

# LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: PRINCIPIOS Y RECORRIDO HISTÓRICO

Dra. Laura Aliaga Gutiérrez

Dr. Vicente J. Olmo Quintana

## Introducción

En los últimos años, la medicina se ha convertido en una ciencia compleja en la que participan muchas disciplinas, tecnologías avanzadas, procesos y procedimientos de gran dificultad y con un alto grado de especialización; todo ello hace que sea una práctica no exenta de riesgos. Además, hay que añadir la idiosincrasia de los sistemas sanitarios y de sus profesionales, así como las condiciones laborales; todos ellos, factores predisponentes de la aparición de riesgos que pueden influir en la seguridad.

Conscientes de los riesgos inherentes al ejercicio de nuestra profesión, los profesionales de la salud hemos mantenido una preocupación constante y el compromiso de evitar cualquier daño al paciente, tal y como se refleja en las diferentes modalidades del juramento hipocrático a lo largo de los siglos. Con el tiempo, la seguridad del paciente (SP) se ha convertido en uno de los principales indicadores de calidad y objetivo prioritario de las políticas sanitarias en todo el mundo, considerándose en la actualidad un derecho de los pacientes<sup>1,2</sup>. Es uno de los principios fundamentales de la asistencia sanitaria, considerada como una dimensión más de la calidad asistencial (CA).

En este capítulo vamos a realizar un recorrido histórico del principio de SP, sus fundamentos y su evolución hasta convertirse en objetivo de calidad. Se dedicará especial atención al primer paso para conseguir este objetivo, que es la investigación, desarrollo e implantación de la denominada **cultura de seguridad**.

## La seguridad del paciente: generalidades

### Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) viene desarrollando desde hace años acciones para la mejora de la SP a la que definió en 2009, como la ausencia de daño evitable a un paciente durante el proceso de atención sanitaria<sup>3</sup>. También se podría considerar como un concepto que engloba todas las actuaciones dirigidas a mitigar, eliminar y reducir los eventos adversos (EA) producidos como consecuencia de una actuación sanitaria, que puede causar en el paciente fallecimiento, incapacidad, lesión que prolongue la duración de un tratamiento

o bien el tiempo y número de consultas y estancias hospitalarias<sup>4</sup>. Posteriormente, se ha definido como la “reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, teniendo en cuenta los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención”<sup>5</sup>. Este principio nace del análisis de una realidad que marca toda asistencia sanitaria y la aceptación de que esta conlleva riesgos asociados que pueden tener repercusión en los pacientes o su entorno. La aparición de EA se considera actualmente como una de las causas más frecuentes de comorbilidad y supone un elevado impacto social, no solo en términos de CA, sino también en términos económicos. Por este motivo, la garantía de seguridad se ha considerado una dimensión fundamental de la calidad. Se estima que el coste directo de los fallos de seguridad en la UE alcanzó en 2014 un 1,5 % del gasto sanitario<sup>6</sup>.

La CA fue definida por el Institute of Medicine de Estados Unidos (IOM)<sup>7</sup> como “el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de que los individuos y la población obtengan unos resultados óptimos de salud y consistentes con el conocimiento profesional del momento”. Tiene las siguientes dimensiones fundamentales: competencia profesional o calidad científico-técnica, efectividad, eficiencia, accesibilidad, satisfacción, adecuación, atención centrada en el paciente y SP<sup>8</sup>. De todas ellas, la última tiene una enorme trascendencia que le ha valido constituirse como un pilar fundamental de la atención sanitaria. La SP implica la necesidad de desarrollar sistemas y procesos que reduzcan la probabilidad de aparición de fallos, tanto en el sistema, como en las personas o los procedimientos, y aumenten la probabilidad de que en caso de aparecer, se detecten precozmente y se minimice su impacto.

