

Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria

Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS)



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

Plan de **Calidad**
para el Sistema Nacional
de Salud



Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria

Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS)

TITULARIDAD DEL ESTUDIO

Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud
Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
Paseo del Prado, 18-20
28071 Madrid

COMITÉ DE DIRECCIÓN

Guadalupe Olivera Cañadas. Unidad Funcional de Gestión de Riesgos. Gerencia de Atención Primaria del Área 6. Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Miembro del grupo de seguridad del paciente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).

Yolanda Agra Valera. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social.

COMITÉ TÉCNICO

María Pilar Astier Peña. Dirección de Atención Primaria. Sector Zaragoza II. Servicio Aragonés de Salud (SALUD). Miembro del grupo de seguridad del paciente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).

José Ángel Maderuelo Fernández. Gerencia de Atención Primaria de Salamanca. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (SACYL). Miembro del grupo de seguridad del paciente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).

Guadalupe Olivera Cañadas. Unidad Funcional de Gestión de Riesgos. Gerencia de Atención Primaria del Área 6. Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Miembro del grupo de seguridad del paciente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).

María Luisa Torijano Casalengua. Oficina de Calidad y Atención al Usuario. Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM). Miembro del grupo de seguridad del paciente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).

Carmen Silvestre Busto. Gerencia de Atención Primaria Comarca Guipúzcoa Este. Servicio Vasco de Salud (Osakidetza).

Este documento debe citarse como:

Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.

Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria

Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS)



AGRADECIMIENTOS

- A las personas que han colaborado directamente con los investigadores en el desarrollo de este proyecto: Fernando Palacio Lapuente, Susana Lorenzo Martínez.
- A las personas que han colaborado en la retro-traducción al inglés y su comparación con la versión española: Jorge Laya Gómez (Médico de familia. Centro de Salud Abercromby, Liverpool, Reino Unido) y Clifton R. Chestnut (Profesor de inglés. MCH Training).
- A las personas que han asesorado a los investigadores en aspectos de metodología: Idoia Gaminde Inda, socióloga (Servicio de Planificación y Docencia del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra), José Joaquín Mira Solves, Doctor en Psicología (Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández).
- A las personas que han realizado la encuesta y el debriefing con todo su interés: compañeros de trabajo de los centros de salud.
- A las personas que finalmente han realizado la encuesta en la fase de pilotaje final.
- A la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), que nos apoya y motiva como su grupo de seguridad del paciente, y que nos ha facilitado la gestión e intendencia de nuestras reuniones a través de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SOMAMFYC) y especialmente de nuestra interlocutora, Ana Pastor.
- A todos los miembros del grupo de trabajo de seguridad del paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFC) por su ayuda al impulso de este proyecto.
- A la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Política Social por la financiación de este proyecto de cultura de seguridad del paciente orientado a Atención Primaria, muy especialmente a Yolanda Agra.
- A nuestras familias por el apoyo recibido.

“Los grandes proyectos se construyen de pequeños pasos de muchas personas y esto es lo que les hace grandes”.

Gracias a todos y a todas.

Índice

RESUMEN EJECUTIVO	9
1. JUSTIFICACIÓN	15
1.1. Antecedentes	15
1.2. El contexto de la Atención Primaria.....	16
1.3. Cultura de seguridad	17
1.4. Instrumentos para medir la cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias	18
2. OBJETIVOS	21
2.1. Objetivo general	21
2.2. Objetivos específicos	21
3. MATERIAL. CONSIDERACIONES DEL ENTORNO DE TRABAJO. METODOLOGÍA DE TRADUCCIÓN, ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN	23
3.1 Material: Cuestionario MOSPS.....	23
3.2. Consideraciones del entorno de trabajo y cultura de la organización sanitaria en España. Impacto de la traducción y adaptación del cuestionario.....	26
3.3. Metodología de la traducción transcultural	36
3.4. Debriefing y legibilidad	37
3.5. Pilotajes del cuestionario traducido y adaptado.....	39
3.5.1. Muestra para el pilotaje y pase de los cuestionarios.....	39
3.5.2. Análisis estadístico del pilotaje	39
4. RESULTADOS	41
4.1. Resultados del debriefing y la legibilidad de la traducción del cuestionario	41
4.2. Resultados de la traducción y adaptación del cuestionario al español	43
4.3. Resultados del análisis del pilotaje para la validación del cuestionario	43
4.3.1. Descripción de la muestra participante	43
4.3.2. Análisis de la respuesta, fiabilidad y validez	46
5. DISCUSIONES Y CONCLUSIONES	63
6. ANEXOS	73
6.1. Anexo 1: Cuestionario MOSPS. Versión original	75
6.2. Anexo 2: Cuestionario MOSPS. Versión española	83
6.3. Anexo 3: Cuestionario MOSPS. Versión española modificada	89

6.4. Anexo 4: Análisis de la respuesta	97
6.5. Anexo 5: Análisis factorial	111
7. BIBLIOGRAFÍA	113

Resumen ejecutivo

1. Descripción del proyecto

Traducción, adaptación transcultural y validación del cuestionario "Medical Office Survey on Patient Safety Culture" (MOSPS) al español para explorar la percepción de los profesionales de los centros de salud (CS) sobre la cultura de seguridad del paciente (SP) y valorar la incorporación de nuevas preguntas que, al no estar recogidas en el MOSPS, se consideran relevantes para los profesionales sanitarios españoles de los CS.

2. Diseño

Traducción al español, adaptación transcultural, validación y ampliación del cuestionario MOSPS.

3. Población

Profesionales que trabajan en CS del Sistema Nacional de Salud (SNS) en España.

4. Etapas (Ilustración 1)

Etapas 1: Traducción de la versión original del cuestionario por dos profesionales bilingües hispano-ingleses. MOSPS_español_v.1.

Etapas 2: Evaluación gramatical, lingüística y semántica por medio de debriefing de los investigadores del proyecto y de profesionales seleccionados de CS. Análisis de legibilidad (fórmula de Szigriszt). MOSPS_español_v.2.

Etapas 3: Aceptabilidad y viabilidad del cuestionario: primer pase del cuestionario en Granada, mayo 2009, en la II Jornada de Seguridad del Paciente en Atención Primaria. De los resultados de este pase, la discusión con la autora americana y el debriefing con profesionales sanitarios se matiza la redacción de varias preguntas. MOSPS_español_v.3.

Etapas 4: Análisis de la validez de contenido. Los profesionales sanitarios en sus respuestas reflejan que echan en falta preguntas para ellos que sólo se preguntan a los no sanitarios. Tras consultar con varios expertos externos, se duplican 6 preguntas que recogen la perspectiva de la SP por parte de los profesionales sanitarios y que en el original únicamente se preguntaban a no sanitarios. MOSPS_español_adaptada.

Etapas 5: Evaluación de las propiedades psicométricas, validez de constructo, fiabilidad y consistencia interna. Se realiza un pilotaje del cuestionario seleccionando una muestra 185 profesionales de varias comunidades autónomas (CCAA).

5. Resultados

Una vez realizadas todas las etapas de traducción y validación, se han obtenido dos instrumentos fiables para explorar la percepción de los profesionales de Atención Primaria sobre la cultura de SP. Uno ajustado a la versión americana con igual número de variables (MOSPS_español_v.3) y otro adaptado a la percepción de los profesionales españoles con 6 preguntas duplicadas orientadas a recoger matices de los profesionales sanitarios sobre la cultura de SP.

La aplicación de la fórmula de legibilidad de Szigriszt dio un valor de 75,87, equivalente al rango "bastante fácil de leer".

Propiedades psicométricas: Validez de concepto, fiabilidad y consistencia interna del cuestionario han sido evaluadas con una muestra de 185 encuestas procedentes de diferentes CCAA.

El valor de coeficiente alfa de Cronbach para ambos cuestionarios indica una alta consistencia interna.

El análisis factorial permitió que la información que recoge el cuestionario se resumiese en 13 dimensiones (descontadas las dos últimas que aportan muy poca información) para ambos cuestionarios con una adscripción de variables idéntica en 7 de las 12 dimensiones del cuestionario original.

Las dimensiones de las que consta cada uno de los dos cuestionarios, ajustada con el análisis factorial de componentes principales se recogen en la siguiente tabla:

Tabla. Estructura inicial de los dos cuestionarios españoles: dimensiones y preguntas.

	Preguntas que componen cada dimensión	
Dimensiones	Versión española del cuestionario MOSPS	Cuestionario sobre cultura de SP en Atención Primaria (MOSPS adaptado)
Aspectos relacionados con la SP y calidad	A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9	A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	B1 B2 B3 B4	B1 B2 B3 B4
Trabajo en equipo	C1 C2 C5 C13	C1 C2 C5 C13
Ritmo y carga de trabajo	C3 C6 C11 C14	C3 C6 C11 C14
Formación del personal no sanitario	C4 C7 C10	---
Formación del personal (con las 6 preguntas para sanitarios)	---	C4 C7 C10 C16 C17 C18
Procedimientos establecidos en el centro	C8 C9 C12 C15	C8 C9 C12 C15 C19
Comunicación franca	D1 D2 D4 D10	D1 D2 D4 D10
Seguimiento de la atención a los pacientes	D3 D5 D6 D9	D3 D5 D6 D9
Comunicación sobre el error	D7 D8 D11 D12	D7 D8 D11 D12

		D13 D14
Apoyo de los responsables del centro a la SP	E1 E2 E3 E4	E1 E2 E3 E4
Aprendizaje organizacional	F1 F5 F7	F1 F5 F7
Percepciones generales sobre la SP y la calidad	F2 F3 F4 F6	F2 F3 F4 F6

Los resultados del análisis factorial concuerdan con los obtenidos en la consistencia interna de forma que las preguntas que se segregan de sus dimensiones y se adscriben a otras distintas son las mismas que, en el análisis de fiabilidad, mostraban menor consistencia en sus dimensiones (A1, C10, C18, D10). Estos resultados sugieren que la estructura de las dimensiones de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de "Formación", "Comunicación franca" y "Percepciones generales sobre la SP" es cuestionable en nuestro modelo y su composición debe revisarse.

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

Las secciones que presentan una mejor respuesta son las que hacen una "Valoración global de la calidad y de la SP", seguidas de la sección "Trabajando en el CS". Por el contrario, las secciones que acumulan una mayor frecuencia de preguntas sin respuesta son la A (4 de 9), la B (3 de 4), la D (6 de 12) y la F (6 de 7) que se corresponden con las dimensiones de la AHRQ de "Aspectos relacionados con la SP y calidad", "Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales", "Aprendizaje organizacional" y "Percepciones generales sobre la SP y la calidad", estas dimensiones acumulan todas las preguntas con una tasa de no respuesta superior a 15%. No obstante, se percibe una diferencia notable en el origen de la no respuesta, de forma que en las sentencias de las dos primeras dimensiones mencionadas, la no respuesta es a expensas de la opción "no lo sé / no procede", mientras que en el caso de las sentencias correspondientes al

“Aprendizaje organizacional” y “Percepciones generales sobre la SP y la calidad” los encuestados no han marcado ninguna opción de respuesta.

6. Conclusiones

1. La validación ha supuesto un proceso complejo que ha implicado la recogida de información de múltiples fuentes y de diferentes evidencias empíricas.
2. Finalmente, la evaluación del cuestionario pilotado hace concluir que el cuestionario de la AHRQ traducido, adaptado y ampliado es para nuestro medio un instrumento válido y fiable para la medición de la cultura de la seguridad en nuestra Atención Primaria de salud.
3. No obstante, después de todo el proceso realizado, visto el análisis de validez, fiabilidad, de la no respuesta y tras consenso del grupo de investigadores, se deduce que características como el tiempo empleado en la cumplimentación del cuestionario o la sencillez y amenidad del formato son cuestiones muy importantes que han sido tenidas en cuenta, pero que pueden ser mejoradas si se consiguiera una versión de cuestionario más reducido que permitiera efectuar sin dificultades una monitorización de las evaluaciones sucesivas en cuanto a cultura de seguridad se refiere.
4. Este hecho apoyado por la opinión generalizada de los encuestados en el mismo sentido permite al grupo investigador decir que, aunque el cuestionario original traducido, adaptado y ampliado de la AHRQ es válido y fiable y debe emplearse para la realización de las comparaciones internacionales en cuanto a las mediciones de cultura de seguridad se refiere, en nuestro ámbito sería más adecuado y manejable un cuestionario con menor número de ítems de cara a facilitar la cumplimentación.
5. Un aspecto importante de cara a la utilización del cuestionario en español es que la herramienta de análisis automático diseñada, validada y disponible en la página Web de la AHRQ, sea traducida al español así como la adaptación de las instrucciones de uso considerando las aportaciones concretas de esta investigación. Es un trabajo que completaría el proyecto y permitiría difundir de una forma más eficiente la cultura de SP en la Atención Primaria de salud de habla hispana.

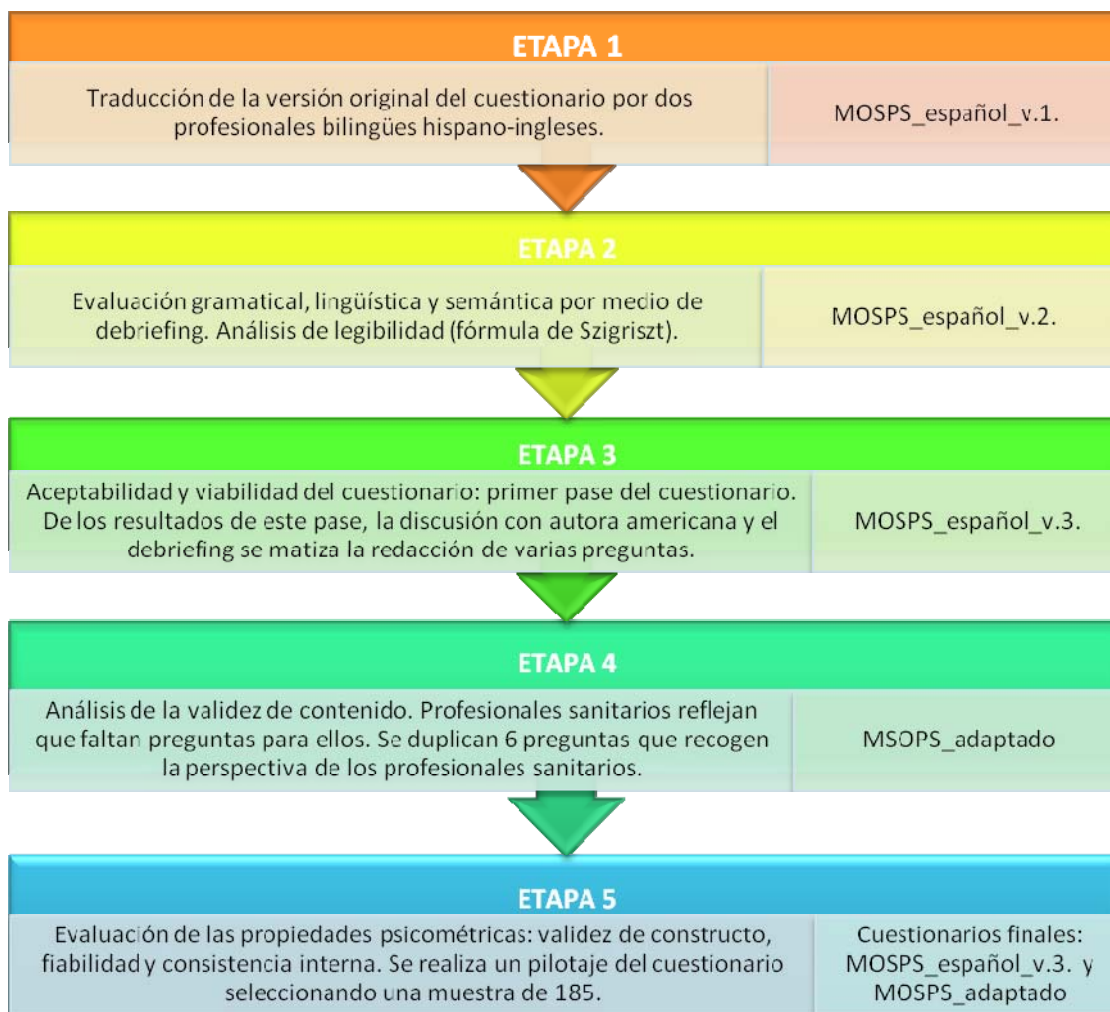


Ilustración 1: Etapas de traducción, adaptación y validación de cuestionario MOSPS al español.

