- 36 World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety Forward Programme 2005 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2004 [consultado 30 de octubre 2016]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
- 37 Council of Europe. Warsaw Conference on Patient Safety as a European Challenge. Varsovie,13-15 Abril 2005. [consultado 14 de enero 2017]. Disponible en: <tp://www.coe.int/NewsSearch/Default.asp?p=nw&id=6246&lmLangue=1>
- 38 Braun B, Riehle A, Donofrio K, Hafiz, Loeb JM. Improving patient and worker safety. Oportunities for sinergy, collaboration and innovation. [Internet] Joint Comission, 2012. [consultado 14 de enero 2017] Disponible en: <https://www.jointcommission.org/assets/1/18/TJC-ImprovingPatientAndWorkerSafety-Monograph.pdf>
- 39 El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeh N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. BMC Health Serv Res. 2011; 24;11-4579.
- 40 Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006 [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [consultado 28de octubre 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/notaPrensa20060323Textolntegro.pdf>
- 41 Ministerio de Sanidad y Política Social. Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010. Balance de actividades y acciones previstas [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [consultado 28 de octubre 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/InformePlanCalidad_ESP.pdf
- 42 Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Agencia de Calidad del SNS. Desarrollo de la Estrategia Nacional en Seguridad del Paciente 2005-2011 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [consultado 28 de octubre 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estrategia_sp_sns_2005_2011.pdf.
- 43 Gerencia Regional de Salud (SACYL). Plan en gestión de la calidad y seguridad del paciente. Despliegue de líneas estratégicas y objetivos de la gerencia 2011-2015 [Internet]. Valladolid: Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León; 2013 [consultado 28 de octubre 2016]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/plan-gestion-calidad-seguridad-paciente>.

-
- 44 Observatorio Regional de Riesgos sanitarios. Servicio Madrileño de Salud. Estrategia de seguridad del paciente 2015-2020 [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; 2015 [consultado 28 de octubre 2016]. Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1354517872086&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura
- 45 Osakidezta. Estrategia de Seguridad del Paciente 2013-2016 [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco, Osakidezta; 2013 [consultado 28 de octubre 2016]. Disponible en:
http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publico/adjuntos/publica/SeguridadPacienteEs.pdf
- 46 Orden SAN/17/2011, de 19 de mayo, por la que se crean y regulan los Comités de Seguridad del Paciente y Gestión de los Riesgos de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Boletín Oficial de Cantabria, 27 de mayo de 2011; 101:18161-5.
- 47 Valledor Méndez M, Mérida Fernández S. Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020 [Internet]. Oviedo: Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; 2015 [consultado 28 de octubre 2016]. Disponible en:
<https://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnnextoid=bd82f67e3b261510VgnVCM10000097030a0aRCRD>
- 48 Bernal Rodríguez MF, Elvira Peña L, Escudero Soriano A, Garrote Sastre E, Gómez González C, Rodríguez Llanos R, et al. Plan estratégico de seguridad de pacientes 2011-2016 [Internet]. Mérida: Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Dependencia, Servicio Extremeño de Salud; 2011 [consultado 28 de octubre 2016]. Disponible en:
http://www.saludmentalextrmadura.com/fileadmin/documentos/Documentos_Tecnicos_SES/plan_estrategico_seguridad_pacientes.pdf
- 49 Barrera Becerra C, Del Río Urenda S, Dotor Gracia M, Santana López V, Suárez Alemán G. Estrategia para la seguridad del paciente en el SSPA 2011-2014 [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud; 2011 [consultado 28 de octubre 2016]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_para_la_Seguridad_del_Paciente_2011-2014.pdf
- 50 Murcia Salud [Internet]. Murcia: Consejería de Sanidad de la Región de Murcia; 2016 [actualizado Abr 2013; [consultado 28 de octubre 2013]. Programa de seguridad del paciente en la Región de Murcia. Disponible en:
<http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=103307&idsec=1037>
- 51 Servicio Canario de Salud [Internet]. Las Palmas de Gran Canaria / Santa Cruz de Tenerife: Gobierno de Canarias; 2016 [consultado 28 de octubre 2013]. Estrategia para la Seguridad de pacientes. Disponible en :

<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=6c4d1faf-45e3-11de-bcd7-8987abc3b3c8&idCarpeta=016f5b05-b704-11dd-a61e-ffde66724f8d>

52 Área de Seguridad del Paciente y Calidad Percibida. Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2009-2012 [Internet]. Toledo: SESCOAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha; 2009 [consultado 28 de octubre 2013]. Disponible en : <http://www.chospab.es/calidad/archivos/Documentos/PlanSeguridadSESCAM20092012.pdf>

53 Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2016 [consultado 28 de octubre 2013]. Seguridad del Paciente. Pacientes en Defensa de su Seguridad. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/es/.