## Fundamentos

Se puede afirmar que la SP se apoya en dos líneas de pensamiento:

- **Teoría del error de Reason:** modelo de causalidad de accidentes propuesto para el análisis y la gestión de riesgos por Dante Orlandella y el psicólogo cognitivo James T. Reason, que describieron el error humano como la ejecución no intencionada de un plan incorrecto para lograr un objetivo<sup>9</sup>. El modelo expone a modo de “queso suizo” la hipótesis de que la mayoría de los accidentes se remontan a uno o más de los cuatro dominios de fallo: organización, supervisión, condiciones previas y actos específicos. Las rebanadas de queso suizo representan las barreras contra el fracaso y los agujeros las debilidades. Estos varían de tamaño y posición según los cortes. Cuando los agujeros de las rebanadas se alinean, aparece el “fallo del sistema” y se produce lo que denominan “una trayectoria de oportunidad del accidente”<sup>10</sup>.

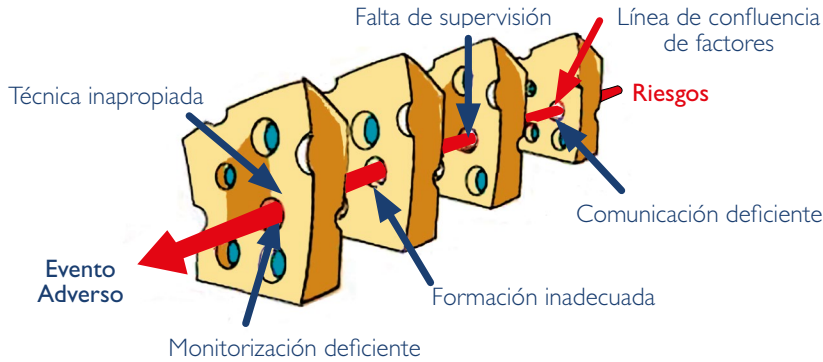


Figura 1. Teoría del error de Reason. Extraída de Reason J. (2000)<sup>10</sup>

- **Cultura de SP:** el modelo anterior señala diferentes dominios de fallo, que en el ámbito de la salud serían el sistema, el individuo y las tareas como capas principales. La cultura de SP supone un cambio global en la mentalidad a la hora de afrontar los fallos que pueden aparecer en el sistema sanitario. Conlleva una responsabilidad compartida y determina la necesidad de implicación de todos los agentes en la búsqueda de soluciones. La evolución se produce desde el enfoque individualista centrado en la persona que ha podido cometer el error; hacia el enfoque centrado en el sistema que entiende que el error ocurre por un conjunto de fallos alineados en las distintas capas de protección de la seguridad de la organización. La búsqueda de los riesgos y su análisis tienen un fin de mejora y desaparece el objetivo punitivo en caso de detectar fallos.

La cultura de seguridad, por tanto, persigue la implicación y compromiso de todos los agentes y se puede definir como “el conjunto de valores y normas comunes a los individuos, dentro de una misma organización, e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir; de manera que los individuos y la organización están comprometidos con los programas de seguridad de los pacientes”<sup>8</sup>.

## Objetivos

Los planes de calidad de las organizaciones nacionales e internacionales establecen la SP como una línea estratégica fundamental. En España, el Ministerio de Sanidad definió la misión de esta estrategia: “establecer los objetivos y recomendaciones orientados a minimizar los riesgos asistenciales y a reducir el daño asociado a la asistencia sanitaria”<sup>15</sup>. Esta estrategia ha sido continuada y desarrollada por las diferentes CC. AA.<sup>11,12</sup>. Sus objetivos principales son:

- Disminuir los daños asociados a la asistencia sanitaria.
- Reforzar la confianza de los pacientes en los profesionales y el sistema sanitario.
- Incrementar la transparencia.
- Motivar y apoyar a los profesionales sanitarios que, presentando un alto nivel de especialización y prestigio, son concedores del desafío que supone la SP.