1 Justificación

1.1. Antecedentes

Acabamos de entrar en la segunda década del movimiento para la seguridad de los pacientes, que tradicionalmente se considera iniciado con los informes publicados por el Institute of Medicine (IOM) de EEUU^{i,ii}, que hicieron evidentes los problemas de seguridad como consecuencia de la asistencia hospitalaria. En ellos se constataba que en un 7 - 14% de las hospitalizaciones aparecía un efecto adverso (EA) y dentro de ellos entre un 3 - 4% resultaban mortales. El mensaje fundamental fue que estos sucesos se producen como consecuencia de múltiples fallos en el complejo sistema sanitario actual, y que son prevenibles en un alto porcentaje.

El IOM se propuso reducirlos 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, lejos de lo esperado, alentaron el movimiento por la seguridad a nivel mundialⁱⁱⁱ.

Una de las debilidades encontradas fue el limitado impacto de tales acciones en los sistemas de notificación de incidentes y el escaso progreso en la mejora de las competencias que son exigibles a los profesionales. En un informe de 2003, el National Quality Forum^{iv} identificó como la primera de sus "30 prácticas seguras" promover una cultura de seguridad en la organización, entendiendo que el mayor cambio, para pasar a un sistema sanitario más seguro, es cambiar a otra cultura en la que los incidentes no son tratados como fallos de las personas sino como oportunidades para mejorar el sistema y prevenir el daño. Esta fue también una de las conclusiones de la Declaración del Consejo de Europa en Varsovia^v que se

refleja como estrategia propuesta a los países miembros para abordar el problema de la seguridad de los pacientes a escala nacional.

En nuestro contexto, el Plan de Calidad para el SNS del año 2006 contempla entre las grandes áreas de interés sanitario el FOMENTO DE LA EXCELENCIA CLÍNICA y formula como una de las estrategias para lograrla. "Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS" (estrategia 8). El primer objetivo de dicha estrategia es ***Promover una cultura de la seguridad en todos los niveles de la atención sanitaria, con un enfoque de gestión proactiva, preventiva y de aprendizaje***, objetivo que es compartido internacionalmente^{vi}.

A partir de ahí, la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad promueve diferentes estudios a nivel nacional que informan del estado de la seguridad de los pacientes en distintos aspectos en el contexto hospitalario: "Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS)^{vii}"; "Evaluación de la seguridad de los sistemas de utilización de medicamentos en los hospitales españoles^{viii}"; "Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente^{ix}", etc.

1.2. El contexto de la Atención Primaria

En lo que se refiere a la Atención Primaria, Borrel F. publica en 2006^x 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 desarrollaron con una metodología similar el "Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de salud (APEAS)",^{xi}. Se encontró que en el periodo de estudio se produjeron 11,2 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.

1.3. 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, que comparten la percepción de la importancia de la seguridad y confían en la eficacia de las acciones preventivas^{xii}. Tanto las personas como la organización son capaces de reconocer errores, aprender de ellos, y actuar para su rectificación.

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

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

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.

1.4 Instrumentos para medir la cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias

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

En las organizaciones sanitarias han sido considerados de gran importancia la SP y, en relación a este concepto, los factores culturales a promover dentro de la organización como favorecedores de un buen clima de seguridad. Esto ha propiciado el desarrollo de investigaciones sobre instrumentos que puedan medir el cambio cultural que facilite la implantación y consecución de mejoras en la seguridad de los pacientes. En la revisión realizada para la elección de un instrumento adecuado para la Atención Primaria, se hallaron dos revisiones sistemáticas sobre los instrumentos disponibles y sus resultados.

En la primera, realizada por Colla JB^{xiii} y col. en 2005, se analizan los instrumentos disponibles hasta el momento para medir cultura de SP en las organizaciones sanitarias y encuentran nueve cuestionarios diferentes. Todos ellos son capaces de discriminar sobre las siguientes dimensiones que son importantes en SP: 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 R^{xiv}, 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)^{xv} y Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)^{xvi}

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 ambulatorio^{xvii}. 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 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 Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente ^{xviii} 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 España^{xix} y en otros países^{xx}.

Sin embargo, en el ámbito de la Atención Primaria de nuestro país, se referencia más frecuentemente el Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)^{xxi,xxii}, debido probablemente a la similitud de nuestro modelo sanitario con el National Health Service británico. Este cuestionario contempla 9 dimensiones críticas de SP 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.

Dado el interés que el HSOPSC había despertado en las diferentes organizaciones, la AHRQ presentó en marzo de 2009 una versión del mismo dirigida a los centros de Atención Primaria: Medical Office Survey On Patient Safety Culture (MOSPS)^{xxiii}, después de un amplio estudio. El objetivo de este cuestionario es ayudar a los CS a evaluar hasta qué punto la cultura de seguridad de su organización transmite la importancia de la SP, facilita el trabajo en equipo, la discusión abierta sobre los errores y crea un clima de aprendizaje y mejora continuos. El cuestionario 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 SP aplicables a la atención ambulatoria, se ha seleccionado el MOSPS^{xxiv} -Anexo 6.1.- para su traducción, adaptación y validación en español por los siguientes motivos:

- Está orientado a identificar la cultura de la SP 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 SP 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 para su traducción y, adaptación cultural de forma que pueda ser aplicado en las organizaciones, CS y consultas del SNS.

2 Objetivos

2.1. Objetivo general

- Disponer de un instrumento para identificar y medir la cultura de la SP de los equipos de Atención Primaria (EAP) en España.

2.2. Objetivos específicos

- Traducir, realizar la adaptación cultural y validar el cuestionario MOSPS desarrollado por la AHRQ para su utilización en el ámbito de la Atención Primaria en España.
- Diseñar una herramienta que permita a los EAP del SNS efectuar comparaciones internacionales en cultura de seguridad.

3 Material. Consideraciones del entorno de trabajo. Metodología de traducción, adaptación y validación

3.1. Material: Cuestionario MOSPS

El cuestionario MOSPS, al igual que la encuesta de hospitales, pide opinión al encuestado acerca de la cultura de la SP y calidad de los servicios sanitarios en las consultas de atención ambulatoria a través de un total de 62 preguntas agrupadas en 9 secciones (de la A a la I).

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

- A. Aspectos relacionados con la SP y la calidad: 9 preguntas (A1 a A9).
- B. Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales: 5 preguntas (B1 a B5).
- C. Trabajando en el CS: 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/gabinete: 3 preguntas (H1 a H3).
- I. Comentarios libres del encuestado: 1 pregunta (I1).

Del total de las 62 preguntas, 52 miden las 12 dimensiones que configuran el constructo de cultura de SP. Seis de las dimensiones del cuestionario (comunicación abierta entre el personal, comunicación acerca de error, aprendizaje de la organización, percepción general de la SP y calidad, soporte de liderazgo para la SP, y trabajo en equipo) son similares a las dimensiones del cuestionario HSOPS. Las restantes seis dimensiones del mismo son únicas para las consultas de atención ambulatoria con temas que se centran específicamente en cuestiones relacionadas con la SP o la calidad de la atención en los consultorios médicos.

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

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

Acceso a la atención: A1.

Identificación del paciente: A2.

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

Equipamiento médico: A5.

Uso de medicación: A6, A7.

Manejo de resultados de pruebas diagnósticas: A8, A9.

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

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

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

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

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

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

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

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

Dimensión 10: Apoyo al liderazgo del equipo en SP: E1, E2, E3, E4.

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

Dimensión 12: Percepciones generales de la SP y calidad: F2, F3, F4, F6.

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

1.¿Cómo puntuaría a su CS 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 tres variables sobre las características de los profesionales que trabajan en el centro: categoría profesional, tiempo que llevan trabajando en dicho centro y número de horas por semana que trabajan en el lugar en el que cumplimentan la encuesta.

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

De la dimensión 4: C3, C6, C14; relativas a la presión asistencial y el ritmo de trabajo.

De la dimensión 6: C8, C12; sobre los procedimientos del centro y normalización de los mismos.

De la dimensión 10: E1, E2, E4 que tratan del, apoyo al liderazgo del equipo en SP.

El cuestionario, según su guía de usuario^{xxv}, está diseñado para gabinetes médicos con al menos tres proveedores de asistencia sanitaria, que, según la descripción de categorías profesionales de Estados Unidos, corresponden a: médicos, ya sea MD – grado de máster- o DO – licenciatura-, asistentes médicos y enfermeras y otros proveedores con licencia para diagnosticar problemas médicos, realizar el

tratamiento de pacientes y recetar medicamentos. No recomiendan pasarlo a los profesionales que trabajan aisladamente sin un equipo.

En el caso de estos gabinetes pequeños (menos de 3 personas), en lugar de la administración del mismo, se recomienda usar una herramienta para iniciar el diálogo y debatir sobre la SP y la calidad entre los proveedores sanitarios y el personal no sanitario.

3.2. Consideraciones del entorno de trabajo y cultura de la organización sanitaria en España. Impacto en la traducción y adaptación del cuestionario

El entorno de trabajo y la cultura de la organización del SNS en España son diferentes al de Estados Unidos. Por ello, se ha creído conveniente revisar el constructo de las dimensiones y analizarlas desde la perspectiva de nuestra organización, la Atención Primaria de salud en España.

El entorno de trabajo en Atención Primaria en España es básicamente público. La organización de la Atención Primaria en el SNS quedó establecida en la Ley General de Sanidad de abril 1986. En la actualidad, el sistema está constituido por el conjunto de los servicios autonómicos de salud. Los servicios autonómicos de salud están a su vez divididos en áreas de salud. El área de salud es la zona geográfica y la población atendida por un conjunto mínimo de recursos sanitarios organizados. Para conseguir una mayor operatividad y eficacia las áreas de salud se dividen en Zonas Básicas de Salud (ZBS), que constituyen el marco territorial de los EAP de salud (5000 - 25.000 habitantes).

Con independencia del desarrollo organizativo que cada servicio regional de salud haya conseguido, la provisión de Atención Primaria en el entorno público se organiza a través del EAP que se ubica en el CS.

Pasamos a contextualizar cada dimensión en razón de nuestra organización:

Dimensión 1: Aspectos relacionados con la SP y temas de calidad.

Acceso a la atención: A1.

De 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.

En los servicios regionales de salud el acceso a la atención en los CS se realiza mediante la solicitud de cita de forma presencial, telefónica, o vía web, facilitándose la cita con su médico de familia en un plazo no superior a 48 – 72hs, o en el mismo día con el servicio de atención continuada que oferta el centro.

El paciente es identificado en todo momento por la tarjeta sanitaria individual (TSI).

La historia clínica está informatizada en la mayoría de los CS.

El equipamiento médico que se utiliza son los esfigmomanómetros, termómetros, estetoscopios, equipo de exploración ocular y auditiva, espirómetros, glucómetro, coagulómetro... en ningún centro existen ya equipos de radiología ni laboratorios clínicos.

En cuanto al uso de la medicación, la prescripción la realiza el facultativo en consulta. Las enfermeras no realizan prescripciones pero sí realizan supervisión de las medicaciones crónicas que toma el paciente.

Existe cobertura gratuita de medicación para los pacientes mayores de 65 años, mientras que los menores de 65 años con situación en activo deben abonar un 40% del precio del fármaco. Por tanto, la mayor parte de la población tiene facilidad para adquirir los fármacos prescritos.

Los resultados de las pruebas complementarias, con independencia de la institución donde se realicen, son recibidos normalmente por el médico petionario.

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

La atención especializada a nivel de área de salud es realizada por especialistas que trabajan en centros de especialidades fuera de los hospitales. Existe un centro de especialidades por área. Cada área de salud debe disponer de al menos de un

hospital general público o privado “vinculado” al SNS, con los servicios necesarios en razón a la estructura y problemas de la población que atiende y servicio de urgencias 24 horas. La comunicación entre niveles se circunscribe básicamente a esta organización. Si bien es cierto, que la comunicación entre la Atención Primaria y la especializada es un área de mejora que no se ha resuelto adecuadamente hasta el momento.

Existen CS que disponen de profesionales especializados prioritarios de apoyo al núcleo básico del EAP, la odontología, el laboratorio, la radiología y las unidades de orientación familiar (Centros de Orientación Familiar, COF), salud mental y en algunas regiones incluyen centros de atención a la mujer o unidades de apoyo y dan servicio, por lo general, a varios centros de salud a la vez.

Las farmacias próximas a los CS suelen comunicarse con los profesionales en casos de incidentes con las recetas oficiales.

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

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

Las actividades de los EAP se desarrollan de una forma integrada, incluyendo las de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva, de los habitantes de la zona básica de salud^{xxvi}. Los programas de salud considerados como básicos son la atención al adulto y anciano, atención a la mujer, atención al niño y atención al medio.

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

Los profesionales de los EAP de los CS de los servicios regionales trabajan en su mayoría en turnos de 8 horas en horario de mañana y/o tarde.

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

Las agendas de los profesionales médicos suelen atender de media entorno a 35-40 pacientes/día distribuidos en actividad programada, a demanda, y avisos a domicilio. La frecuentación en España es elevada y se estima que cada ciudadano acudimos al médico de familia una media de 8,7 veces al año^{xxvii}. Por lo que la presión asistencial y el ritmo de trabajo son elevados.

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

El personal no sanitario puede tener plaza fija o bien plaza eventual. En el caso del personal con plaza fija han pasado un examen sobre las actividades de su puesto de trabajo y conocimiento general del sistema de salud.

Los profesionales no sanitarios eventuales de los CS son contratados por el sistema de lista o bolsa de trabajo del servicio regional de salud correspondiente. Se exige formación básica y en el momento de su incorporación al centro, en pocas ocasiones ha habido tiempo de realizar una formación ad hoc.