54 Seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016. Programa de higiene de manos [consultado 28 Oct 2016]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/programa-higiene-manos/>.

55 Seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016. Proyecto Bacteriemia Zero [consultado 28 de octubre 2016]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/proyecto-bacteriemia-zero/>.

56 Seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016. Proyecto Neumonía Zero [consultado 28 de octubre 2016]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/proyecto-neumonia-zero/>.

57 Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 [consultado 28 de octubre 2016]. Disponible en: <https://www.sinasp.es/>.

58 Observatorio para la Seguridad del Paciente [Internet]. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2010 [consultado 30 de octubre 2016]. Sistema de Gestión de incidentes de Seguridad. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/incidentesseguridad/>.

59 Cañada Dorado A, Drake Canela M, Olivera Cañadas G, Mateos Rodilla J, Mediavilla Herrera I, Miquel Gómez A. Despliegue de la estrategia de seguridad del paciente en atención primaria de la Comunidad de Madrid. Rev Calid Asist. 2015;30:31-7.

60 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores de la estrategia de seguridad del paciente del SNS [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011 [consultado 30 de octubre 2016]. Disponible en : http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/indicadores_sp.pdf

61 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020 [Internet].

Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [consultado 28 de octubre 2016]. Disponible en:
<http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>

62 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.

63 European Union Network for Patient Safety. Use of Patient Safety Culture Instruments and Recommendations [Internet]. Aarhus: European Society for Quality in Healthcare, Office for Quality Indicators; 2010 [consultado 30 de octubre 2016]. Disponible en:
<http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/eunetpas/WP1-REPORT%20%20Use%20of%20%20PSCI%20and%20recommandations%20-%20March%20%202010.pdf>

64 Denison DR. What is the difference between organizational culture and organizational climate? A native's point of view on a decade of paradigm wars. *The Academy of Management Review*. 1996;21:619-54.

65 Ashkanasy N M, Wilderom C PM, Peterson MF. Introduction. En Ashkanasy NM, Wilderom CPM y Peterson MF (Eds.), *Handbook of Organizational Culture and Climate* (1-18), Thousand Oaks, CA: Sage.2000.

66 Schneider B, Ehrhart MG, Macey WH. Organizational climate and culture. *Annu Rev Psychol*. 2013;64:361–88.

67 Scheider B. The psychological life of organizations. En Ashkanasy NM, Wilderon CPM, Peterson MF (eds). *Handbook of organizational culture and climate*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2000. p. xvii-xxi.

68 Salazar Estrada JG, Guerrero Pupo JC, Machado Rodríguez YB, Cañedo Andalia R. Clima y cultura organizacional: dos componentes esenciales en la productividad laboral. *ACIMED*. 2009;20(4):67-75.

69 Guldenmund FW. The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety Science*. 2000; 34:215-57.

70 Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care*. 2006;15:109-15.

71 O'Connor P, Buttrey SE, O'Dea A, Kennedy Q. Identifying and addressing the limitations of safety climate surveys. *J Safety Res*. 2011;42:259-65.

72 International Atomic Energy Agency (IAEA). *Performing Safety Culture Self-Assessments for Facilities and Activities*. Vienna: International Atomic Energy Agency; 2016 [consultado 28 de octubre 2016]. Safety Reports Series No. 83. Disponible en:
<http://www-pub.iaea.org/books/IAEABooks/10742/Performing-Safety-Culture-Self-Assessments>