Para alcanzar estos objetivos, se han definido líneas de actuación, destacando las que se detallan a continuación:

- **Promoción de la cultura de seguridad:** que actualmente incluye evaluación de los resultados obtenidos con las intervenciones previas, realizando estudios de percepción. Cabe destacar en el ámbito hospitalario el *Hospital Survey for patient safety* desarrollado por la Agency for Health Care Research and Quality y que se adaptó y se aplicó a veinticuatro hospitales del Sistema Nacional de Salud español. En atención primaria (AP) se adaptó y validó el cuestionario *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPS), de la Agency For Health Care Research and Quality.
- **Formación de los profesionales:** a todos los niveles incluyendo la SP en los planes de estudios de las distintas facultades de ciencias de la salud.
- **Promoción de prácticas seguras:** continuando en la línea de las que ya se han instaurado internacionalmente. Se incide en el desarrollo de prácticas seguras en relación con el uso de medicación, infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, prevención de riesgos en cirugía y cuidados seguros.
- **Gestión de los EA graves:** se establece como objetivo necesario disponer de procedimientos estandarizados que garanticen una correcta actuación ante los EA (comunicación adecuada de la información a pacientes y cuidadores, apoyo de los profesionales implicados, considerados segundas víctimas y gestión de la información hacia los medios de comunicación).
- **Notificación de EA:** impulsando la implantación a todos los niveles de sistemas de notificación y promoviendo su uso.
- **Investigación:** promoción de estudios epidemiológicos y búsqueda de evidencia científica orientada a cuantificar la magnitud y las características de los riesgos, estudiar los factores que contribuyen a la aparición de los EA, evaluar su impacto sobre el sistema sanitario y establecer soluciones efectivas, factibles y sostenibles.
- **Participación de pacientes y ciudadanos.**

## Evolución: de la cultura punitiva a la cultura reparadora y positiva

### Recorrido histórico

La máxima *primum non nocere* (lo principal es no dañar) ha acompañado a la profesión médica desde hace siglos. El juramento hipocrático pronunciado por los médicos, con sus distintas modificaciones, siempre ha reflejado de alguna forma este compromiso ético, conscientes de los riesgos que entrañan sus decisiones. Existen registros de EA asociados a la asistencia sanitaria desde la antigüedad. En las culturas mesopotámicas, el *Código de Hammurabi* (2392 a. C.) es quizá el primer documento que señala la posibilidad de iatrogenia y establece

castigos para el médico en caso de fracasar en su actividad profesional<sup>13</sup>. El derecho romano también establecía la culpabilidad del médico aun cuando hubiese obrado bien, si los resultados hubieran sido negativos. Han tenido que pasar muchos siglos para que el EA, considerado una mala práctica, responsabilidad única del médico, haya evolucionado al actual pensamiento, que lo identifica como algo inherente a la ciencia médica y que supone un fallo en el sistema del que hay que aprender para mejorar. Una de las primeras apariciones escritas de esta idea evolucionada data de 1847, en el libro *El paciente y el médico*, de Worthington Hooker. Del mismo se puede interpretar que “toda intervención sanitaria puede provocar un daño que hay que prevenir, evaluar y evitar en lo posible”<sup>14</sup>. En 1999, el IOM publicó su conocido libro *To Err Is Human*<sup>15</sup>, cuyos datos hicieron tomar conciencia de la dimensión del problema y la necesidad de poner solución, implicando a todas las organizaciones sanitarias y a todos sus niveles de responsabilidad.

En mayo de 2002, la 55.ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Resolución wha55.18, en la que solicitaba a todos los estados miembros que se establecieran los sistemas y las medidas necesarias para mejorar la SP y la CA. La Asamblea instó a la OMS a liderar políticas de mejora en este sentido<sup>16</sup>. En octubre de 2004, la OMS presentó la *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente*<sup>17</sup>, actualmente llamada *Programa de Seguridad del Paciente*. Esta identificó seis campos de acción, uno de los cuales fue el desarrollo de “soluciones para la seguridad del paciente”, tarea que asumió The Joint Commission International (JCI), creada en 1951<sup>8</sup>.