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

Los procedimientos de trabajo de un CS vienen regulados por normas internas de cada servicio regional pero responden como mínimo a la cartera de servicios de Atención Primaria publicada por el ministerio en 2006. La dinámica de trabajo de los EAP está consolidada y en varios servicios regionales están trabajando en el desarrollo de certificaciones ISO de los procedimientos de los centros.

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

Por lo general, los profesionales sanitarios de los equipos desarrollan sesiones clínicas e informativas de forma periódica pero normalmente la comunicación con los profesionales no sanitarios es informal.

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

La longitudinalidad es una de las características básicas de la Atención Primaria en España. El médico de familia atiende a los pacientes durante muchos años, favorecido por la baja movilidad de personas por motivos laborales y por la alta frecuentación de la población.

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

En nuestro país no existe cultura de hablar de los errores cometidos. El marco legal existente actualmente en España tampoco resulta propicio al objeto de proceder a la puesta en marcha de un sistema de notificación de eventos adversos, ya que se encuentra salpicado de obstáculos legales relativos a los deberes de denunciar, de declarar y, a la inversa, de guardar secreto acerca de la notificación, tal y como contempla la normativa penal y la procesal penal vigente en la actualidad^{xxviii}.

Dimensión 10: Apoyo al liderazgo del equipo en SP: E1, E2, E3, E4.

La figura de los coordinadores médicos, de enfermería y de admisión en la mayoría de los servicios regionales de salud no está planteada con un carácter de liderazgo. Son figuras que organizan los recursos humanos de su categoría. El coordinador médico asume la coordinación del conjunto pero la explicitación oficial de jerarquía y funciones claras sobre los demás profesionales del equipo no es homogénea en todos los servicios regionales.

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

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

Sin embargo, el tipo de aprendizaje organizacional considerado como un "proceso que emplea el conocimiento y entendimiento orientado a la mejora de las acciones" (Fiol y Lyles, citado por López, 2002)^{xxix} que no sólo requiere cambios estructurales sino también en la mentalidad de los directivos, no está vigente en nuestro sistema, por el momento.

Dimensión 12: Percepciones generales de la SP y calidad: F2, F3, F4, F6.

A nivel internacional se está viviendo una situación coyuntural de escasez de profesionales sanitarios. En España, la Atención Primaria ha sido la primera en acusarlo con una merma de los especialistas en Medicina de Familia y Pediatría. Esta situación contribuye a incrementar la presión asistencial y limita la capacidad de control de la actividad realizada.

Características de los profesionales del centro.

El cuestionario recoge tres variables sobre las características de los profesionales que trabajan en el centro: la categoría profesional, el tiempo que llevan trabajando en dicho centro y las horas por semana que trabajan en el lugar en el que cumplimentan la encuesta. En nuestro entorno estas variables son importantes porque en numerosos equipos las horas semanales de trabajo en el centro están entorno a las 35-40 horas y la permanencia en el puesto en años es alta.

Impacto en la traducción, adaptación, validación del cuestionario.

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

- La consulta, oficina, y gabinete de médicos son establecimientos de atención sanitaria ambulatoria en una ubicación geográfica determinada. Un gabinete médico o un sistema de salud puede tener varios consultorios médicos en diferentes lugares. Para el cuestionario, cada ubicación es considerada un consultorio médico independiente tanto para el análisis de los datos de las encuestas como para la retroalimentación de la información comparativa. En la versión española, se ha equiparado consultorio médico con CS.
- Los proveedores (profesionales sanitarios) en el gabinete médico/CS, según propone el cuestionario original, deben compartir una parte o la totalidad del personal administrativo, como recepcionistas y administrativos, y parte o la totalidad del personal de apoyo clínico (auxiliares de enfermería, celadores...). Esta situación concuerda con la organización de los CS en España.

En cuanto al tamaño del gabinete médico o CS, en las instrucciones de la AHRQ, recomiendan limitar la administración de dicho instrumento a las oficinas/centros en los que trabajen al menos tres proveedores sanitarios. En la mayoría de los CS en España existen al menos 3 profesionales sanitarios trabajando para la población de la zona básica asignada.

El cuestionario original de la AHRQ para gabinetes médicos ha sido diseñado para ser utilizado por profesionales de cualquier especialidad médica. El gabinete o centro puede prestar servicios únicamente de Atención Primaria, o bien otros servicios de atención especializada, o una combinación de servicios de Atención Primaria y especializada. Esta adaptación se realiza con la finalidad de aplicar el cuestionario a la recogida de información en los centros de salud únicamente.

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

1. Traducción de Medical Office por CS y no por gabinete médico u oficina de consulta médica ambulatoria. La justificación reside en que la Atención Primaria en España es mayoritariamente pública a través de los servicios regionales de salud y se realiza en los CS.

2. Traducción y adaptación de las categorías profesionales.

Por un lado, las categorías profesionales de los trabajadores de un consultorio americano no coinciden con las categorías españolas tanto en lo que se refiere a la formación como a las responsabilidades asistenciales que asumen. Se consideró importante comentar este tema con los autores del cuestionario original, con los que se mantuvieron varios intercambios de información a este respecto. Los consensos alcanzados con los autores del cuestionario de la AHRQ (Joan Sorra) de cara a la traducción de las categorías profesionales en relación con el peso atribuido a la categoría y su responsabilidad en velar por la SP en su puesto de trabajo fueron los siguientes:

2.1. Concepto de providers en un CS:

EL MOSPS entiende providers como las personas que toman las decisiones en el equipo y que, frente a esas decisiones, los demás miembros del equipo tienen poco que decir u opinar. Además, son los únicos que pueden prescribir medicamentos y otros tratamientos. En EEUU, providers son los médicos y las enfermeras que

pueden prescribir. Tienen en los equipos otros profesionales como los assistant doctors, con una formación básica en salud inferior a las enfermeras, y que ayudan a los médicos dando consejos a la población.

En España, los médicos y enfermeras trabajan en equipo y para la misma población asignada. Ambos conocen a dicha población y toman decisiones compartidas sobre los pacientes atendidos. Enfermería no puede prescribir medicamentos en la actualidad pero puede prescribir tipos de curas y dar consejos básicos de cuidados y gestionar la cartilla de largo tratamiento de los pacientes, por lo que estos profesionales tienen una implicación importante en velar por la cultura de la SP al que atienden en el CS.

En la adaptación del cuestionario se decide identificar a las enfermeras como providers y matizar en la traducción de la definición de providers, al inicio de la encuesta, que las preguntas relacionadas con las prescripciones hacen referencia sólo a los médicos.

En el concepto de providers en la versión española se incluirán igualmente a los profesionales sanitarios implicados en la atención sanitaria directa al paciente que trabajan en las unidades de apoyo a los CS, como son matronas, fisioterapeutas u odontólogos entre otros.

2.2. Concepto de staff en el CS:

En el contexto americano, el staff hace referencia al resto de personal que trabaja en el gabinete médico. En la adaptación este término hace referencia a otros profesionales distintos a médicos y enfermeras, y se ha traducido como personal no sanitario.

En el caso del sistema español incluye a otros profesionales del centro como son los administrativos, los celadores o los trabajadores sociales.

Según las autoras, la cultura de SP está poco extendida entre los profesionales no sanitarios de los CS americanos. Estos profesionales piensan que el concepto de SP trata de evitar que el paciente se caiga al pisar un suelo resbaladizo o no se haga daño cuando accede al centro, pero no lo relaciona con posibles daños derivados de

tratamientos que se le prescriben al paciente o bien generados en el proceso de cuidados dispensados en el centro o por un cambio de identificación de historia o una citación incorrecta.

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

En cuanto a los resultados obtenidos de la aplicación de la encuesta en EEUU, los "Office Managers y Doctors" (coordinadores médicos y médicos) tienen niveles de respuesta similares y una percepción alta de la SP en sus oficinas. Por otro lado, los profesionales de enfermería y los ayudantes médicos se muestran menos abiertos a la hora de hablar sobre la SP y sienten que la cultura de SP está menos presente en la actividad diaria de los CS que los directivos de los equipos. Estos aspectos serán relevantes para considerar en nuestros resultados por dos motivos. Uno por el hecho de que los profesionales médicos de un CS en España son asalariados y no disponen de capacidad de contratación de recursos humanos ni compra de material; contrata y compra la Dirección o Gerencia de Área o Sector Sanitario, por lo que su percepción de la seguridad puede variar. Y otro por valorar la percepción de los profesionales de enfermería de nuestros centros que son igualmente asalariados como los médicos y con actividad asistencial sobre pacientes pero que pueden presentar una diferente percepción de la cultura de seguridad, como ocurre en los resultados americanos.

MATIZACIONES LINGÜÍSTICAS.

Término agudo/grave.

En el enunciado de la pregunta A1 se habla del tiempo de demora para atender un problema agudo/grave. Tras el debriefing realizado se ha concluido dejar la palabra "agudo" y quitar la expresión "grave". La expresión "agudo" distorsiona menos el significado de la pregunta en cuanto a que la información que se busca es la de conocer si el equipo da una cita

en tiempo adecuado con balance riesgo/beneficio asumible para la salud del paciente. Considerando los problemas presentes en las consultas de Atención Primaria podemos tener personas con patologías graves (tumores, insuficiencia cardíaca grado III-IV,...) pero que no requieran una visita inmediata y sin embargo, problemas agudos que sí requieran una respuesta rápida.

Fair/acceptable.

En la sección G, la pregunta 2: "*Globalmente, cómo puntúa el sistema y los procedimientos clínicos en su Centro de Salud...*" da 4 opciones de gradación de la respuesta en la versión inglesa: poor, fair, good, very good, excellent. Fair admite muchas traducciones posibles: razonable, justo, bueno, equitativo, pasable. Si bien para transmitir la valoración de los sistemas como un punto medio entre "poor=pobre" y "good=bueno" el grupo investigador convino traducirlo como "acceptable" expresión próxima a pasable y razonable.

Traducción y adaptación de los tiempos verbales del inglés.

Hubo que prestar atención a los tiempos verbales que se propusieron en la traducción literal de las preguntas del inglés ya que el contexto de las preguntas (no se pregunta por un hecho que sucedió en un tiempo concreto, más bien todo lo contrario, se pregunta por hechos que pudieron no ocurrir u ocurrir diariamente) ha de reflejar un hecho que ha pasado pero que no ha terminado. De esta manera, por ejemplo, la redacción "*se utilizó -o se usó- la historia clínica de otro paciente*", hace referencia a un hecho que ocurrió en un tiempo concreto y que no se adaptaba tan bien a las opciones de respuesta que se ofrecen al encuestado (diariamente - ninguna vez...). Sin embargo, se comentó con las autoras de la encuesta original, Marthy Franklin (technical assistant, MOPS, AHRQ), quienes sugirieron mantener en pasado las preguntas de la sección A.

3.3. Metodología de traducción transcultural

La validación lingüística de la traducción se ha realizado con la técnica de traducción hacia atrás^{xxx} que ha seguido los siguientes pasos:

1) Se ha partido de una versión original en inglés (encuesta de la AHRQ para Medical Office), que ha sido traducida al español por dos personas bilingües con lengua española de origen y con experiencia en literatura científica del ámbito sanitario. Ambas traducciones han sido discutidas simultáneamente entre los traductores y el equipo investigador, hasta alcanzar un consenso, generando la primera versión de la encuesta en español. Las dos traducciones han sido realizadas por Susana Lorenzo y M^a Pilar Astier.

2) Un profesional médico de Atención Primaria con experiencia laboral en países de habla inglesa ha evaluado la equivalencia conceptual, la claridad y la naturalidad de cada una de las frases y de las opciones de respuesta de esta primera versión. Con las modificaciones pertinentes, se ha obtenido una segunda versión. Esta parte la ha realizado el Dr. Jorge Laya Gómez, médico de medicina familiar y comunitaria con formación vía MIR en España, que lleva ejerciendo como médico de familia desde el año 2002 en el Centro de Salud de Liverpool Centro, Abercromby Center. (http://www.merseydoctors.nhs.uk/abercromby/practice/staff_details.htm).

3) Se realizó un debriefing con la primera versión para conocer la opinión del cuestionario con profesionales sanitarios y no sanitarios en diferentes CCAA.

4) La segunda versión en español, se ha retro-traducido de nuevo a inglés, por un traductor bilingüe, con inglés como lengua de origen, obteniéndose la primera retro-traducción. Esta parte la ha realizado un traductor especializado en temas médicos.

5) Esta segunda versión en español fue presentada en la II Jornada de Seguridad del Paciente en Atención Primaria de Granada, en mayo de 2009, con la finalidad de obtener información de la comprensión, tiempo de cumplimentación y cualquier otro comentario importante para generar la versión definitiva.

6) La segunda versión con la información de los cuestionarios pasados en Granada fue analizada por el equipo investigador, la autora (Joan Sorra, las principales conclusiones de la conversación se incluyen más abajo) y uno de los traductores, que han evaluado la equivalencia conceptual. De este análisis se genera una tercera versión que respeta más el modelo original.

7) El debriefing de la tercera versión detecta el hecho de que el cuestionario contempla más preguntas sobre SP para el personal no sanitario que para el sanitario; se realiza un análisis del contenido con la colaboración de dos expertos externos.

8) Con el resultado de la consulta, el equipo investigador decide duplicar preguntas relacionadas con el personal no sanitario y la seguridad en el centro, de tal forma que puedan recoger la opinión de los profesionales sanitarios. El texto de las 6 preguntas añadidas replica para los sanitarios el mismo texto que para los no sanitarios. Las preguntas son (Anexo 3: Encuesta MOSPS en español, versión adaptada):

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

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

Así se ha generado la cuarta versión del cuestionario en español con el que se ha procedido a realizar un estudio piloto entre profesionales de los EAP del SNS público de España. Este pilotaje fue realizado en noviembre de 2009.

3.4. Debriefing y legibilidad

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

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

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

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

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

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

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

La legibilidad^{xxxiii} es el conjunto de características tipográficas y lingüísticas del texto escrito que permiten leerlo y comprenderlo con facilidad. El análisis de legibilidad evalúa la dificultad de lectura y comprensión de un texto pero sin analizar su contenido conceptual o constructo. La mayoría de las fórmulas parten de la hipótesis de que un texto es tanto más fácil de leer cuanto más cortas son las palabras y frases que utiliza.

Para aplicar esta fórmula hemos seleccionado el programa INFLESZ disponible gratuitamente en internet: <http://www.legibilidad.com/>. La escala Inflesz establece 5 niveles de dificultad:

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

3.5. Pilotajes del cuestionario traducido y adaptado

3.5.1. Muestra para el pilotaje y pase de los cuestionarios

Se decide recoger al menos 10 cuestionarios cumplimentados por médicos (titulares, interinos o residentes de medicina de familia), otros 10 por enfermería y otros 10 por personal no sanitario del centro (administrativos, celadores) en los servicios regionales de salud de Aragón, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Madrid, Andalucía y Cataluña.

3.5.2. Análisis estadístico del pilotaje

Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS versión 15 para realizar el análisis de los datos obtenidos de los cuestionarios recogidos realizando el siguiente proceso:

3.5.2.1. Análisis de la respuesta.

3.5.2.2. Poder de discriminación de cada una de las sentencias del cuestionario.

3.5.2.3. Validez interna medida a través del alfa de Cronbach^{xxxiv}.

3.5.2.4. Validez de constructo: análisis factorial para evaluar la concordancia de las dimensiones con el modelo original.^{xxxv}.