-
- 73 Ruiz Sánchez M, Borrell-Carrió F, Ortodó Parra C, Fernández I Danés N, Fité Gallego A. Auditorías en seguridad clínica para centros de atención primaria. Estudio piloto. *Aten Primaria*. 2013;45:341-8.
- 74 Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care*. 2005;14:364–366. DOI: 10.1136/qshc.2005.014217.
- 75 Germán S, Navajas J, Silla I. El Uso de Cuestionarios en Estudios de Cultura de Seguridad en Organizaciones de Alta Fiabilidad. Revisión de la Literatura y una Aplicación en el Sector Nuclear Español. Madrid: Ministerio de economía y competitividad. CIEMAT; 2014. Informe Técnico Ciemat nº 1334.
- 76 Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf*. 2011;20:338-343.
- 77 European Union Network for Patient Safety. Patient Safety Culture Instruments used in Member States. Aarhus: European Society for Quality in Healthcare, Office for Quality Indicators; 2010.
- 78 Sorra J, Franklin M, Streagle S. Survey User's Guide. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2008.
- 79 Medical Office Survey on Patient Safety Culture. Content last reviewed November 2016. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. [consultado 31 de octubre 2016]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/index.html>
- 80 Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:44.
- 81 Sexton J, Thomas E. The Safety Climate Survey: psychometric and benchmarking properties. Austin, TX: The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice; 2003.
- 82 National Patient Safety Agency, National Health Service. Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF). Primary Care: The University of Manchester; 2006 [consultado 21 de noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59796>
- 83 Singer S, Meterko M, Baker L, Gaba D, Falwell A, Rosen A. Patient Safety Climate in Healthcare Organizations (PSCHO). Measurement Instrument Database for the Social Science [Internet]. Galway; 2012 [consultado 21 de noviembre 2016]. Disponible en: http://www.midss.org/sites/default/files/pscho_survey_2006.pdf
- 84 Agency for Healthcare Research and Quality [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016 [consultado 28 de octubre 2016]. Surveys on Patient Safety Culture. Disponible en:

<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/index.html>

85 Patient Safety [Internet]. Redditch: NHS England; 2016 [consultado 28 de octubre 2013]. Patient safety resources. Disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/>.

86 Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Challenging patient safety culture: survey results. *Int J Health Care Qual Assur.* 2007; 20:620-32.

87 Olsen E. Workers' perceptions of safety culture at a hospital. *Tidsskr NorLaegeforen.* 2007; 127:2656-60.

88 Al-Ahmadi HA. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Qual Saf Health Care.* 2010; 19:e17.

89 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.

90 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.

91 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.

92 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.

93 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.

94 Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [consultado 31 de octubre 2016] Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf

95 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; 2008; San Sebastián. ISBN: 978-84-691-5215-7 [consultado 1 de noviembre 2016]. Disponible en: http://www.seguridadpaciente.com/2008/J_2008_primera.htm

96 Zwart DL, Langelaan M, van de Vooren RC, Kuyvenhoven MM, Kalkman CJ, Verheij TJ, Wagner C. Patient safety culture measurement in general practice. Clinimetric properties of 'SCOPE'. *BMC Family Practice.* 2011;12:117.

-
- 97 Wallis K, Dovey S. Assessing patient safety culture in New Zealand primary care: a pilot study using a modified Manchester Patient Safety Framework in Dunedin general practices. *J Prima Health Care*.2011; 3:35-40.
- 98 National Patient Safety Agency, National Health Service. Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF). Mental Health. Manchester: The University of Manchester; 2006 [consultado 21 de noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60006&type=full&servicetype=Attachment>
- 99 National Patient Safety Agency, National Health Service. Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF). Mental Health. Manchester: The University of Manchester; 2006 [consultado 21 de noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60004&type=full&servicetype=Attachment>
- 100 Ashcroft DM, Morecroft C, Parker D, Noyce PR. Safety culture assessment in community pharmacy: development, face validity and feasibility of the Manchester Patient Safety Assessment Framework. *Qual Saf Health Care*. 2005;14:417–21.
- 101 Sexton JB, Wilhelm JA, Helmreich RL, Merritt AC, Klinect JR. Flight Management Attitudes & Safety Survey (FMASS). The University of Texas Flight Management Attitudes & Safety Survey. 2001. Technical Report No.: 01-01.
- 102 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.
- 103 Hoffmann 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.
- 104 Modak I, Sexton JB, Lux TR, Helmreich RL, Thomas EJ. Measuring safety culture in the ambulatory setting: the safety attitudes questionnaire–ambulatory version. *J Gen Intern Med*. 2007, 22: 1-5.
- 105 Deilkas 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.
- 106 Lee WC, Wung HY, Liao HH, Lo CM, Chang FL, Wang PC, et al. Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using Chinese version Safety Attitude Questionnaire. *BMC Health Serv Res*. 2010; 10:234.
- 107 Measuring safety culture. Londres: The Health Foundation Inspiring Improvement; February 2011. [consultado 1 de noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.health.org.uk/publications/measuring-safety-culture>
- 108 The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