En mayo del 2007, The Joint Commission International Center for Patient Safety, que en 2005 se había declarado primer centro del mundo colaborador con la OMS íntegramente dedicado a la SP, presentó su documento *Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente*<sup>18</sup>. En este documento, la comisión analizó el carácter multifactorial de los EA y promovió soluciones dirigidas al diseño de los procesos, creación de entornos seguros y sistemas de apoyo para minimizar los daños. La elaboración de estas soluciones implica un arduo proceso de identificación y priorización de los problemas de seguridad, para posteriormente estudiar las distintas alternativas y elaborar documentos para su difusión mundial. Estas soluciones ofrecen oportunidades de reflexión que implican a todos los agentes: pacientes, profesionales, entidades locales, sistemas sanitarios, gobiernos e industria.

La Alianza Mundial<sup>17</sup> busca una transformación general en la organización de la salud y en las culturas profesionales. El reto es cambiar la dirección de los valores, creencias y conductas a todos los niveles, profesional, organizativo y de liderazgo. En febrero de 2012, la OMS promovió en Ginebra una reunión para estudiar e implementar la seguridad en AP.

En Europa, la Comisión Europea (CE) ha desarrollado numerosas acciones con la participación de los Estados Miembros. En 2004, se formó un grupo para la propuesta de recomendaciones sobre SP y los países integrantes trabajan desde entonces conjuntamente en proyectos financiados a través del programa de Salud Pública de la UE. En 2012, se

publicó un informe dirigido al consejo sobre la aplicación de las recomendaciones establecidas, estando España entre los países que habían implementado la mayoría de las mismas. En 2014, la CE realizó un segundo informe proponiendo siete áreas de trabajo, que se muestran en la tabla siguiente.

Áreas de trabajo en seguridad del paciente propuestas por la CE
Colaborar para desarrollar una definición común sobre CA y dar mayor apoyo al desarrollo de terminología e indicadores comunes en seguridad del paciente.
Colaborar a nivel de la UE en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención, para el intercambio de buenas prácticas y soluciones efectivas. Esto podría basarse en la continuidad de la acción conjunta PaSO y extenderse a otros temas identificados por los Estados Miembros y las partes interesadas.
Elaborar directrices sobre cómo proporcionar información a los pacientes sobre la CA.
Desarrollar con los Estados Miembros un modelo sobre estándares de seguridad del paciente y calidad asistencial para lograr en la UE un entendimiento común de estos conceptos.
Promover con los Estados Miembros la información transparente sobre sistemas de quejas y compensación como requiere la directiva sobre los derechos de los pacientes en la atención sanitaria transfronteriza.
Fomentar el desarrollo de la formación para los pacientes, las familias y los cuidadores informales utilizando herramientas de la tecnología de la información y la actualización periódica y difusión de las recomendaciones sobre educación y formación en seguridad del paciente para profesionales sanitarios.
Fomentar la notificación como una herramienta para diseminar la cultura de seguridad del paciente; actualización periódica y difusión de las recomendaciones sobre puesta en marcha y funcionamiento de un sistema de notificación de incidentes para el aprendizaje.

*Tabla 1. Áreas de trabajo en seguridad del paciente propuesta por la Comisión Europea al Consejo. Extraída de la estrategia de seguridad del Paciente MSSSI<sup>5</sup>*

En España, el entonces Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) elaboró en 2005 la *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS)*, basándose en las recomendaciones internacionales. En 2006, se incluyó en el plan de calidad, con el fin de dar respuesta no solo a los requerimientos internacionales, sino también a la *Ley General de Sanidad*, que incluye en su Título I la mejora de la CA sanitaria<sup>5</sup>. En consecuencia, se creó una amplia red de trabajo, que desarrolló programas y alianzas en torno a este objetivo de seguridad. Todo el esfuerzo realizado se tradujo en un mejor conocimiento de los problemas de seguridad y las herramientas para prevenirlos y controlarlos. En 2015, en una línea continuista, siguiendo las nuevas recomendaciones internacionales y los datos obtenidos del análisis de los años anteriores, el MSSSI elaboró la *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020<sup>5</sup>*, con las mismas líneas estratégicas, pero ampliando sus objetivos. Actualmente, podemos decir que se ha logrado una elevada implicación institucional, la implantación de la cultura de seguridad avanza de forma inexorable,

las mejoras se pueden medir y los resultados en salud ya benefician a muchos millones de pacientes en el mundo. Queda mucho trabajo por hacer, pero los objetivos están claros y la determinación de todos los agentes es firme para alcanzarlos.