4 Resultados

4.1. Resultados del debriefing y la legibilidad de la traducción del cuestionario

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

- a. El tiempo invertido ha sido una media de 20 minutos. Unos 5 minutos más de lo que estima la AHRQ en su guía de cuestionario.
- b. La percepción general del cuestionario en cuanto a la temática es de ser un tema interesante.
- c. Resulta excesivo el número de preguntas del cuestionario.
- d. Suprimirían algunas preguntas que repiten el mismo concepto con pequeños matices en dos secciones.
- e. Los profesionales de los servicios de admisión no se sienten capacitados para evaluar preguntas referentes a los profesionales sanitarios, lo mismo que las enfermeras respecto a los médicos.
- f. Las opciones de respuesta para cada pregunta son muy numerosas. Son entre 5 y 6 opciones de respuesta para cada pregunta.
- g. Las dificultades presentadas a la hora de cumplimentar el cuestionario han sido:

g.1. Las preguntas generales sobre seguridad y calidad en el CS y las preguntas de la sección A han sido las más complejas de evaluar. El motivo más argumentado era el no sentirse capaces de evaluar el trabajo de profesionales de otra categoría del centro. La mayoría de los encuestados refieren que les cuesta realizar una valoración global de todo el equipo.

g.2. Las secciones que han requerido más tiempo de cumplimentación por el es fuerza de reflexión que les suponía han sido la sección B de "Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales" (en particular la pregunta 5 que hace referencia a otros servicios) y la sección D de "Comunicación y seguimiento".

g.3. La expresión del texto les parece adecuada. Insisten en concretar la diferencia entre un problema agudo o grave, ya que para los profesionales no tiene el mismo impacto asistencial, por ejemplo, el relato de un catarro que de crisis anginosas de repetición.

De la información recogida de los debriefing el equipo investigador se plantea las siguientes decisiones:

- Los profesionales no sanitarios no respondan a las secciones A ("Aspectos relacionados con la SP y la calidad") y B ("Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales"), ya que estas secciones recogen actividades de profesionales sanitarios principalmente. Sin embargo, una vez contrastada esta decisión con los responsables técnicos de la AHRQ, se renuncia a esta opción para garantizar la comparabilidad de las encuestas.
- Las escalas de medición no se modifican ya que cambiaría la comparación de los resultados con los de la versión americana.
- Se decide suprimir la pregunta B5 por no aportar valor al cuestionario en nuestro caso (es una pregunta abierta sobre relación con otros servicios asistenciales) y desorienta a los que lo contestan.
- La pregunta A1 se redacta finalmente con un único matiz de problema agudo y se suprime "o grave", quedando de la siguiente manera: *"el paciente no consiguió una cita para consultar un problema de salud agudo en las siguientes 48 horas"*. Se entiende que un problema grave accede directamente al hospital en nuestro sistema público de salud sin trabas.

- Los profesionales sanitarios opinan que preguntas dirigidas a los no sanitarios, también les serían aplicables.

El informe de legibilidad del cuestionario se ha realizado con el texto completo del cuestionario (instrucción, preguntas y las opciones de respuesta por separado). El texto contiene un total de 2795 palabras, 5671 sílabas y 613 frases. El promedio de sílabas por palabra es de 2,0 y el promedio de palabras por frase es de 4,7.

El índice de Flesch-Szigriszt tiene un valor de 75,8 y según la escala descrita en material y métodos, el cuestionario se clasifica con índice de legibilidad bastante fácil.

4.2. Resultados de la traducción y adaptación del cuestionario al español

En el anexo 6.2 del informe figura la traducción y adaptación del cuestionario MOSPS al español. En el anexo 6.3 figura la versión con 6 variables añadidas por los investigadores.

4.3. Resultados del análisis del pilotaje para la validación del cuestionario

4.3.1. Descripción de la muestra participante

Se ha administrado el cuestionario a 185 profesionales de Atención Primaria que trabajan en nuestro SNS, siendo su mayoría sanitarios (68,6%) y, de forma más específica, médicos (casi el 40,5% del total y el 59,1% de los sanitarios). Entre los que ocupan un puesto gestor, la mayoría tienen su responsabilidad en el área administrativa. Los resultados aparecen en la tabla 1.

Tabla 1 .Puesto que ocupa en el CS

Puesto que desempeña en el CS	N (%)
No contesta	1 (0,5)
Médicos, MIR	75 (40,5)
Enfermera	48 (25,9)
Gestores	36 (19,6)
Coordinador médico	8
Responsable de área administrativa	15
Responsable de enfermería	8

Otros gestores	4
NO CONTESTA No contesta	1
Aministrativos y otros sanitarios	21 (11,4)
Otros	4 (2,2)
Total	185 (100,0)

Con respecto al tiempo trabajando en el CS, en general la mayoría llevan de uno a tres años (26,5%), aunque difiere según categoría profesional, y su horario es amplio de 33 a 40 horas semanales (87,0%), los datos se muestran en las siguientes tablas:

Tabla 2: Tiempo de trabajo a la semana (en horas)

Horas que trabaja en el CS	N (%)
No contesta	1 (0,5)
De 1 a 4	1 (0,5)
De 5 a 16	7 (3,8)
De 17 a 24	2 (1,1)
De 25 a 32	13 (7,0)
De 33 a 40	161 (87,0)
Total	185 (100,0)

Tabla 3: Antigüedad en el CS.

Tiempo trabajado en el CS	N (%)
<i>No contesta</i>	1 (0,5)
< 2 meses	6 (3,2)
De 2 meses a menos de 1 año	20 (10,8)
De 1 año a menos de 3 años	49 (26,5)
De 3 años a menos de 6 años	40 (21,6)
De 6 años a menos de 11 años	23 (12,4)
11 años a más	46 (24,9)
Total	185 (100,0)

Tabla 4: Relación entre el puesto que ocupan y antigüedad

Tiempo trabajado en el CS	Puesto en el CS					
	Médico/MIR N (%)	Enfermera N (%)	Gestores N (%)	Administrativos N (%)	Otros N (%)	Total N (%)
No contesta	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,5)
< 2 meses	2 (2,7)	2 (4,2)	0 (0,0)	1 (4,8)	1 (25,0)	6 (3,3)
2 meses - < 1 año	9 (12,0)	7 (14,6)	2 (5,6)	0 (0,0)	2 (50,0)	20 (10,9)
1 año - < 3 años	22 (29,3)	13 (27,1)	9 (25,0)	5 (23,8)	0 (0,0)	49 (26,6)
3 años - < 6 años	19 (25,3)	13 (27,1)	6 (16,7)	2 (9,5)	0 (0,0)	40 (21,7)
6 años - < 11 años	7 (9,3)	3 (6,3)	6 (16,7)	6 (28,6)	0 (0,0)	22 (12,0)
11 años o más	15 (20,0)	10 (20,8)	13 (36,1)	7 (33,3)	1 (25,0)	46 (25,0)
Total	75 (100,0)	48 (100,0)	36 (100,0)	21 (100,0)	4 (100,0)	184 (100,0)

Tabla 5: Relación entre el puesto que ocupan y el tiempo de trabajo a la semana

Tiempo trabajado en el CS	Puesto en el CS					
	Médico/MIR N (%)	Enfermera N (%)	Gestores N (%)	Administrativos N (%)	Otros N (%)	Total N (%)
No contesta	0 (0,0)	1 (2,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,5)
De 5 a 16 horas / semana	1 (1,3)	3 (6,3)	2 (5,6)	1 (4,8)	0 (0,0)	7 (3,8)
De 17 a 24 horas / semana	0 (0,0)	1 (2,1)	1 (2,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,1)

horas / semana						
De 33 a 40 horas / semana	65 (86,7)	42 (87,5)	32 (88,9)	19 (90,5)	3 (75,0)	161 (87,5)
Total	75 (100,0)	48 (100,0)	36 (100,0)	21 (100,0)	4 (100,0)	184 (100,0)

4.3.2 Análisis de la respuesta, fiabilidad y validez

1. Análisis de la respuesta.

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

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

La frecuencia de participantes que responden “no lo sé / no procede” o no responden (en lo sucesivo denominado “no respuesta”), junto con la media del número de preguntas que los participantes dejaron sin responder en las diferentes secciones del cuestionario se muestran en la tabla 6.

Tabla 6: Frecuencia de "no respuesta" y media de preguntas que no fueron respondidas según la sección del cuestionario

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

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

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

El comportamiento de las diferentes preguntas que constituyen el cuestionario es muy variable, pero en general se constata que el 56,5% de las preguntas presentan porcentajes de no respuesta superiores al 10%; y en 7 (11,3%) preguntas se observa una frecuencia de no respuesta superior al 20%, destacando las preguntas

A7¹ que obtiene un 32,4% y las A9² y D7³ que alcanzan un 25,9%; mientras que solo 15 (24,2%) preguntas tienen una frecuencia de no respuesta inferiores al 3%.

La sección A sobre "Aspectos relacionados con la SP y la calidad" (Anexo 6.4. Tabla 1) es uno de los grupos de sentencias que mayor frecuencia de no respuesta acumula destacando las preguntas A7 y A9 que obtienen, respectivamente, un 32,4% y un 25,9% siendo los porcentajes de no respuesta más elevados del cuestionario. Además en otras dos preguntas, las números A2⁴ y A4⁵, se alcanzan porcentajes de no respuesta superiores al 15%. El análisis por categoría profesional, que también se muestra en la misma tabla, revela que la no respuesta afecta a los dos colectivos analizados pero con un patrón diferente, de forma que la no respuesta a la pregunta A1⁶ relativa a la cita del paciente, se debe fundamentalmente a que un 12% de los profesionales sanitarios han marcado la opción "no lo sé / no procede". Lo contrario ocurre en las preguntas A2 A5⁷, A7⁸ A8⁹ y A9¹⁰ referidas a diversos aspectos asistenciales como la utilización de la historia clínica, funcionamiento de equipamiento médico, actualización de la medicación o supervisión de pruebas diagnósticas, en las que es el personal no sanitario quien se decanta por la respuesta "no lo sé / no procede".

En el colectivo de profesionales sanitarios también se observa un comportamiento de respuesta diferente, de forma que las enfermeras presentan frecuencias de no respuesta más elevadas que los médicos en todas las preguntas, y de forma más marcada en las referidas a la actualización de la medicación o a la supervisión de pruebas diagnósticas, donde al igual que ocurría con el personal no sanitario, las enfermeras responden que no saben la respuesta o consideran que la pregunta no procede.

¹ "La lista de medicación del paciente no se supervisó durante la consulta".

² "Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día".

³ "El personal no sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra".

⁴ "Se utilizó la historia clínica de otro paciente".

⁵ "La información clínica se archivó en la historia clínica de otro paciente".

⁶ "El paciente no consiguió una cita para consultar un problema de salud agudo en las siguientes 48 horas".

⁷ "El equipamiento médico no funcionó adecuadamente, precisaba reparación o sustitución".

⁸ "La lista de medicación del paciente no se supervisó durante la consulta".

⁹ "Los resultados de algunas pruebas de laboratorio o de imagen no estaban disponibles cuando se precisaron".

¹⁰ "Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día".

En la sección B, que trata sobre el intercambio de información con otros dispositivos asistenciales, tres de las cuatro preguntas tienen una frecuencia de no respuesta superior al 15%; son las sentencias: B2¹, B3² y B4³, destacando la B3 con un 23,2%. Estos elevados porcentajes se constatan tanto en el grupo de sanitarios como en el de no sanitarios, pero en este último de forma más acentuada (Anexo 6.4.Tabla 2). También en esta sección la frecuencia de valores perdidos es mucho mayor entre los profesionales de enfermería que entre los médicos y, como en la sección A, se debe casi en su totalidad a la selección de la opción “no lo sé / no procede”.

Ninguna pregunta de la sección C, denominada “Trabajando en el CS” (Anexo 6.4. Tabla 3), alcanza porcentajes de no respuesta del 15%, y un 74% de las preguntas tienen una frecuencia de no respuesta inferiores a 10,3%. Las sentencias que se han respondido menos son la C7⁴ C10⁵, C15⁶ y C19⁷ con porcentajes de no respuestas de 14,6; 13,5; 11,9 y 12,4 respectivamente. Las dos primeras preguntas se refieren a aspectos formativos del personal no sanitario, y las dos últimas a la realización de tareas según procedimientos establecidos. También en este caso se observan diferencias de respuesta entre categorías profesionales, de forma que en las preguntas que aluden al personal no sanitario la falta de respuesta se centra en los profesionales sanitarios y viceversa, y también la opción de respuesta marcada en estos casos es la de “no lo sé / no procede”. Médicos y enfermeras tienen una frecuencia de no respuesta similar con excepción de las preguntas C4⁸ y C7⁹, ambas sobre formación del personal no sanitario, en las que se observa un mayor porcentaje de valores perdidos (17,9% vs 9,6% y 21,4% vs 15,7%, respectivamente) entre las enfermeras.

Las preguntas agrupadas en la sección D, de “Comunicación y seguimiento”, también presentan un pobre comportamiento con porcentajes de no respuesta

¹ “Problemas con otras consultas médicas fuera del centro”.

² “Problemas con oficinas de farmacia”.

³ “Problemas con hospitales”.

⁴ “En este centro se asegura que el personal no sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo”.

⁵ “Al personal no sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado”.

⁶ “El personal no sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos”.

⁷ “El personal sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos”.

⁸ “Este centro forma a su personal no sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha”.

⁹ “En este centro se asegura que el personal no sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo”.

superiores al 10% en el 57,1% de las preguntas de la sección (Anexo 6.4. Tabla 4). En 6 sentencias (42,9%) la frecuencia de no respuesta es superior al 15% y en 4 (28,6%) está por encima del 20%, estas preguntas son la número D5¹ sobre el registro de la adherencia terapéutica, las D7² y D13³ sobre la utilización de errores en contra del personal no sanitario y sanitario respectivamente y la D12⁴ sobre disposición a la notificación de fallos por el personal no sanitario. Al igual que en las secciones previas se observa diferente comportamiento de respuesta entre grupos profesionales, de forma que las preguntas que citan al personal no sanitario se registra una mayor frecuencia de no respuesta entre los profesionales sanitarios y de forma más acentuada en las enfermeras: D2⁵ D4⁶, D7⁷ D12⁸. Por el contrario, en las preguntas que se refieren a aspectos clínicos o al personal sanitario, las tasas de no respuesta son mucho más elevadas entre el personal no sanitario: D5⁹, D6¹⁰, D9¹¹, D14¹².

En la sección E tres preguntas tienen un porcentaje de valores perdidos superior al 10%, destacando la E4¹³ (Anexo 6.4. Tabla 5), sobre los criterios de toma de decisiones de los responsables del centro, que alcanza un 18,1%. Esta elevada frecuencia se obtiene a expensas del personal no sanitario en el porcentaje de valores perdidos que tiene un rango de 19,0% a 42,9%. Las respuestas de médicos y enfermeras tienen un comportamiento similar en esta sección.