-
- 109 Martín Zurro A, Jodar G. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. Atención familiar y Salud comunitaria; Barcelona: Elsevier: 2011.
- 110 Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid. Boletín Oficial del Estado, 11 de febrero de 2010; 37:12477-9.
- 111 Gené Badía J. Gestión de la atención primaria de salud. En: Navarro López V, Martín-Zurro A. La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas, proyecto de investigación. Violán Fors C, editora. Barcelona: IDIAP Jordi Gol. Semfyc ediciones; 2009.
- 112 Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Boletín Oficial del Estado, 1 de febrero de 1984; 27:2627-9.
- 113 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, 29 de abril de 1986; 102:15207-24.
- 114 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 [consultado 30 de noviembre 2016]. Sistema de Información Sanitaria. Disponible en : <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/home.htm>
- 115 Gérvas J, Pané Mena O, Sicras Mainar A. Capacidad de respuesta de la atención primaria y buena reputación profesional, algo más que buen trabajo clínico. Med Clin (Barc). 2007;128:540.
- 116 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.
- 117 Informas anuales del Sistema Nacional de Salud [sede WEB] Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2012 [consultado 6 de febrero 2017]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNSAnosanteriores.htm>
- 118 Loayssa JR, Tandeter H. Incertidumbre y la toma de decisiones clínicas. Aten Primaria. 2001. 28: 560-4.
- 119 Abizanda P, Paterna G, Martínez E, López E. Evaluación de la comorbilidad en la población anciana: utilidad y validez de los instrumentos de medida. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010;45:219–28.
- 120 Consumo farmacéutico por grupos terapéuticos, edad y sexo. Instituto de información Sanitaria 2004. Ministerio de Sanidad y Consumo. [consultado 26 de noviembre 2016] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Consumo_farmaceutico_por_tramos_edad_ysexo_I.pdf
- 121 Villafaina A, Gavilán E. Pacientes polimedicaos frágiles, un reto para el sistema sanitario. Inf Ter Sist Nac Salud 2011; 35: 114-123. [consultado 26 de noviembre 2016]. Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/PolimedicaVol35n4.pdf

122 Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. [consultado 26 de noviembre 2016] Disponible en:<http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf>

123 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.

124 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.

125 Dovey SM, Meyers DS, Phillips RL et al. A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. *Qual Saf Health Care* 2002;11:233–238.

126 Kripalani S, LeFevre F, Phillips C. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians. Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *JAMA*. 2007;297(8):831-841.

127 Borrell Carrió F, Hernández Clemente C, Toll Clavero J, Martí Nogué M. Mapa de errores de un servicio asistencial. EAP Gavarra. Barcelona: SAP Baix Llobregat Centre. ICS; 2006.4.

128 Borrell Carrió F. Ética de la seguridad clínica. Contribuciones desde la práctica médica. *Med Clin (Barc)*. 2007; 129(5):176-83.

129 Gehring K, Schwappach DL, Battaglia M, Buff R, Huber F, Sauter P, Wieser M. Safety climate and its association with office type and team involvement in primary care. *Int J Qual Health Care*. 2013;25:394–402.

130 Traducción, validación y adaptación del cuestionario MOSPS para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2011 [consultado 27 de noviembre 2016]. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/MOSPS.pdf>

131 Torijano-Casalengua ML, Olivera G, Astier MP, Maderuelo JA, Silvestre C. Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de atención primaria en España. *Aten Primaria*. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.07.003>.

132 Ministerio de Sanidad, Políticas sociales e Igualdad [sede WEB] Madrid. [consultado 6 de febrero 2017] Catálogo de Centros de Atención Primaria del SNS. Información anual sobre años anteriores. Disponible en:
<http://www.msc.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/aniosAnterioresCentros.htm>