## Magnitud del problema

La aparición de EA asociados a la asistencia sanitaria tomó especial relevancia tras la publicación en 1999 del ya mencionado estudio *To Err Is Human*, elaborado por el Instituto de Medicina de los EE. UU. El estudio realizó una revisión de 30 000 historias clínicas; en ellas se encontró un 3,7 % de EA de los cuales un 13,6 % tuvieron un resultado de muerte. Además, concluyó que el 58 % eran evitables, lo cual hizo tomar conciencia de la magnitud del problema y del gran reto que se presentaba ante las organizaciones sanitarias<sup>15</sup>. Posterior a este estudio se han publicado otros que determinan tasas mucho mayores de EA<sup>19,20</sup>.

En la UE, la frecuencia de EA en pacientes ingresados se encuentra entre el 8-12 %, produciéndose una muerte por cada 100 000 habitantes como consecuencia de los mismos, lo que supone alrededor de 5 000 muertes al año<sup>21</sup>. Ya en España, el Ministerio de Sanidad ha promovido varios estudios dirigidos a conocer la magnitud y los factores determinantes del riesgo asistencial. El estudio ENEAS<sup>19</sup> (*Estudio Nacional sobre los Eventos Adversos asociados a Hospitalización*), tras revisar 4 624 historias clínicas, informó de la detección de un 8,4 % de EA, de los que el 42,8 % podría haberse evitado. En AP, el estudio APEAS<sup>20</sup> (*Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud*) se realizó a través de un convenio entre la Universidad Miguel Hernández y el Ministerio de Sanidad y se llevó a cabo en cuarenta y ocho centros de salud de dieciséis CC. AA. Es el primer estudio epidemiológico con una muestra tan importante (96 047 consultas). Sus resultados fueron reveladores: la prevalencia de los EA fue de un 11,18 %. De ellos, el 7,3 % se consideraron graves. El estudio realizó también un análisis causal, determinando que el 47,8 % estaban relacionados con la medicación, el 6,5 % con los cuidados, el 8,4 % con las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria de cualquier tipo y el 10,6 % con algún procedimiento. Cabe destacar otros estudios realizados como el EARCAS<sup>22</sup> (*Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios*), SYREC<sup>23</sup> (*Estudio de incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico*) y EVADUR<sup>24</sup> (*Eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de los hospitales españoles*), este último desarrollado por la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias (SEMES).

La AP es el punto de contacto inicial del paciente con el sistema sanitario en la mayoría de los casos. Es en este nivel asistencial donde se realizan la mayoría de los diagnósticos y desde donde se indican la mayoría de las pruebas y tratamientos. Un error en el inicio del procedimiento asistencial puede suponer una cascada de pruebas y tratamientos que deriven en un daño al paciente<sup>20</sup>. Además, su peculiaridad hace que confluyan en ella factores que pueden aumentar el riesgo de aparición de errores. En la actualidad, una población envejecida pluripatológica y polimedcada, la escasez de tiempo en las consultas, la valoración de fases

iniciales de enfermedad con síntomas inespecíficos, los defectos de comunicación entre niveles asistenciales y la sobrecarga del sistema, entre otros, hacen la AP aún más vulnerable. Con los datos obtenidos de los estudios, se pudo concluir que aun siendo relativamente baja la frecuencia de los EA, son muchos los pacientes afectados. Su aparición produce un alto impacto emocional y social, no solo sobre el paciente afectado y su entorno, sino también sobre el equipo médico y la organización, además del gasto económico que supone para los sistemas sanitarios.