La frecuencia de no respuesta de todas la sentencias de la sección F “En el centro” varía entre 14,6% de la pregunta F3¹⁴ y 17,8% de la pregunta F2¹⁵ que tratan de la bondad de los procesos del centro para prevenir los fallos. También se observan

¹ “En este centro se registra si nuestros pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento”.

² “El personal no sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra”.

³ “El personal sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra”.

⁴ “El personal no sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro”.

⁵ “En este centro, se anima al personal no sanitario a expresar puntos de vista alternativos”.

⁶ “El personal no sanitario teme hacer preguntas cuando algo parece que no está bien”.

⁷ “El personal no sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra”.

⁸ “El personal no sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro”.

⁹ “En este centro se registra si nuestros pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento”.

¹⁰ “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”.

¹¹ “En este centro se hacen revisiones a los pacientes que precisan un seguimiento”.

¹² “El personal sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro”.

¹³ “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”.

¹⁴ “En este centro se producen fallos con más frecuencia de lo que debieran”.

¹⁵ “Los procesos de nuestro centro son buenos para prevenir fallos que pueden afectar a los pacientes”.

pequeñas diferencias entre grupos profesionales, con menor respuesta del personal no sanitario, mientras que médicos y enfermeras tienen un comportamiento similar a excepción de la pregunta F1¹ que trata de la valoración del cambio de proceder cuando aparece un problema, pregunta a la que los médicos responden menos (Anexo 6.4. Tabla 6).

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

Las secciones de puntuaciones globales sobre calidad (G1) y SP (G2), son las que muestran un mejor comportamiento respecto a la no respuesta. Todas tienen una frecuencia por debajo del 2 % con la excepción de la pregunta G1.2 que tiene el 2,7%. Por otra parte, todos los participantes respondieron a la única pregunta que constituye la sección G2 de puntuaciones globales sobre la SP (Anexo 6.4. Tablas 7 y 8).

2. Poder de discriminación.

Se ha calculado el poder de discriminación de cada pregunta comparando las puntuaciones medias de cada sentencia entre los individuos cuya puntuación en el total de la escala se situó por encima del percentil 75 y los que estaban por debajo del percentil 25. Para realizar dicho análisis se ha utilizado la prueba no paramétrica de Mann – Whitney.

Todas las preguntas, con la excepción de la C11², han mostrado poder de discriminación, observándose en cada una de ellas que las puntuaciones otorgadas por los participantes que trabajan en un entorno de mayor cultura de SP (por encima del percentil 75) son significativamente superiores a las que expresan menor cultura de seguridad (por debajo del percentil 25). Las puntuaciones medias en la pregunta C11 de los grupos situados por debajo del percentil 25 y por encima del percentil 75 son 2,89 y 3,23 respectivamente. Esta pregunta se refiere a la

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

² “Tenemos suficiente personal no sanitario para manejar la carga de trabajo de los pacientes”.

suficiencia de personal no sanitario, para dar respuesta a las demandas de los pacientes.

3. Fiabilidad.

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

El coeficiente de reproductibilidad alfa de Cronbach para el total de la escala es de 0,96. Los resultados de las diferentes subescalas, junto con los valores correspondientes que se obtuvieron en el pilotaje de la encuesta MOSPS de la AHRQ, se muestran en la tabla 7. También se han incluido las dimensiones que se han definido con las sentencias de las secciones C y D relativas específicamente al personal sanitario.

Los coeficientes alfa de Cronbach de 10 de las 13 dimensiones evaluadas se sitúan entre los valores de 0,70 a 0,94; considerados en la bibliografía como deseables. Solo las dimensiones "Formación del personal no sanitario", "Seguimiento de la atención a los pacientes" y "Comunicación sobre el error" obtienen valores ligeramente inferiores a 0,70.

Tabla 7: Dimensiones, casos válidos y alfa de Cronbach comparado con pilotaje de la AHRQ

Dimensión	N casos válidos	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach (AHRQ, N=4200)
1. Aspectos relacionados con la SP y calidad: A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9	88	0,81	0,86
2. Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales: B1 B2 B3 B4	133	0,83	0,90
3. Trabajo en equipo: C1 C2 C5 C13	176	0,75	0,83
4. Ritmo y carga de trabajo: C3 C6 C11 C14	165	0,74	0,76

5. Formación del personal no sanitario: C4 C7 C10	146	0,63	0,80
5b. Formación del personal sanitario: C16 C17 C18	157	0,76	
6. Procedimientos establecidos en el centro: C8 C9 C12 C15	150	0,78	0,77
6b. Procedimientos establecidos en el centro: C8 C9 C12 C19	144	0,77	
7. Comunicación franca: D1 D2 D4 D10	144	0,70	0,81
8. Seguimiento de la atención a los pacientes: D3 D5 D6 D9	129	0,66	0,78
9. Comunicación sobre el error: D7 D8 D11 D12	125	0,69	0,75
9b. Comunicación sobre el error: D13 D8 D11 D14	140	0,80	
10. Apoyo de los responsables del centro a la SP: E1 E2 E3 E4	117	0,78	0,76
11. Aprendizaje organizacional: F1 F5 F7	147	0,77	0,82
12. Percepciones generales sobre la SP y la calidad: F2 F3 F4 F6	140	0,74	0,79
13. Puntuaciones globales sobre la calidad: G1A G1B G1C G1D G1E	177	0,84	0,87

El comportamiento de cada pregunta con su dimensión se ha valorado mediante el cálculo del coeficiente de correlación entre la puntuación de cada sentencia y la suma de puntuaciones del resto de preguntas de la escala correspondiente (puntuación total corregida). También se estudia la idoneidad de las sentencias que constituyen cada dimensión analizando los valores de los coeficientes alfa de Cronbach que cada una de ellas obtendría en el caso de que una sentencia determinada no fuera tomada en cuenta en el análisis. Lógicamente un incremento en el coeficiente alfa cuando se produce la exclusión de una sentencia determinada, indica que dicha sentencia no es consistente. En la tabla 8 se muestra las sentencias que muestran menos consistencia en cada dimensión.

En la dimensión de "Aspectos relacionados con la SP y calidad" los coeficientes de correlación entre cada ítem y la puntuación total corregida de la escala varían entre 0,51 y 0,76, con la excepción de la pregunta A1¹ que obtiene un coeficiente de 0,39. Ésta es también la única pregunta cuya eliminación determina un incremento del alfa de Cronbach que pasaría de 0,81 a 0,82.

En la dimensión "Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales" no se encuentran coeficientes de correlación inferiores a 0,65 con excepción de la sentencia B3² que es de 0,55. La eliminación de esta pregunta de la dimensión haría que el coeficiente alfa de Cronbach aumente de 0,83 a 0,84.

Respecto a las dimensiones definidas con las preguntas de la sección C del cuestionario se observa que en la de "Trabajo en equipo" todos los coeficientes de correlación varían entre 0,50 y 0,65 y la eliminación de cualquiera de ellos produciría una reducción del coeficiente alfa de Cronbach. En la dimensión de "Ritmo y carga de trabajo" la sentencia C11³ presenta una correlación de 0,37 y su eliminación incrementaría el alfa de Cronbach de 0,74 a 0,78. Una situación similar se observa en la dimensión de "Formación del personal no sanitario", en la que la pregunta C10⁴ tiene una correlación de 0,27 y su eliminación incrementaría la consistencia de la dimensión notablemente pasando de 0,63 a 0,74. Por último, todos los coeficientes de correlación de las sentencias de "Procedimientos establecidos en el centro" son superiores a 0,53, y su eliminación disminuiría la consistencia de la escala.

En las dimensiones de la sección D, la pregunta más inconsistente es la D10⁵ de la dimensión "Comunicación franca". El coeficiente de correlación entre la puntuación de esta pregunta y la puntuación corregida de la escala es 0,37; no obstante su eliminación apenas modifica el alfa de Cronbach. Los coeficientes del resto de preguntas se sitúan entre 0,40 y 0,60.

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

² "Problemas con oficinas de farmacia".

³ "Tenemos suficiente personal no sanitario para manejar la carga de trabajo de los pacientes".

⁴ "Al personal no sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado".

⁵ "Es difícil expresar libremente cualquier desacuerdo en este centro".

Todas las preguntas de la dimensión de “Apoyo de los responsables del centro a la SP” tienen coeficientes de correlación entre 0,44 de E4¹ y 0,75 de E2². La eliminación de alguna de las preguntas de la dimensión disminuye el valor del alfa de Cronbach (0,78), con la excepción de la E4 que le incrementaría en dos décimas.

En las dimensiones de “Aprendizaje organizacional” y “Percepciones generales sobre la SP y la calidad” los coeficientes de correlación entre cada pregunta y la puntuación total corregida de su escala varían entre 0,42 de F6³ y 0,65 de F4⁴. La exclusión de la pregunta F6 eleva el coeficiente de consistencia interna de 0,74 a 0,76; la eliminación de alguna de las sentencias restantes de estas dimensiones produce una disminución del coeficiente alfa correspondiente.

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

Tabla 8: Sentencias que han mostrado menor consistencia en sus respectivas dimensiones

Dimensión. (Sentencia).	Correlación – escala total corregida	Alfa Cronbach de escala	Alfa de la si se elimina la sentencia
Aspectos relacionados con la SP y calidad. (A1).	0,39	0,81	0,82
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales. (B3).	0,55	0,83	0,84
Ritmo y carga de trabajo. (C11).	0,37	0,74	0,78
Formación del personal no sanitario. (C10).	0,27	0,63	0,74

¹ “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.

² “Los responsables de su centro pasan por alto los fallos relacionados con la asistencia que ocurren una y otra vez”.

³ “En este centro, es más importante realizar más trabajo que la calidad de la atención”.

⁴ “Los procesos de nuestro centro son buenos para prevenir fallos que pueden afectar a los pacientes”.

Formación del personal sanitario. (C18).	0,45	0,76	0,84
Comunicación franca. (D10).	0,37	0,70	0,70
Apoyo de los responsables del centro a la SP. (E4).	0,44	0,78	0,80
Percepciones generales sobre la SP y la calidad. (F6).	0,42	0,74	0,76

4. Análisis factorial.

El análisis factorial es una técnica cuya finalidad es la de resumir la información contenida en una matriz de datos con "V" variables. En nuestro caso dicha matriz se define por las respuestas dadas por los encuestados a las 56 sentencias que se corresponden con las incluidas en el cuestionario MOSPS. Para ello se identifica un número reducido de factores / dimensiones, que representan a las variables originales con una pérdida mínima de información. Estos factores / dimensiones se suponen no correlacionados entre si y por ello contienen en cada uno de ellos un grupo diferente de variables del estudio.

En el análisis factorial realizado para el total de la muestra el número de factores extraídos fue de 15 (en el estudio del cuestionario MOSPS de la AHRQ el número de dimensiones identificadas fue de 13). El porcentaje de variabilidad que explican dichos factores es de 67,2%. De esta manera el cuestionario se reduce a menos de un cuarto del inicial perdiendo un tercio de la información. El criterio utilizado para la extracción de factores es el de conservar solamente aquellos componentes principales cuyos valores propios son mayores de la unidad.

En cuanto a las comunalidades (proporción en que cada sentencia está explicada por el conjunto de factores retenidos), se observa que todas las sentencias presentan comunalidades entre 0,48 de E4¹ y 0,81 de C17².

Para interpretar los factores extraídos, hemos analizado los resultados de la matriz factorial rotada (Anexo 6.5). Estudiando la posible relación entre las sentencias que

¹ “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”.

² “En este centro se asegura que el personal sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo”.

han obtenido unas cargas factoriales altas para el mismo factor, se puede identificar lo que cada factor representa. De esta manera se advierte que la estructura factorial de ambos cuestionarios es muy similar y la correspondencia con las dimensiones identificadas en el MOSPS de la AHRQ es satisfactoria. De los quince factores que se han identificado, cinco se corresponden perfectamente con otras tantas dimensiones del cuestionario original de la AHRQ, de forma que los factores incluyen las mismas preguntas que las dimensiones correspondientes o difieren a lo sumo en una. Estas dimensiones son:

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

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

El análisis factorial identifica un factor que se corresponde con la dimensión "Aspectos relacionados con la SP y calidad" pero en el que no se incorporan las sentencias A1¹ y la A5². Estas preguntas se refieren al acceso a la atención sanitaria y al equipamiento médico, mientras que el resto abordan temas que afectan más directamente a la práctica clínica.

La dimensión del cuestionario AHRQ "Comunicación franca" se explica a través de dos factores. El primero constituido exclusivamente por las sentencias D1³ y D2⁴ y el segundo por las D4⁵ y D10⁶ junto con todas las sentencias de la dimensión de "Comunicación sobre el error" exceptuada la D11⁷. El primer factor hace referencia a la existencia de una comunicación abierta entre los profesionales no sanitarios y

¹ "El paciente no consiguió una cita para consultar un problema de salud agudo en las próximas 48 horas".

² "El equipamiento médico no funcionó adecuadamente, precisaba reparación o sustitución".

³ "Los profesionales sanitarios del centro son receptivos a las propuestas de mejora de los no sanitarios".

⁴ "En este centro, se anima al personal no sanitario a expresar puntos de vista alternativos".

⁵ "El personal no sanitario teme hacer preguntas cuando algo parece que no está bien".

⁶ "Es difícil expresar libremente cualquier desacuerdo en este centro".

⁷ "En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir"

sanitarios, mientras que el segundo agrupa a las sentencias que expresan contenidos relacionados con la comunicación de errores, fallos o problemas y a la dificultad de mostrar discrepancias.

Las preguntas C4¹ y C7² de la dimensión "Formación del personal no sanitario" se agrupan con la sentencia A5 y con otras con menor carga, constituyendo un factor de interpretación más compleja. De forma similar las preguntas C16³ y C17⁴, incorporadas en el cuestionario adaptado y que se corresponderían con la dimensión de "Formación del personal sanitario", constituyen un factor sobre formación de los sanitarios. Por otra parte la sentencia C18⁵ que a priori también forma parte de la dimensión de "Formación de los profesionales" se integra en la dimensión de "Procedimientos establecidos en el centro".

Las sentencias de aprendizaje organizacional: F1⁶, F5⁷ y F7⁸ se asocian a las preguntas F2⁹, D11¹⁰ y D14¹¹ configurando un componente relacionado con el proceso de comunicación – aprendizaje de fallos y errores. Por otra parte las sentencias de la dimensión denominada "Percepciones generales sobre la SP y la calidad" se separan de forma que dos preguntas, la F4¹² y F5 configuran un factor relacionado con la frecuencia de aparición de fallo en el centro, la F2 se asocia a la dimensión de aprendizaje y la F6¹³ no alcanza cargas factoriales importantes en ningún componente.

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

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

³ "Este centro forma a su personal sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha".

⁴ "En este centro se asegura que el personal sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo".

⁵ "Al personal sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado".

⁶ "Cuando hay un problema en nuestro centro, valoramos si necesitamos cambiar la manera en qué hacemos las cosas".

⁷ "Este centro es capaz de modificar sus procesos para garantizar que los mismos problemas no vuelvan a ocurrir".