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

-
- 134 Seguridad del Paciente [sede WEB]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad. 2010. Aplicación informática para la entrada y análisis de los datos recogidos a través del cuestionario MOSPS [consultado 6 de febrero 2017]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/participacion/profesionales/proyectos-sscc/semfyc/2010/aplicacion-recogida-datos-cuestionario-mosps/>
- 135 Torijano Casaluenga ML. Validación de un cuestionario para medir cultura de seguridad del paciente en los centros de salud españoles. (Tesis doctoral). Universidad Rey Juan Carlos. 2014.
- 136 Brugulat P, Seculi E, Fuste J, Junca S, Martínez V, Medina A, Mercader M, Sánchez E. La opinión de los profesionales sanitarios sobre el plan de salud de Cataluña. Punto de partida para una reflexión orientada al futuro. Gac Sanit. 2003; 17(1): 52-8.
- 137 Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013[consultado 30 de octubre 2016]. Disponible en : <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
- 138 Barber P, González-López B. Necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025). Universidad de las Palmas de Gran Canaria. Diciembre 2008.
- 139 Pastor I, Aparicio R, Astelarra J, Belzunegui A, Brunet I, Carles M, et al. Mujeres en la sanidad: trayectorias profesionales y acceso a cargos de responsabilidad. Informes mujeres y sanidad [monografía en internet]. Instituto de la Mujer. Ministerio de Sanidad. Política Social e Igualdad, 2008 [consultado 13 de marzo 2017]. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/estudios/estudioslinea2009/docs/mujeresSanidad.pdf>
- 140 Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Ed Masson; 2000.
- 141 Ortega A, Melguizo M. Obsesionados por la demora. AMF. 2007;3 (3):121-3.
- 142 Alonso A, Saez C, Flordelis F. Atención a la Demanda Indemorable en Atención Primaria. Descripción y detección de posibles áreas de mejora. Rev Calid Asist. 2012; 27:19-29.
- 143 Sanz E, Ramírez D, Escortell E. Sáñez A, Rosado J. Aplicación de la agenda de calidad en una consulta de atención primaria. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(7):363-9.
- 144 Bruges A, Peris A, Marti L, Flores G. Abordaje de las demandas de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria, mediante una guía de intervenciones de enfermería. Aten Primaria. 2008;40(8):387-91
- 145 Basora J. Este año 2015. Aten Primaria. 2015; 47(9): 551-2.

-
- 146 Ministerio de Sanidad y Política Social. Las TIC en el Sistema Nacional de Salud. El programa Sanidad en Línea Actualización de datos enero 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social Red.es. Madrid 2010. [consultado 4 de julio 2015]. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/profesionales/hcdsns/TICS/TICS_SNS_ACTUALIZACION_ES_2010.pdf
- 147 Llopis M^aA, Gómez R, Álvarez V, Martínez C, Cortés M, Barba N, et al. Comunicación de valores críticos: resultados de una encuesta realizada por la comisión de la calidad extra analítica de la SEQC. Rev. Lab. Clin. 2010;3(4):177-182.
- 148 Herrera C, Tapia C, Buño A, García M. Actuación de laboratorio ante la obtención de valores críticos. Rev Lab Clin. 2010;3(2):80–86.
- 149 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Consejo interterritorial. Sistema Nacional de Salud. Memoria 2010.[consultado 13 de marzo 2017]. Disponible en:<http://www.msssi.gob.es/organizacion/consejoInterterri/docs/actividadCisns10.pdf>
- 150 Sorra J, Famolaro T, Yount ND, Smith S, Liu H, Ragan M. Medical Office Survey on Patient Safety Culture 2012 user comparative database report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHS 290200710024C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; May 2012. AHRQ Publication No. 12-0052.
- 151 Sorra J, Famolaro T, Yount ND, Smith S, Wilson S, Liu H, . Medical Office Survey on Patient Safety Culture 2014 User Comparative Database Report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHS 290201300003C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; May 2014. AHRQ Publication No. 14-0032-EF.
- 152 Famolaro T, Yount N, Hare R., Thornton S, Sorra J. Medical Office Survey on Patient Safety Culture 2016 User Comparative Database Report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHS 290201300003C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; May 2016. AHRQ Publication No. 16-0028-EF.
- 153 Thomas Bodenheimer, MD; Edward H. Wagner, MD, MPH; Kevin Grumbach, MD. Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. The Chronic Care Model, Part 2.JAMA. 2002;288(15):1909-1914. doi:10.1001/jama.288.15.1909.
- 154 Cimas JR, Agúndez M, Arce C, Díaz A, Fernández JR, Rodríguez I, et al. Documento oficial de la sociedad asturiana de medicina familiar y comunitaria. Coordinación entre niveles asistenciales. Sociedad Asturiana de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC).
- 155 Carretero L, Gomes N, Borrás A. Rodríguez A, Seara G. Integración clínica en el paciente crónico. Enfer Clin. 2014;24(1):35-43.
- 156 Garrido S, Molino AM, López C, Arrojo E, Martín M, Moreno MA. Coordinación asistencial entre atención primaria y especializada. Satisfacción con el proyecto especialista consultor. Rev Calid Asist. 2009;24(6):263-71.
- 157 Pujol R, Corbella X. El especialista en medicina interna como consultor de atención primaria. Med Clin (Barc). 2004;122(2):60-1.