Esta preocupación social se refleja en que el 53 % de los ciudadanos de la UE consideran que podrían sufrir daño al recibir atención hospitalaria<sup>25</sup>. Según el barómetro sanitario realizado en 2010, un 11,7 % de los encuestados refería haber sufrido en ellos mismos o en sus familiares un error durante la consulta con el especialista y un 9,6 % en AP. En cuanto al impacto económico es difícil obtener datos precisos, pero se han publicado trabajos encaminados a cuantificar el coste de la “no seguridad”. El entonces MSSSI realizó un trabajo basándose en estudios de costes y estimó uno de 2 474 millones de euros para el SNS español en pacientes hospitalizados durante el año 2011. En todos los estudios realizados se detectan cifras de entre un 50-70 % de EA prevenibles y es este dato el que fundamenta la certeza de que la SP tiene un amplio margen de mejora<sup>5</sup>. El objetivo no es otro que identificar los EA, evaluar su impacto, analizar los factores que llevan a su aparición y diseñar estrategias preventivas que los minimicen. Se puede afirmar que la evolución positiva hacia una actitud de autocrítica y análisis global del sistema, que centre sus esfuerzos en mejoras para conseguir el objetivo de seguridad deseable, es una realidad en estos momentos. Queda mucho camino por recorrer, aunque ya se ha dado el primer paso: reconocer que estamos ante un problema de salud pública de gran magnitud, que es posible tratar y prevenir.

## Calidad asistencial: objetivo seguridad

### Aspectos generales

En nuestros días, la CA se ha convertido en uno de los grandes paradigmas de la gestión sanitaria. Garantizar la calidad en un servicio de salud genera confianza entre los pacientes<sup>26</sup>. La SP es una de las dimensiones clave de la CA<sup>27</sup> y constituye un indicador de la misma. Se debe prestar una atención sanitaria de calidad en un entorno cambiante y de alta complejidad, en el que los pacientes aumenten sus expectativas en cuanto a la atención recibida, la veracidad de la información y la seguridad<sup>28</sup>, exigiendo que se optimice la gestión y el rendimiento técnico de los medios y de los profesionales. La CA está íntimamente ligada al principio ético de beneficencia, por el que se persigue lo mejor para el paciente. La calidad en salud ha sido definida de varias formas a lo largo de la historia, una sencilla es “hacer bien lo correcto y hacerlo siempre”<sup>29</sup>. La OMS define la CA como “asegurar que cada paciente recibe el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del



paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso". En definitiva, la CA intenta alcanzar la mejora y adecuación de la práctica clínica en base a la mejor evidencia disponible, la excelencia de esta y la satisfacción de los usuarios, haciendo partícipes a los profesionales, a los gestores y a la población. Los componentes de la calidad son tres<sup>7</sup>:

- **Científico-técnico:** aplicación del mejor conocimiento posible en función de los recursos y medios. Es el más valorado por los profesionales y se refiere a la práctica clínica.
- **Percepción:** satisfacción de los pacientes, incluidos atención, resultados y trato recibidos.
- **Institucional o corporativo:** relacionado con la imagen que percibe la sociedad sobre la institución sanitaria.

Todos estos componentes están ligados a las siguientes dimensiones:

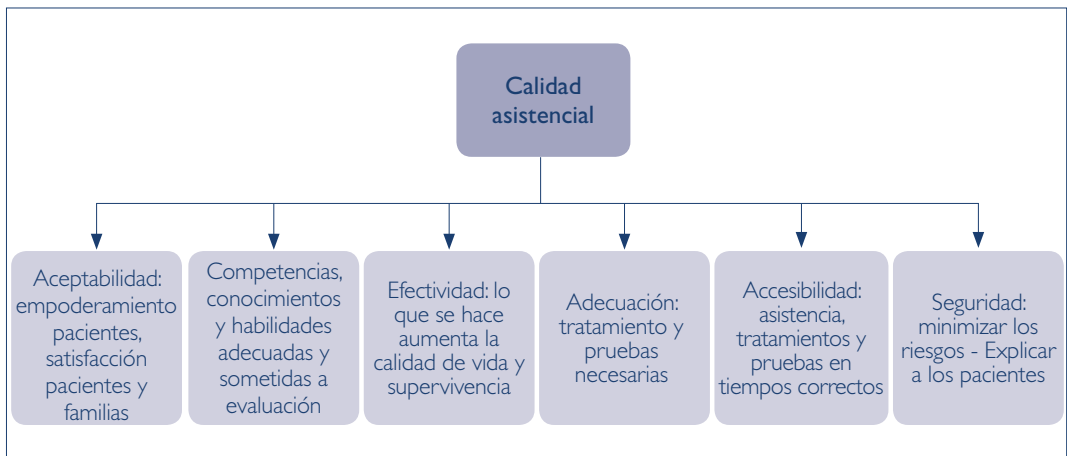


Figura 2. Componentes y dimensiones de la calidad asistencial. Fuente: elaboración propia

## Indicadores de calidad

Los indicadores de calidad son aspectos medibles de la atención sanitaria. Se encuadran dentro de la gestión de la calidad y juegan un papel importante en su evaluación y seguimiento ya que permiten monitorizar incidentes relacionados con<sup>30</sup>:

- Las **estructuras** (lo que hay y cómo se organiza).
- Los **procesos** (lo que se hace).
- Los **resultados** (lo que se consigue): se miden aspectos como mortalidad, complicaciones, estado funcional, calidad de vida, satisfacción, etc., aunque son ampliamente discutidos, ya que los resultados no dependen exclusivamente de la atención prestada.

Los indicadores tienen elementos comunes, que en su momento fueron definidos por el Comité Técnico de la Estrategia de Seguridad del Paciente del MSSS<sup>31</sup>. Deben de tener

cualidades como la confianza, validez, accesibilidad, oportunidad, practicidad, sensibilidad y alcance. Su monitorización tiene como objetivo utilizarlos en estrategias de prevención e identificación de aspectos de mejora de la SP y la CA. La calidad en la práctica sanitaria se basa en el grado de cumplimiento de una serie de criterios establecidos previamente que se miden a través de los Indicadores de Calidad (ICa) para los que se fijan estándares, y cuya monitorización a lo largo del tiempo permite mejorar la satisfacción y las expectativas de los pacientes<sup>32</sup>. Disponer de un catálogo de ICa facilita la gestión central y el *benchmarking*<sup>33</sup> y homogeneiza la calidad en los diferentes niveles de la organización. El *benchmarking* es una herramienta que ayuda a mejorar mediante la comparación y el aprendizaje de lo que se hace y de cómo se hace, tomando como referencia a los mejores<sup>35,34</sup>.

Se diferencian los siguientes tipos de *benchmarking*:

- **Interno:** dentro de la organización, muy útil para el intercambio de experiencias y normalizar procedimientos de trabajo. La información está disponible, por lo que es sencillo de realizar.
- **Competitivo:** compara productos, servicios y resultados con los competidores. Pueden existir dificultades en la obtención de la información.
- **Funcional:** dentro del mismo sector, pero no con competidores directos.
- **Genérico:** compara procesos con otro sector.
- **Ingeniería inversa:** compara el diseño de productos con la competencia.

El desarrollo de los indicadores lleva implícito<sup>35</sup> su revisión, nuevas aportaciones, consenso y priorización. La mediciones de los ICa permiten establecer estrategias de gestión de calidad en SP, basadas en ciclos continuos de mejora<sup>36</sup>, para ajustarse a los modelos de calidad más empleados en nuestro entorno, que son: la acreditación de la Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)<sup>37</sup>, la certificación de la International Organization for Standarization (ISO)<sup>38</sup>, fundamentalmente la UNE-EN ISO 9000 sobre sistemas de gestión de la calidad y la UNE-EN ISO 9004, y la autoevaluación mediante modelos de la European Foundation for Quality Management (EFQM)<sup>39</sup>.