⁸ "Cuando introducimos cambios para mejorar la asistencia, comprobamos si funcionan".

⁹ "Los procesos de nuestro centro son buenos para prevenir fallos que pueden afectar a los pacientes".

¹⁰ "En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir".

¹¹ "El personal sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro".

¹² "Si no cometemos más fallos que afecten a nuestros pacientes, es por casualidad".

¹³ "En este centro, es más importante realizar más trabajo que la calidad de la atención".

Por último, la pregunta C10¹ es la única que consigue cargas factoriales superiores a 0,35 en el factor 15.

En la tabla 9 se presenta las correspondencias entre las dimensiones del cuestionario pilotado y el de la AHRQ.

En la tabla 10 se presentan las preguntas que contendrán las dimensiones del cuestionario según se utilice la versión española del MOSPS o el cuestionario sobre cultura de SP en Atención Primaria (MOSPS adaptado).

Tabla 9: Correspondencia entre las dimensiones del cuestionario original de la AHRQ y el cuestionario adaptado

Dimensiones cuestionario original AHRQ	Cuestionario adaptado Componentes extraídos y preguntas adscritas
Aspectos relacionados con la SP y calidad: A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9	A2 A3 A4 A6 A7 A8 A9
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales: B1 B2 B3 B4	A8 A9 B1 B2 B3 B4
Trabajo en equipo: C1 C2 C5 C13	C1 C2 C5 C13 C12
Ritmo y carga de trabajo: C3 C6 C11 C14	C3 C6 C11 C14
Formación del personal no sanitario: C4 C7 C10	A5 C1 C4 C7 C9
Formación del personal sanitario: (C16)* (C17)* (C18)*	C16 C17
Procedimientos establecidos en el centro: C8 C9 C12 C15 (C19)*	C8 C9 C12 C15 (C19) C18
Comunicación franca: D1 D2 D4 D10	D1 D2

¹ “Al personal no sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado”.

Seguimiento de la atención a los pacientes: D3 D5 D6 D9	D3 D5 D6 D9
Comunicación sobre el error: D7 (D13)* D8 D11 D12 (D14)*	D4 D10 D7 (D13) D8 D12 (D14) F6
Apoyo de los responsables del centro a la SP: E1 E2 E3 E4	C8 E1 E2 E3 E4
Aprendizaje organizacional: F1 F5 F7	D11 D14 F1 F5 F7 F2
Percepciones generales sobre la SP y la calidad: F2 F3 F4 F6	F3 F4
	A1 A7 A8
	C10

* Preguntas incorporadas en la cuarta versión del cuestionario.

§ Sentencias que tienen saturaciones superiores a 0,35.

Notas: (1) Correspondencia de las preguntas originales con las incorporadas en la cuarta versión del cuestionario:

C4 (C16); C7 (C17); C10 (C18); C15 (C19); D7 (D13); D12 (D14)

(2) En negrita se muestran las sentencias que definen una dimensión del cuestionario de referencia de la AHRQ.

Tabla 10: Estructura inicial de los dos cuestionarios españoles: dimensiones y preguntas.

	Preguntas que componen cada dimensión	
Dimensiones	Versión española del cuestionario MOSPS	Cuestionario sobre cultura de SP en Atención Primaria (MOSPS adaptado)
Aspectos relacionados con la SP y calidad	A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9	A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	B1 B2 B3 B4	B1 B2 B3 B4
Trabajo en equipo	C1 C2 C5 C13	C1 C2 C5 C13
Ritmo y carga de trabajo	C3 C6 C11 C14	C3 C6 C11 C14

Formación del personal no sanitario	C4 C7 C10	---
Formación del personal	---	C4 C7 C10 C16 C17 C18
Procedimientos establecidos en el centro	C8 C9 C12 C15	C8 C9 C12 C15 C19
Comunicación franca	D1 D2 D4 D10	D1 D2 D4 D10
Seguimiento de la atención a los pacientes	D3 D5 D6 D9	D3 D5 D6 D9
Comunicación sobre el error	D7 D8 D11 D12	D7 D8 D11 D12 D13 D14
Apoyo de los responsables del centro a la SP	E1 E2 E3 E4	E1 E2 E3 E4
Aprendizaje organizacional	F1 F5 F7	F1 F5 F7
Percepciones generales sobre la SP y la calidad	F2 F3 F4 F6	F2 F3 F4 F6

5 Discusiones y conclusiones

El proceso de traducción y retro-traducción del cuestionario se ha desarrollado de forma secuencial sin incidencias. No obstante, al realizar el debriefing se han detectado desajustes como la valoración reiterada de que el cuestionario resulta excesivamente largo y redundante en varias preguntas y que algunas preguntas han resultado dificultosas de contestar por ser conceptos muy abstractos. Ninguna de estas limitaciones mostradas por los encuestados se ha resuelto tras los intercambios de opinión con los autores contactados a través de la AHRQ ya que, de otra forma, el cuestionario pierde su validez interna por completo.

Así las cosas, se ha mantenido la versión más ajustada en constructo y formato a la original en inglés de tal forma que permita su comparabilidad con los datos recopilados por la AHRQ. La intención de los autores va encaminada a que el cuestionario AHRQ traducido y validado en español pueda ser utilizado por todos los sistemas de salud de habla española, permitiendo con esta estructura comparaciones internacionales.

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

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

- Como una forma de seguimiento de los cambios en la cultura de la SP en el tiempo.

El objetivo de la presente traducción y validación ha sido el conseguir elaborar un cuestionario en español que responda, por tanto, a los objetivos del cuestionario inicial. ¿El cuestionario traducido responde a estos objetivos en el entorno español?

Como herramienta de evaluación hemos demostrado en la validación interna y externa que es un buen instrumento.

Como intervención para sensibilizar al personal: muchos de los encuestados comentan que resulta demasiado larga de cumplimentar, si bien es cierto que en el debriefing los encuestados comentaron que el tema que trataba les había resultado muy interesante para considerarlo en su trabajo cotidiano.

Como mecanismo para evaluar el impacto de iniciativas: resulta demasiado largo para utilizarlo de forma habitual. Para este objetivo se podrían utilizar las preguntas de las dimensiones concretas que se quiera investigar relacionadas con las iniciativas de mejora puestas en marcha y no el cuestionario completo.

Como forma de seguimiento de los cambios en la cultura: esta circunstancia se plantearía si la estrategia es utilizar el cuestionario de forma periódica (autoevaluación individual y del EAP en SP). Para este uso debería ser más breve y orientado de forma más específica a cada categoría profesional, consiguiendo así una herramienta de autoevaluación periódica para valorar la mejora individual, atendiendo a las necesidades de cada categoría profesional y como indicador indirecto de funciones o responsabilidades en el CS.

Para poder dar respuesta tanto a las propuestas de realizar un cuestionario más abreviado como más extenso para recoger las opiniones de todas las categorías profesionales, hemos estudiado las propuestas que realiza la guía americana de implementación del cuestionario en cuanto a las posibles modificaciones que permitan de alguna manera poder mantener la oportunidad de las comparaciones internacionales, añadiendo o quitando variables.

La AHRQ anticipándose a la necesidad de alguna modificación o personalización del cuestionario, ha incluido el estudio y el informe de retroalimentación con plantillas en archivos electrónicos modificables en el sitio Web de la AHRQ (<http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/mosurvindex.htm>).

Por ello, recomienda hacer cambios en el cuestionario sólo cuando es absolutamente necesario, ya que cualquier cambio puede afectar a la fiabilidad y la validez del cuestionario y hacer comparaciones con otros centros resultaría más difícil. Si bien existen varias posibilidades para la modificación del cuestionario en el sentido de poder agregar o quitar variables.

Las estrategias que se plantean son:

Agregar variables: Los autores de la versión original recomiendan agregar estos elementos hacia el final del cuestionario (justo antes de la sección de preguntas sobre antecedentes laborales de los profesionales).

Eliminación de variables: Aunque completar el cuestionario requiere unos 15 minutos, el comentario libre que se ha recogido con mayor frecuencia es el que hace referencia a la excesiva exhaustividad de la información solicitada tanto en número de preguntas como en número de opciones a responder para cada pregunta. Por ello, se plantea como línea de trabajo futura el diseño de un cuestionario abreviado.

La mejor manera de acortar el cuestionario es eliminar aquellas dimensiones que en el ámbito de la Atención Primaria no proporcionen información relevante (lo que significa eliminar todas las variables de las dimensiones que se eliminarán). De esta manera, los resultados de las dimensiones de la cultura de seguridad no modificadas, se podrían comparar con los de otros centros. La eliminación selectiva de elementos dentro de las diversas dimensiones supondría desestructurar el constructo del cuestionario, generando por tanto, un cuestionario nuevo que no podría ser comparado con ningún otro.

Por ello en el presente trabajo, se podría proponer la reducción del cuestionario a expensas de las dimensiones: 5 de "Formación de personal no sanitario" y 8 de "Seguimiento de la atención a pacientes crónicos". Ninguna de estas dimensiones contiene las nuevas sentencias incluidas.

El cuestionario original traducido al español con mínimas adaptaciones ha obtenido puntuaciones más bajas. La estructura de las dos versiones de la traducción y adaptación del cuestionario MOSPS de la AHRQ, evaluada mediante el análisis

factorial se corresponde en gran medida con las dimensiones de dicho cuestionario. No obstante, esta correspondencia es mas clara en la versión de 63 sentencias.

La versión original del cuestionario tiene un mayor número de sentencias que hacen referencia a los profesionales no sanitarios en detrimento de los sanitarios. Este hecho, que no está en consonancia con el rol desempeñado por estos profesionales en los EAP del SNS, motivó que se consultara a dos expertos en el diseño de cuestionarios, acordando la conveniencia de incorporar al cuestionario adaptado las preguntas necesarias para equilibrar su contenido y preservar el objetivo de recabar la percepción de SP por igual en las dos grandes categorías profesionales que trabajan en los CS.

Nos hizo pedir opinión a dos expertos en manejo de cuestionarios. Estos aconsejaron incorporar las mismas preguntas para recoger las opiniones de determinadas variables entre personal sanitario y no sanitario. El objetivo era conseguir recabar la percepción de SP por igual en las dos grandes categorías profesionales que trabajan en el centro.

Con las 6 preguntas añadidas se mantiene la validez de constructo del cuestionario original. Las características se muestran adecuadas a pesar de que las preguntas C6¹ y C11², ambas referidas a la suficiencia de recursos humanos, sanitarios y no sanitarios, para afrontar la respuesta a las demandas de los pacientes, presentan menor poder de discriminación. Esto puede ser debido a un sesgo de conveniencia social, por la percepción que tienen los profesionales sobre la presión asistencial en la Atención Primaria de salud, agravada probablemente por la situación de escasez de recursos humanos que se experimenta de un tiempo a esta parte, siendo estos aspectos claramente modificables.

Los valores del coeficiente alfa de Cronbach indican una adecuada consistencia interna del cuestionario y de sus dimensiones como ya ha sido comentado al inicio. Los resultados obtenidos son parejos a los notificados por la AHRQ en la mayoría de las dimensiones y sólo se observan diferencias acentuadas en las que abordan la formación del personal no sanitario, la comunicación franca o el seguimiento a los

¹ “Tenemos demasiados pacientes asignados para el número de profesionales sanitarios que tiene el centro”.

² “Tenemos suficiente personal no sanitario para manejar la carga de trabajo de los pacientes”.

pacientes, que pueden deberse al comportamiento de las sentencias C10¹ y D10² principalmente.

La dimensión sobre "Aspectos relacionados con la SP y calidad", abarca diferentes aspectos de la SP. La pregunta A1³ sobre la accesibilidad de los pacientes, junto con la A5⁴ sobre equipamiento, son las que muestran una correlación más baja con el resto de preguntas, debido, posiblemente, a que la obtención de cita sea interpretada por los profesionales como una actividad diferenciada dentro del proceso asistencial propiamente dicho y, de hecho, realizada en muchas ocasiones por personal de diferente categoría profesional.

La menor consistencia de la pregunta B3⁵ que analiza la frecuencia de problemas de intercambio de información con oficinas de farmacia, posiblemente se deba a la menor frecuencia con la que, en nuestro sistema, a diferencia del americano, los CS se relacionan con estas oficinas en comparación con otros dispositivos asistenciales con los que la relación es habitual.

Todas las sentencias de la dimensión "Respecto al ritmo y carga de trabajo" hacen referencia a la suficiencia de recursos para dar respuesta a la población asignada, pero mientras que la pregunta C11⁶ hace mención explícita al personal no sanitario el resto pueden interpretarse como referidas a procesos asistenciales, de hecho la no respuesta que acumula esta pregunta procede mayoritariamente de profesionales sanitarios que por otra parte responden masivamente al resto de preguntas de la dimensión. Nuevamente se pone de manifiesto la diferencia en nuestro medio en cuanto a competencias y funciones se refiere entre categorías profesionales.

Las preguntas C10⁷ y C18⁸ se integran, respectivamente, en las dimensiones que tratan sobre la formación del personal no sanitario y sanitario. Llama la atención que en las dos dimensiones se repita la menor consistencia de la pregunta que

¹ "Al personal no sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado".

² "Es difícil expresar libremente cualquier desacuerdo en este centro".

³ "El paciente no consiguió una cita para consultar un problema de salud agudo en las siguientes 48 horas".

⁴ "El equipamiento médico no funcionó adecuadamente, precisaba reparación o sustitución".

⁵ "Problemas con oficinas de farmacia".

⁶ "Tenemos suficiente personal no sanitario para manejar la carga de trabajo de los pacientes".

⁷ "Al personal no sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado".

⁸ "Al personal sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado".

aborda los mismos contenidos: “al personal sanitario/no sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado”. Los encuestados pueden percibir en la sentencia algún matiz que las separan de las otras dos sentencias con las que, a priori, comparte dimensión y alejando su interpretación de la relación que se establece entre la formación y el trabajo que realiza.

En la dimensión de comunicación franca las tres primeras preguntas hacen referencia al proceso de comunicación en el que interviene el personal no sanitario, la D1¹ y la D2² en relación con la comunicación abierta entre sanitarios y no sanitarios y la D4³ sobre la disposición a la comunicación de problemas. Sin embargo, la D10⁴ no se refiere de forma específica y explícita al personal no sanitario y puede compartir con la D4 el contexto de comunicación en situaciones conflictivas.

La inconsistencia de la pregunta F6⁵, se puede deber a la diferencia de contenidos a los que alude en relación con el resto de las preguntas de la dimensión “Percepciones generales sobre la SP y la calidad”, las cuales tienen que ver más con los fallos que se producen en el centro de trabajo y su prevención.

El análisis factorial revela una estructura factorial del cuestionario adaptado algo más compleja que la del propuesto por la AHRQ, si bien hay que tener en cuenta que se han incorporado 6 sentencias más. Los 15 componentes extraídos explican más de dos tercios de la variabilidad.

Siete de las doce dimensiones del cuestionario AHRQ tienen un fiel reflejo en los factores identificados en el análisis factorial de forma que estos contienen todas las preguntas de las dimensiones correspondientes. En tres dimensiones, las de “Aspectos relacionados con la SP y calidad”, “Formación del personal no sanitario” y “Comunicación sobre el error ” se identifican otros tantos factores que mantienen todas las preguntas menos una, la A1⁶, la C10⁷ y la D11¹. Finalmente en dos

¹ “Los profesionales sanitarios del centro son receptivos a las propuestas de mejora de los no sanitarios”.