-
- 158 Ramos-López JM, Cuchi M, Gil A. La Coordinación Tecnológica entre Atención Primaria y Atención Especializada. Papeles Médicos [revista en internet] 2010 [consultado 4 de febrero 2017]; 19 (3):10-6. Disponible en: http://www.sedom.es/wp-content/themes/sedom/pdf/4ceaa9e346c3b19_3.pdf
- 159 Segú JL. ¿Centros de Atención Primaria y farmacias comunitarias o un ámbito integrado de atención comunitaria?: la experiencia del barrio de la Barceloneta. Semergen. 2004;30(9)444-8.
- 160 Armando P, Semeria N, Tenllado M, Sola N. Seguimiento farmacoterapéutico de pacientes en farmacias comunitarias. Aten Primaria. 2005;36(3):129-36.
- 161 Grupo de Trabajo de Buenas Prácticas del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Buenas prácticas en farmacia comunitaria en España [monografía en internet]. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Jul 2013[consultado 4 de febrero 2017]. Disponible en: http://static.correofarmaceutico.com/docs/2013/10/08/buenas_practicas.pdf
- 162 Pharmaceutical Group of the European Union. Libro Blanco de la Farmacia Comunitaria Europea [monografía en internet], 2012 [consultado 4 de febrero 2017]. Disponible en: <file:///F:/Downloads/Spanish%20Version%20-%20European%20Community%20Pharmacy%20Blueprint.pdf>
- 163 Rodríguez R, Paredes IR, Galicia T, Barrasa JI, Castán S. Cultura de seguridad del paciente en residentes de medicina familiar y comunitaria de Aragón. Rev Calid Asist. 2014;29(3):143-9.
- 164 Sunil Kripalani, MD, MSc; Frank LeFevre, MD; Christopher O. Phillips, MD, MPH; Mark V. Williams, MD; Preetha Basaviah, MD; David W. Baker, MD, MPH Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians Implications for Patient Safety and Continuity of Care JAMA. 2007;297(8):831-841. doi:10.1001/jama.297.8.831.
- 165 Fernández A, García JL, Palmero C, García B, Páez JM, Álvarez M. Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria. Rev Clin Esp. 2007;207:510-20.
- 166 Terraza R. Vargas I. Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit. 2006;20(6):485-95.
- 167 García A, Criado JJ. García del Valle R, Jiménez R. Atención primaria y equipos de trabajo. Med Gen y Fam. 2012;1(8):380-6.
- 168 Ley 55/2003, de 16 de diciembre, Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud. BOE 307, 17-12-2003.
- 169 Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de profesiones sanitarias. BOE 280, 22-11-2003.

-
- 170 Decreto 34/86, de 22 de abril, de Ordenación Funcional de los Servicios de Atención Primaria de Salud. DOCM 17, 29-04-1986.
- 171 Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. BOJA 140; 17-07-2007.
- 172 Tabrizchi N, Sedaghat M. The first study of patient safety culture in Iranian primary health centers. *Acta Med Iran.* 2012;50(7):505-10.
- 173 Bodur S, Filiz E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *Int J Qual Health Care.* 2009; 21(5):348-55. doi: 10.1093/intqhc/mzp035.
- 174 Chen IC, Li HH. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Serv Res.* 2010; 10:152. doi: 10.1186/1472-6963-10-152.
- 175 Cañada A, García C, García I, Alonso T, Sánchez MA, Serrablo S, et al. Identificación de las prácticas seguras simples en un área de atención primaria. *Rev Calid Asist.* 2011;26:292-8. doi:10.1016/j.cali.2011.04.002.
- 176 Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez P, et al. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Services Research.* 2015; 15:151. doi:10.1186/s12913-015-0790-7.
- 177 Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Pérez P, Iglesias F, et al. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. *BMC Health Services Research.* 2015;15:341. doi:10.1186/s12913-015-0994-x.
- 178 Del Rio JA. El equipo de Atención Primaria en España. *Archivos de Medicina Familiar y General.* 2013; 10(1):15–21.
- 179 Casajuana J, Clavería A, Domínguez M, Gamelo L, Gervas J, Maíz C. et.al. Propuestas de transformación de la Atención Primaria en Galicia. [Monografía en internet]. Subdirección General de Calidad y Programas Asistenciales. Servicio Gallego de Salud Escuela Gallega de Administración Sanitaria (FEGAS) 2009 [consultado 5 de febrero 2017]. Disponible en: <http://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/AtencionPrimaria/PlanMellora/PropTransAPGal.pdf>
- 180 Cobos M, Rifá A. Uso adecuado de consulta no presencial. *AMF.* 2011;7(2):96-9.
- 181 Izquierdo C. Coordinador de Centro de Salud. Pasado, presente y futuro (Legislación). *Temas de hoy. El médico interactivo* 2001; 500-2 [consultado 14 de marzo 2017]. Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/centrosalud8/500-504.pdf>

-
- 182 Decreto 52/2010, de 29 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid.
- 183 Tello ME, Izquierdo JM, Aguado O, Ferrer C. El quién, cómo y dónde de la formación continuada de un área de salud. *Semergen*. 2011;37(7): 340-6.
- 184 European Commission. Report from the Commission to the Council. The Commission's Second Report to the Council on the Implementation of Council Recommendation 2009/C 151/01 on Patient Safety, including the Prevention and Control of Healthcare associated Infection (COM(2014)371). Brussels: European Commission, 2014.
- 185 Wet C; Johnson P; Mash R; McConnachie A, Bowie P. Measuring perceptions of safety climate in primary care: a cross-sectional study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2012; 18:135–42.
- 186 Garzon G, Chacon A, Rodrigo R, Alemany A, Domínguez C, Martínez C. Análisis de la calidad de vida laboral y de los factores relacionados con esta, en un área de atención primaria. *Rev Calid Asist*. 2010; 25(6):334-40.
- 187 Alonso M, Iglesias AI, Franco A. Percepción de la calidad de vida profesional en un área sanitaria de Asturias. *Aten Primaria*. 2002; 30 (8): 483-489.
- 188 Sánchez R, Álvarez R, Lorenzo S. Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid. *MEDIFAM*. 2003; 13: 291-296.
- 189 Raba S, Ortiz I, Villa M, Pérez A, Gutierrez ML, Urcullo B, et al. Burocracia en las consultas de Atención Primaria. e informatización: ¿hemos mejorado? *Medicina General*. 2005;71:18-23.
- 190 Outomuro D, Mariel A. Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. *Rev Med Chile*. 2013;141:361-6.
- 191 Tsigas E, Panagopoulou E, Sevdalis N, Montgomery A, Alexios B. The influence of time pressure on adherence to guidelines in primary care: an experimental study. *BMJ Open*. 2013;3(4). Pii:e002700. doi: 10.1136/bmjopen-2013- 002700.
- 192 Wilson A, Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2002;52:1012-20.
- 193 Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública*. 1997;71:293-303.
- 194 Vincent Ch, Amalberti R. Una asistencia sanitaria más segura. Estrategias para la vida real. 1ª ed. Madrid: Edt. Modus Laborandi SL 2016.
- 195 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud. [Monografía en internet]. Madrid. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010 [consultado 5 de febrero 2017]. Disponible en: <http://www.mspsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad>