² “En este centro, se anima al personal no sanitario a expresar puntos de vista alternativos”.

³ “El personal no sanitario teme hacer preguntas cuando algo parece que no está bien.

⁴ “Es difícil expresar libremente cualquier desacuerdo en este centro”.

⁵ “En este centro es más importante realizar más trabajo que la calidad de la atención”.

⁶ “El paciente no consiguió una cita para consultar un problema de salud agudo en las siguientes 48 horas”.

⁷ “Al personal no sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado”.

dimensiones "Comunicación franca" y "Percepciones generales sobre la SP y la calidad" se produce una división de sus componentes.

Los resultados del análisis factorial concuerdan con los obtenidos en la consistencia interna de forma que las preguntas que se segregan de sus dimensiones y se adscriben a otras distintas son las mismas que, en el análisis de fiabilidad, mostraban menor consistencia en sus dimensiones A1, C10, C18² y D10³. Estos resultados sugieren que la estructura de las dimensiones de la AHRQ de "Formación", "Comunicación franca" y "Percepciones generales sobre la SP" es cuestionable en nuestro modelo y su composición debe revisarse.

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

Sólo 33 de un total de 185 personas han respondido el cuestionario completo. Por ello, es preciso valorar el impacto del cansancio en el proceso de cumplimentación del mismo.

Las secciones que presentan una mejor respuesta son la G y la C que se refieren a una "Valoración global de la calidad y de la SP" y "Trabajando en el CS" respectivamente. La sección C hace referencia al trabajo cotidiano mientras que la sección G no da opción a marcar "no lo sé / no procede" (9) y son preguntas con una escala más sencilla de respuesta (escala de 4 valoraciones). Por el contrario las secciones que acumulan una mayor frecuencia de preguntas sin respuesta son la A (4 de 9), la B (3 de 4), la D (6 de 12) y la F (6 de 7) que se corresponden con las dimensiones AHRQ de "Aspectos relacionados con la SP y calidad", "Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales", "Aprendizaje organizacional" y "Percepciones generales sobre la SP y la calidad", estas dimensiones acumulan todas las preguntas con una tasa de no respuesta superior a 15%. No obstante, se percibe una diferencia notable en el origen de la no respuesta, de forma que en las

¹ "En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir".

² "Al personal sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado".

³ "Es difícil expresar libremente cualquier desacuerdo en este centro".

sentencias de las dos primeras dimensiones mencionadas, la no respuesta es a expensas de la opción "no lo sé / no procede", mientras que en el caso de las sentencias correspondientes al "Aprendizaje organizacional" y "Percepciones generales sobre la SP y la calidad" los encuestados no han marcado ninguna opción de respuesta.

Como se ha comentado ya, en todas las dimensiones se observa un comportamiento de respuesta diferente entre las distintas categorías profesionales, tanto entre sanitarios y no sanitarios como entre médicos y enfermeras. Con excepción de la sección F que agrupa las dimensiones de "Aprendizaje organizacional" y A "Percepciones generales sobre la SP y la calidad", las diferencias observadas pueden deberse a las características de los conceptos que valoran las diferentes preguntas, de forma que las sentencias que se refieren a una determinada categoría, como por ejemplo el personal no sanitario, posiblemente inducen a que las categorías no aludidas opten por la respuesta "no lo sé / no procede". De igual manera las preguntas que abordan temas clínicos o asistenciales reflejan diferencias referidas a la organización de actividades o a la competencia de funciones. En resumen, el patrón de respuesta puede reflejar que las personas encuestadas no consideran que los aspectos abordados en la encuesta les incumban de igual manera, lo que genera una frecuencia tan elevada de respuestas de la opción "no lo sé / no procede". Además se observa que los profesionales de enfermería y staff han optado por marcar la opción "no lo sé / no procede" (9) en las preguntas referidas al proceso asistencial desprendiéndose de la responsabilidad en dicho proceso. Esta conducta reflejaría una baja cultura de SP al no sentirse dichas profesiones implicadas en esos tipos de errores.

Destaca la frecuencia de no respuesta en las dimensiones "Aprendizaje organizacional" y "Percepciones generales sobre la SP y la calidad" (sección F del cuestionario), porque estas preguntas no se refieren a aspectos específicos que afecten a un determinado colectivo, ni se requiere, para su respuesta, disponer de una información de difícil acceso. Por el contrario hacen referencia a aspectos centrales de la cultura de la SP que pueden afectar a todos los trabajadores del CS, tanto personal sanitario como no sanitario. La falta de selección de una respuesta, incluida la opción "no lo sé / no procede", puede sugerir per sé que no se ha realizado un planteamiento previo de estas cuestiones dejando traslucir una pobre cultura de SP.

La existencia a lo largo de todo el cuestionario, de la opción “no lo sé / no procede” (9) en la escala de valoración, ha podido propiciar un aumento en la tasa de no respuestas. Las preguntas de la sección G al no tener opción: “no lo sé / no procede” (9), se han respondido en todos los casos.

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

Para poder dar respuesta a estas sugerencias hemos analizado con la guía americana de implementación del cuestionario las posibles modificaciones factibles de aplicar al cuestionario para adaptarlo a la realidad española y a la vez permitir su comparabilidad con la versión americana. El cuestionario MOSPS traducido y validado ha sido desarrollado para ser lo suficientemente general como para su uso en la mayoría de los consultorios médicos.

CONCLUSIONES

1. La validación ha supuesto un proceso complejo que ha implicado la recogida de información de múltiples fuentes y de diferentes evidencias empíricas.
2. Finalmente, la evaluación del cuestionario pilotado hace que se pueda concluir que el cuestionario de la AHRQ traducido, adaptado y ampliado sea para nuestro medio un instrumento válido y fiable para la medición de la cultura de la seguridad en nuestra Atención Primaria de salud.
3. No obstante, después de todo el proceso realizado, visto el análisis de validez, fiabilidad, de la no respuesta y tras consenso del grupo de investigadores, se deduce que características como el tiempo empleado en la cumplimentación del cuestionario o la sencillez y amenidad del formato son cuestiones muy importantes que han sido tenidas en cuenta, pero que pueden ser mejoradas si se consiguiera una versión de cuestionario más reducido que permitiera efectuar sin dificultades una monitorización de las evaluaciones sucesivas en cuanto a cultura de seguridad se refiere.
4. Este hecho apoyado por la opinión generalizada de los encuestados en el mismo sentido permite al grupo investigador decir que, aunque el cuestionario original traducido, adaptado y ampliado de la AHRQ es válido y fiable y debe emplearse para la realización de las comparaciones internacionales en cuanto a las mediciones de cultura de seguridad se refiere, en nuestro ámbito sería más

adecuado y manejable un cuestionario con menor número de ítems de cara a facilitar la cumplimentación.

5. Un aspecto importante de cara a la utilización del cuestionario en español es que la herramienta de análisis automático diseñada, validada y disponible en la Web de la AHRQ, sea traducida al español así como la adaptación de las instrucciones de uso considerando las aportaciones concretas de esta investigación. Es un trabajo que completaría el proyecto y permitiría difundir de una forma más eficiente la cultura de SP en la Atención Primaria de salud de habla hispana.

6 Anexos

6.1. Anexo 1: Cuestionario MOSPS. Versión original

Medical Office Survey on Patient Safety

SURVEY INSTRUCTIONS

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

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

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

SECTION A: List of Patient Safety and Quality Issues

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

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

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

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

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

SECTION B: Information Exchange With Other Settings

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

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

SECTION C: Working in Your Medical Office

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

SECTION D: Communication and Followup

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

SECTION E: Owner/Managing Partner/Leadership Support

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

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

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

SECTION F: Your Medical Office

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

SECTION G: Overall Ratings

Overall Ratings on Quality

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

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

Overall Rating on Patient Safety

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

Poor ▼	Fair ▼	Good ▼	Very good ▼	Excellent ▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SECTION H: Background Questions

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

- | | |
|--|---|
| ☐ a. Less than 2 months | ☐ d. 3 years to less than 6 years |
| ☐ b. 2 months to less than 1 year | ☐ e. 6 years to less than 11 years |
| ☐ c. 1 year to less than 3 years | ☐ f. 11 years or more |

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

- | | |
|---|---|
| ☐ a. 1 to 4 hours per week | ☐ d. 25 to 32 hours per week |
| ☐ b. 5 to 16 hours per week | ☐ e. 33 to 40 hours per week |
| ☐ c. 17 to 24 hours per week | ☐ f. 41 hours per week or more |

SECTION H: Background Questions (continued)

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

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

SECTION I: Your Comments

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

THANK YOU FOR COMPLETING THIS SURVEY.

6.2 Anexo 2: Cuestionario MOSPS. Versión española

ENCUESTA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCION PRIMARIA. VERSIÓN ESPAÑOLA DEL MEDICAL OFFICE SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE (MOSPS)

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA ENCUESTA

- Piense en cómo se hacen las cosas en su **centro de salud/consultorio** y dénos su opinión sobre los aspectos que afectan a la seguridad y calidad de los cuidados que se dispensan a los pacientes.
- En esta encuesta, el término **profesional sanitario** hace referencia a los médicos, médicos residentes y enfermeras. El término **personal no sanitario** hace referencia al resto de los trabajadores del centro (administrativos, trabajadores sociales,...). El término **personal** o **equipo** hace referencia al conjunto de las personas que trabajan en el centro de salud.
- Si alguna pregunta no le afecta o no sabe responderla, por favor, marque “No lo sé / No procede”.
- Si usted trabaja en más de una consulta o ubicación para su población asignada, cuando responda este cuestionario, hágalo atendiendo únicamente a los hechos del lugar donde pasa la consulta la mayor parte del tiempo. Responda a las preguntas de las secciones C, D, E y F pensando en su equipo de atención primaria.

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

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

Acceso a la atención sanitaria

1. El paciente no consiguió una cita para consultar un problema de salud agudo en las siguientes 48hs.	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede
--	-------------	--------------	--------------	--------------------------------------	---	-------------------------------------	----------------------

Identificación del paciente

2. Se utilizó la historia clínica de otro paciente.	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede
---	-------------	--------------	--------------	--------------------------------------	---	-------------------------------------	----------------------

Historias clínicas

3. La historia clínica del paciente no estaba disponible cuando se precisó.	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede
---	-------------	--------------	--------------	--------------------------------------	---	-------------------------------------	----------------------

4. La información clínica se archivó en la historia clínica de otro paciente.	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede
---	-------------	--------------	--------------	--------------------------------------	---	-------------------------------------	----------------------

Equipamiento médico

5. El equipamiento médico no funcionó adecuadamente, precisaba reparación o sustitución.	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede
--	-------------	--------------	--------------	--------------------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------

Medicación

6. Una oficina de farmacia contactó con el centro o la consulta para clarificar o corregir una prescripción.	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede
7. La lista de medicación del paciente no se supervisó durante la consulta.	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

Diagnósticos y pruebas complementarias

8. Los resultados de algunas pruebas de laboratorio o de imagen no estaban disponibles cuando se precisaron.	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede
9. Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día.	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

SECCIÓN B: INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CON OTROS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

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

1. Problemas con servicios externos de pruebas complementarias (laboratorio, diagnóstico por imagen...).	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede
2. Problemas con otras consultas médicas fuera del centro.	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede
3. Problemas con oficinas de farmacia.	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede
4. Problemas con hospitales.	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

SECCIÓN C: TRABAJANDO EN EL CENTRO DE SALUD

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

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

SECCIÓN D: COMUNICACIÓN Y SEGUIMIENTO

¿Con que frecuencia ocurren las siguientes situaciones en su centro de salud?

1. Los profesionales sanitarios del centro son receptivos a las propuestas de mejora de los no sanitarios.	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
2. En este centro, se anima al personal no sanitario a expresar puntos de vista alternativos.	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
3. El centro recuerda a sus pacientes cuándo deben citarse para revisiones o para actividades preventivas.	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
4. El personal no sanitario teme hacer preguntas cuando algo parece que no está bien.	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
5. En este centro se registra si nuestros pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento.	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.	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
7. El personal no sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
8. Todo el equipo habla abiertamente de los problemas del centro.	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
9. En este centro se hacen revisiones a los pacientes que precisan un seguimiento.	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
10. Es difícil expresar libremente cualquier desacuerdo en este centro.	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
11. En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede
12. El personal no sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ no procede

SECCIÓN E: APOYO AL LIDERAZGO

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

- SI (saltar a la sección F)
- NO (responder a las preguntas de la 1 a la 4 que se muestran a continuación)

Indique el grado de acuerdo con los siguientes enunciados:

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

3. Los responsables de su centro dan prioridad a los procesos relacionados con la mejora de la atención a los pacientes.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede
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.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/ no procede

SECCION F: EN EL CENTRO

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

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

SECCIÓN G: PUNTUACIONES GLOBALES

PUNTUACIONES GLOBALES SOBRE LA CALIDAD

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

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

PUNTUACION GLOBAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

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

Pobre

Aceptable

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?

- a. ☐ Menos de dos meses
- b. ☐ De dos meses a menos de un año
- c. ☐ De un año a menos de tres años
- d. ☐ De 3 años a menos de 6 años
- e. ☐ De 6 años a menos de 11 años
- f. ☐ 11 años o más.

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

- 1. ☐ De una a 4 horas por semana
- 2. ☐ De 5 a 16 horas por semana
- 3. ☐ De 17 a 24 horas por semana
- 4. ☐ De 25 a 32 horas por semana
- 5. ☐ De 33 a 40 horas por semana

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

- 1. ☐ Médico / MIR
- 2. ☐ Enfermera/enfermera especialista.
- 3. ☐ Gestores:
 - 3.1. ☐ Coordinador médico
 - 3.2. ☐ Responsable del área administrativa
 - 3.3. ☐ Responsable de enfermería
 - 3.4. ☐ Otros gestores del centro
- 4. ☐ Administrativos y otro personal no sanitario.
- 5. ☐ Otros profesionales asistenciales en el centro de salud:
 - 5.1. ☐ Auxiliar de clínica
 - 5.2. ☐ Técnicos (de todos los tipos)
 - 5.3. ☐ Fisioterapeuta (de todos los tipos)
 - 5.4. ☐ Otros profesionales.

SECCIÓN I: SUS COMENTARIOS

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

GRACIAS POR CUMPLIMENTAR ESTA ENCUESTA

6.3. Anexo 3: Cuestionario MOSPS. Versión española modificada

ENCUESTA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCION PRIMARIA. VERSIÓN ESPAÑOLA MODIFICADA DEL MEDICAL OFFICE SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE (MOSPS)

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA ENCUESTA

- Piense en cómo se hacen las cosas en su **centro de salud/consultorio** y dénos su opinión sobre los aspectos que afectan a la seguridad y calidad de los cuidados que se dispensan a los pacientes.
- En esta encuesta, el término **profesional sanitario** hace referencia a los médicos, médicos residentes y enfermeras. El término **personal no sanitario** hace referencia al resto de los trabajadores del centro (administrativos, trabajadores sociales,...). El término **personal** o **equipo** hace referencia al conjunto de las personas que trabajan en el centro de salud.
- Si alguna pregunta no le afecta o no sabe responderla, por favor, marque “No lo sé/ No procede”.
- Si usted trabaja en más de una consulta o ubicación para su población asignada, cuando responda este cuestionario, hágalo atendiendo únicamente a los hechos del lugar donde pasa la consulta la mayor parte del tiempo.

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

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

Acceso a la atención sanitaria

1. El paciente no consiguió una cita para consultar un problema de salud agudo en las siguientes 48hs	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

Identificación del paciente

2. Se utilizó la historia clínica de otro paciente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

Historias clínicas

3. La historia clínica del paciente no estaba disponible cuando se precisó.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/ no procede

4. La información clínica se archivó en la historia clínica de otro paciente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/no procede

Equipamiento médico

5. El equipamiento médico no funcionó adecuadamente, precisaba reparación o sustitución.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/no procede

Medicación

6. Una oficina de farmacia contactó con el centro o la consulta para clarificar o corregir una prescripción.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/no procede
7. La lista de medicación del paciente no se supervisó durante la consulta.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/no procede

Diagnósticos y pruebas complementarias

8. Los resultados de algunas pruebas de laboratorio o de imagen no estaban disponibles cuando se precisaron.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/no procede
9. Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/no procede

SECCIÓN B: INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CON OTROS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

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

1. Problemas con servicios externos de pruebas complementarias (laboratorio, diagnóstico por imagen...).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/no procede
2. Problemas con otras consultas médicas fuera del centro	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/no procede
3. Problemas con oficinas de farmacia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/no procede
4. Problemas con hospitales	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	Ninguna vez en los últimos 12 meses	No lo sé/no procede

SECCIÓN C: TRABAJANDO EN EL CENTRO DE SALUD

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

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

18. Al personal sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/no procede
19. El personal sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo	No lo sé/no procede

SECCIÓN D: COMUNICACIÓN Y SEGUIMIENTO

¿Con que frecuencia ocurren las siguientes situaciones en tu centro de salud?

1. Los profesionales sanitarios del centro son receptivos a las propuestas de mejora de los no sanitarios.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/no procede
2. En este centro, se anima al personal no sanitario a expresar puntos de vista alternativos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/no procede
3. El centro recuerda a sus pacientes cuándo deben citarse para revisiones o para actividades preventivas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/no procede
4. El personal no sanitario teme hacer preguntas cuando algo parece que no está bien.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/no procede
5. En este centro se registra si nuestros pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	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.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/no procede
7. El personal no sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/no procede
8. Todo el equipo habla abiertamente de los problemas del centro.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/no procede
9. En este centro se hacen revisiones a los pacientes que precisan un seguimiento.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/no procede
10. Es difícil expresar libremente cualquier desacuerdo en este centro.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/no procede
11. En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/no procede
12. El personal no sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/no procede
13. El personal sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/no procede
14. El personal sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/no procede

SECCIÓN E: APOYO AL LIDERAZGO

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

- a. SI (saltar a la sección F)
- b. NO (responder a las preguntas de la 1 a la 4 que se muestran a continuación)

Indique el grado de acuerdo con los siguientes enunciados:

1. Los responsables de su centro no están invirtiendo suficientes recursos para mejorar la calidad asistencial en este centro de salud.	☐ Muy en desacuerdo	☐ En desacuerdo	☐ Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	☐ De Acuerdo	☐ Muy de acuerdo	☐ No lo sé/ no procede
2. Los responsables de su centro pasan por alto los fallos relacionados con la asistencia que ocurren una y otra vez.	☐ Muy en desacuerdo	☐ En desacuerdo	☐ Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	☐ De Acuerdo	☐ Muy de acuerdo	☐ No lo sé/ no procede
3. Los responsables de su centro dan prioridad a los procesos relacionados con la mejora de la atención a los pacientes.	☐ Muy en desacuerdo	☐ En desacuerdo	☐ Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	☐ De Acuerdo	☐ Muy de acuerdo	☐ No lo sé/ no procede
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.	☐ Muy en desacuerdo	☐ En desacuerdo	☐ Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	☐ De Acuerdo	☐ Muy de acuerdo	☐ No lo sé/ no procede

SECCION F: EN EL CENTRO

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

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

SECCIÓN G: PUNTUACIONES GLOBALES.

PUNTUACIONES GLOBALES SOBRE LA CALIDAD

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

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

PUNTUACION GLOBAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

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

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

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

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

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

- ☐ Médico / MIR
- ☐ Enfermera/enfermera especialista.
- ☐ Gestores:
 - ☐ Coordinador médico
 - ☐ Responsable del área administrativa
 - ☐ Responsable de enfermería

- 3.4. ☐ Otros gestores del centro
- 4. ☐ Administrativos y otro personal no sanitario.
- 5. ☐ Otros profesionales asistenciales en el centro de salud:
 - 5.1. ☐ Auxiliar de clínica
 - 5.2. ☐ Técnicos (de todos los tipos)
 - 5.3. ☐ Fisioterapeuta (de todos los tipos)
 - 5.4. ☐ Otros profesionales.

SECCIÓN I: SUS COMENTARIOS

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

GRACIAS POR CUMPLIMENTAR ESTA ENCUESTA

6.4. Anexo 4: Análisis de la respuesta

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

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

18. Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día.	46	48	30	32	5	5	22	23	16	16
	24,9%	25,9%	20,4%	21,8%	6,0%	6,0%	39,3%	41,1%	44,4%	44,4%

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

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

Sección B. Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales.	Total muestra N = 185		Total Sanitarios N = 147		Médicos N = 83		Enfermeras N = 56		No Sanitarios N = 36	
	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede	Total (No lo sé/ no procede + No respuesta)	No lo sé/ no procede
5. Problemas con servicios externos de pruebas complementarias (laboratorio, diagnóstico por imagen...).	13 7,0%	16 8,6%	9 6,1%	11 7,5%	0 0,0%	0 0,0%	8 14,3%	9 16,1%	4 11,1%	5 13,9%
6. Problemas con otras consultas médicas fuera del centro	26 14,1%	29 15,7%	19 12,9%	21 14,3%	0 0,0%	0 0,0%	18 32,1%	19 33,9%	7 19,4%	8 22,2%
7. Problemas con oficinas de farmacia	39 21,1%	43 23,2%	30 20,4%	32 21,8%	1 1,2%	1 1,2%	26 46,4%	27 48,2%	9 25,0%	11 30,6%
8. Problemas con hospitales	24 13,0%	30 16,2%	20 13,6%	23 15,6%	2 2,4%	3 3,6%	16 28,6%	17 30,4%	4 11,1%	7 19,4%

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

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

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

	9,2%	9,2%	10,2%	10,2%	9,6%	9,6%	10,7 %	10,7 %	5,6%	5,6%
25. Al personal no sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.	25 13,5%	25 13,5%	25 17,0%	25 17,0%	14 16,9%	14 16,9%	11 19,6%	11 19,6%	0 0,0%	0 0,0%
26. Tenemos suficiente personal no sanitario para manejar la carga de trabajo de los pacientes.	13 7,0%	14 7,6%	13 8,8%	14 9,5%	8 9,6%	8 9,6%	5 8,9%	6 10,7%	0 0,0%	0 0,0%
27. En este centro tenemos problemas con la organización y distribución del trabajo.	3 1,6%	3 1,6%	3 2,0%	3 2,0%	3 3,6%	3 3,6%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
28. Este centro promueve el trabajo en equipo para el cuidado de los pacientes.	3 1,6%	3 1,6%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	3 8,3%	3 8,3%
29. Este centro tiene demasiados pacientes para hacer frente a todo de forma eficiente.	2 1,1%	2 1,1%	1 0,7%	1 0,7%	0 0,0%	0 0,0%	1 1,8%	1 1,8%	1 2,8%	1 2,8%
30. El personal no sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.	21 11,4	22 11,9	20 13,6%	20 13,6%	10 12,0%	10 12,0%	9 16,1%	9 16,1%	1 2,8%	2 5,6%
31. Este centro forma a su personal sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.	18 9,7%	19 10,3%	5 3,4%	5 3,4%	1 1,2%	1 1,2%	0 0,0%	0 0,0%	13 36,1%	14 38,9%
32. En este centro se asegura que el personal sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.	19 10,3%	19 10,3%	4 2,7%	4 2,7%	1 1,2%	1 1,2%	0 0,0%	0 0,0%	15 41,7%	15 41,7%
33. Al personal sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.	21 11,4%	21 11,4%	3 2,0%	3 2,0%	4 4,8%	4 4,8%	1 1,8%	1 1,8%	18 50,0%	18 50,0%
34. El personal sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.	22 11,9%	23 12,4%	4 2,7%	5 3,4%	0 0,0%	1 1,2%	1 1,8%	1 1,8%	18 50,0%	18 50,0%

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

Tabla 4. Frecuencia de no respuesta* de las sentencias de la sección “Comunicación y seguimiento” según la categoría profesional

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

	10,3%	10,8%	2,0%	2,7%	1,2%	1,2%	1,8%	1,8%	44,4%	44,4%
22. Es difícil expresar libremente cualquier desacuerdo en este centro.	6 3,2%	7 3,8%	4 2,7%	5 3,4%	3 3,6%	4 4,8%	1 1,8%	1 1,8%	2 5,6%	2 5,6%
23. En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.	4 2,2%	5 2,7%	2 1,4%	3 2,0%	1 1,2%	2 2,4%	1 1,8%	1 1,8%	2 5,6%	2 5,6%
24. El personal no sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	40 21,6%	41 22,2%	36 24,5%	37 25,2%	15 18,1%	16 19,3%	18 32,1%	18 32,1%	3 8,3%	3 8,3%
25. El personal sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.	39 21,1%	41 22,2%	19 12,9%	20 13,6%	7 8,4%	8 9,6%	8 14,3%	8 14,3%	20 55,6%	21 58,3%
26. El personal sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	20 10,8%	21 11,4%	5 3,4%	5 3,4%	2 2,4%	2 2,4%	1 1,8%	1 1,8%	15 41,7%	16 44,4%

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.5. Anexo 5: Análisis factorial

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

F1	,635	,075	,159	,096	,336	,013	-,074	,083	,087	,045	,171	,003	,077	,032	,094
F2	,714	,068	,121	,046	,132	,229	,091	,134	,095	,135	,086	,104	,217	-,114	-,038
F3	,262	,012	,022	,111	,131	,104	-,013	,064	,171	,056	,006	,154	,756	,093	,026
F4	,186	,149	,166	,210	,038	,025	,011	,129	-,017	,073	,080	,031	,773	,065	-,073
F5	,632	,204	,113	,129	,014	-,096	,035	,073	,196	,071	,245	,145	,221	,139	,028
F6	,278	,032	,259	,351	,225	-,176	,246	-,034	,048	,062	,054	,136	,258	,214	-,193
F7	,642	,088	,173	,165	,098	,060	,046	,186	,224	,202	-,104	,225	,167	,013	,007

7 Bibliografía

ⁱ Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system. Washington DC: National Academy Press; 1999. Disponible en: <http://www.nap.edu/books/0309068371/html/1.html>

ⁱⁱ Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. Summary [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2001 [acceso 10/12/2009]. AHRQ Publication No. 01-E057., Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/summary.htm>

ⁱⁱⁱ Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2004, 75 pp. Publication No. 04-0051-1

^{iv} Safe practices for better healthcare: a consensus report. Summary [Internet]. Washington DC: The National Quality Forum; 2003 [acceso 10/12/2009]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/qual/nqfpract.htm>

^v Consejo de Europa. La seguridad del paciente: Un reto europeo. Varsovia, 13-15 Abril 2005. Disponible en: www.coe.int/T/E/SocialCohesion/health/ConferenceProgramme14.03.05.

^{vi} Ministerio de Sanidad y Política Social [sede Web] [acceso 10/12/2009]. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>

^{vii} Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [acceso 10/12/2009]. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf

viii Evaluación de la seguridad de los sistemas de utilización de medicamentos en los hospitales españoles [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [acceso 10/12/2009]. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/evaluacionSeguridadSistemasMedicamentos.pdf>

ix Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [acceso 10/12/2009]. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>

x 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;38(1):25-32.

xi Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [acceso 10/12/2009]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/resumenEstudioApeas2008.htm>

xii 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.

xiii Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care*. 2005;14:364-366

xiv Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care*. 2006;15:109-115

xv 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.

xvi Hospital Survey on Patients Safety Culture (HSOPSC) [Internet] [acceso 10/12/2009]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/>

xvii 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

xviii Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [acceso 10/12/2009]. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf

^{xi} Silvestre C, Gost J, Lameiro F, Layana E, Abad J. Cultura de seguridad en Atención Primaria [Internet]. CD-Rom de ponencias de la 1ª Jornada para la Mejora de la Seguridad del Paciente en Atención Primaria; 2008 Jun 13 [acceso 10/12/2009]: San Sebastián. ISBN: 978-84-691-5215-7. Disponible en:

<http://seguridadpaciente.com/Jornadas08/carpetas%20pdf/MESA%201/CULTURA%20DE%20SEGURIDAD.pdf>

^{xx} 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.

^{xxi} Kirk S, Parker D, Claridge T, Esmail A, Marshall M. Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. *Qual Saf Health Care*. 2007;16:313-320

^{xxii} Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) Facilitator Guidance [Internet] [consultada 10/12/2009]. Disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59796>

^{xxiii} Medical Office Survey on Patient Safety Culture. Medical Office Survey Toolkit [Internet] [consultada 10/12/2009]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/mosurvindex.htm>

^{xxiv} Medical Office Survey on Patient Safety Culture. Medical Office Survey Toolkit [Internet] [consultada 10/12/2009].. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/mosurvindex.htm>

^{xxv} Sorra J, Franklin M, Streagle S. Survey User's Guide: Medical Office Survey on Patient Safety Culture [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008 AHRQ Publication No. 08(09)-0059. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/qual/mosurvey08/>

^{xxvi} Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado, nº 222, (16 de septiembre de 2006).

^{xxvii} Número de consultas anuales por habitante en 12 países de la UE, 2002. ECO-SALUD OCDE 2004, 1era edición.

^{xxviii} El establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos en el sector sanitario: aspectos legales. Informe. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.

^{xxix} Lòpez C (2002) Introducción al aprendizaje organizacional. Disponible en: <http://www.gestiopoles.com/clubemprendedor/>

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

^{xxxi} Hess J, Singer E. The role of respondent debriefing questions in questionnaire development. En: *Proceedings of the American Statistical Association (Survey Research*

Methods Section). Alexandria, VA: American Statistical Association; 1995. p. 1075-1080.

xxxii Hughes KA. Comparing pretesting methods: cognitive interviews, respondent debriefing and behavior coding.. Washington DC: Statistical Research Division; 2004. Research Report Series: Survey Methodology 2004-02.

xxxiii Definición de legibilidad y descripción de fórmula. Disponible en: <http://www.legibilidad.com/home/acercade.html>

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

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



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

Plan de **Calidad**
para el Sistema Nacional
de Salud