-
- 196 BOE núm. 166. 9/07/2010. Real Decreto 829/2010, de 25 de junio, por el que se regula la concesión directa de subvenciones a las comunidades autónomas y al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria para la implementación de las estrategias del Sistema Nacional de Salud en cuidados paliativos, seguridad de pacientes, prevención de la violencia de género y atención al parto normal en el año 2010.
- 197 Shortell SM, Singer AJ. Improving Patient Safety by Taking Systems Seriously..JAMA. 2008; 299(4):445-7.
- 198 Arrizabalaga P; Bruguera M. Feminización y ejercicio de la medicina. Med Clin (Barc).2009;133(5):184–6.[consultado 13 de marzo 2017]. Disponible en: <https://www.comb.cat/cat/actualitat/noticies/sta/feminitzacio.pdf>
- 199 Hoffman B, Miessner C, Albay Z, Schrober J, Weppler K, Gerlach FM, Guthlin C. Impact of Individual and Team Features of Patient Safety Climate: A Survey in Family Practices. Ann Fam Med. 2013;355-362. 10.1370/afm.1500.
- 200 Carney BT, MillsPD, Bagian JP, Weeks WB. Sex differences in operating room care giver perceptions of patient safety: a pilot study from the Veterans Health Administration Medical Team Training Program. Qual Saf Health Care. 2010;19:128e131.
- 201 Verbakel N, Val Melle M, Langelaan M, Verheij T, Wagner C, Zwart D. Exploring patient safety culture in primary care. Int J Qual Health Care. 2014; 26(6): 585–91.
- 202 Martín Zurro A, Ledesma A, Sans A. El modelo de Atención Primaria de salud: balance y perspectivas. Aten Primaria. 2000; 25: 48-58.
- 203 Modak, I, Sexton J, B, Lux T, Helmreich, R, Thomas, EJ. Measuring safety culture in the ambulatory setting: the safety attitudes questionnaire – ambulatory version. J Gen Int Med. 2007;22(1):1–5.
- 204 Holden LM , Watts D, Hinton Walker P. Patient safety climate in primary care: age matters. J Patient Saf. 2009;5(1):23-8.
- 205 Girón M, Beviá B, Medina E, Simón M. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. Rev Esp Salud Pública. 2002;76:561-75.
- 206 Borrell C, Páez C, Suñol R, Orrego C, Gil N, Martí M. Errores clínicos y eventos adversos: percepción de los médicos de atención primaria. Aten Primaria. 2006;38 (1):25-32.
- 207 Del Fiol G, Workman E, Gornan P. Clinical Questions Raised by Clinicians at the Point of Care A Systematic Review. JAMA Intern Med. 2014;174(5):710-8.
- 208 Arnal R, Blanco E, Cañones P, Díaz E, Grande JM, Guerra J, et al. Los equipos de Atención Primaria. Propuestas de mejora. Instituto Nacional Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Madrid, 2001.
- 209 Gérvas J, Carra B, Fernández-Camacho MT, Pérez-Fernández M. La docencia en un centro de salud no docente. Med Clin (Barc). 1998;111:218-221.

-
- 210 Ordóñez A, Espinosa E. La sesión clínica según la dinámica de grupo. *Med Clin (Barc)*.1996;107:620-2.
- 211 Cabrera R, Garrido S, Miguel I, Sanz M, Arrojo E, Cervera EJ. Sesiones docentes en Atención Primaria. Experiencia en los centros de un Área de Madrid. *Aten Primaria*. 2011;43(5):263-8.
- 212 Lushchenkova O, Alava-Cano F, Davins-Miralles J, Gens-Barbera M, Oliva-Oliva G, García-Carbajo A. Diseño de un modelo de seguridad de pacientes para la atención primaria en una comunidad autónoma. En: Libro de Ponencias y Comunicaciones. XXX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y I Congreso de la Asociación Vasca para la Calidad Asistencial – Asistentzi Kalitaterako Euskal Batzordea: Bilbao. 2012. Pag: 97-103
- 213 Barrera C, Bejarano MA, Cortés C, Fernández E, Fernández E, Lacida M. et al. Estrategia de Seguridad del paciente 2006-2010. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2006.
- 214 Servicio Madrileño de Salud. Estrategia de Seguridad del paciente 2010-2012. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. 2010.
- 215 Área de Seguridad del Paciente y Calidad Percibida. Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2009-2012. Servicio de Salud de Castilla la Mancha. 2009.
- 216 Gobierno de la Rioja. II Plan de Salud. La Rioja 2009-2013- Gobierno de la Rioja 2009.
- 217 Bartolomé E, Miquel A, Sánchez L, Jiménez J, López A, Sánchez JL. Impulso de la seguridad del paciente a partir del contrato programa de centro. *Rev. Cali Asist*. 2011;26 (6):343-52.
- 218 Freeth D, Sandall J, Allan T, Warburton F, Berridge EJ, Mackintosh N, et al. A methodological study to compare survey-based and observation-based evaluations of organisational and safety cultures and then compare both approaches with markers of the quality of care. *HealthTechnolAssess* 2012;16(25).
- 219 Centro Virtual Cervantes. Refranero Multilingue [consultado 18 de octubre 2012]. Disponible en:
<http://cvc.cervantes.es/lengua/refranero/ficha.aspx?Par=58491&Lng=0>