## Indicadores de seguridad del paciente

Los indicadores empleados en SP se basan en tasas de un determinado suceso y en los denominados **indicadores centinelas (IC)**, que son eventos importantes y graves de los que existen diferentes listados, destacando el del NHS Improvement<sup>40</sup>, llamado *never events* o eventos que nunca deberían ocurrir. Los IC deben notificarse siempre y su investigación está sujeta a un análisis de causas<sup>41</sup>. En los últimos años, se han desarrollado otros indicadores, como los *trigger*<sup>42</sup> o factores desencadenantes, que son indicadores intermedios en pacientes hospitalizados, y suponen la búsqueda en la historia clínica de los eventos más frecuentes, previamente definidos (Tabla 2).

<p><b>Gestión de riesgos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de hospitales con sistema de notificación y aprendizaje de incidentes.</li> <li>• Porcentaje de centros de atención primaria con sistema de notificación y aprendizaje de incidentes.</li> <li>• Porcentaje de hospitales con unidades funcionales de gestión de riesgos o comisiones de seguridad operativas.</li> <li>• Porcentaje de áreas de atención primaria con unidades funcionales de gestión de riesgos o comisiones de seguridad operativas.</li> </ul>
<p><b>Identificación de pacientes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de hospitales con protocolo de identificación de pacientes.</li> </ul>
<p><b>Seguridad quirúrgica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de hospitales que tienen implantado el listado de verificación de seguridad quirúrgica.</li> <li>• Porcentaje de pacientes intervenido de cirugía programada a los que se aplica el listado de verificación de seguridad quirúrgica.</li> </ul>
<p><b>Uso seguro de la medicación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de hospitales con protocolo para medicamentos de alto riesgo.</li> <li>• Porcentaje de hospitales con protocolo para conciliar la medicación al alta.</li> <li>• Porcentaje de hospitales que aplican el cuestionario de autoevaluación del sistema de utilización de medicamentos.</li> </ul>
<p><b>Higiene de las manos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de camas de hospitales con productos de base alcohólica en la habitación.</li> <li>• Porcentaje de camas de hospitales con productos de base alcohólica en el punto de atención al paciente.</li> <li>• Porcentaje de camas en unidades de cuidados intensivos con productos de base alcohólica en punto de atención al paciente.</li> <li>• Porcentaje de centros de atención primaria con productos de base alcohólica para atención domiciliaria.</li> <li>• Porcentaje de hospitales con formación sobre la higiene de las manos.</li> <li>• Porcentaje de centros de atención primaria con formación en higiene de las manos.</li> <li>• Porcentaje de hospitales con formación sobre los 5 momentos de la higiene de las manos.</li> <li>• Porcentaje de hospitales que realizan la observación directa de cumplimiento de la higiene de las manos.</li> <li>• Porcentaje de hospitales que realizan autoevaluación de la higiene de las manos según recomendaciones de la OMS.</li> <li>• Consumo de producto de base alcohólica en hospitalización (litros por cada 1 000 pacientes-día).</li> <li>• Consumo de producto de base alcohólica en atención primaria (litros por cada 1 000 consultas-día).</li> </ul>

Tabla 2. Ejemplo de Indicadores. Extraída de Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía<sup>43</sup>

En el ámbito sanitario se emplea el cuadro de mando integral, sobre todo en la macrogestión. Para su diseño, la organización empleará indicadores que permitan medir la calidad de vida relacionada con la salud, así como la satisfacción de los usuarios frente al servicio recibido y el esperado. Los equipos directivos como parte de la calidad total, y de acuerdo con los resultados de los ICa, deben establecer un plan que priorice las actuaciones (*Plan*), hacer aquello que se ha planificado (*Do*), evaluar y comprobar si se ha conseguido (*Check*), actuar con nuevas medidas de mejora y acciones correctoras (*Act*).

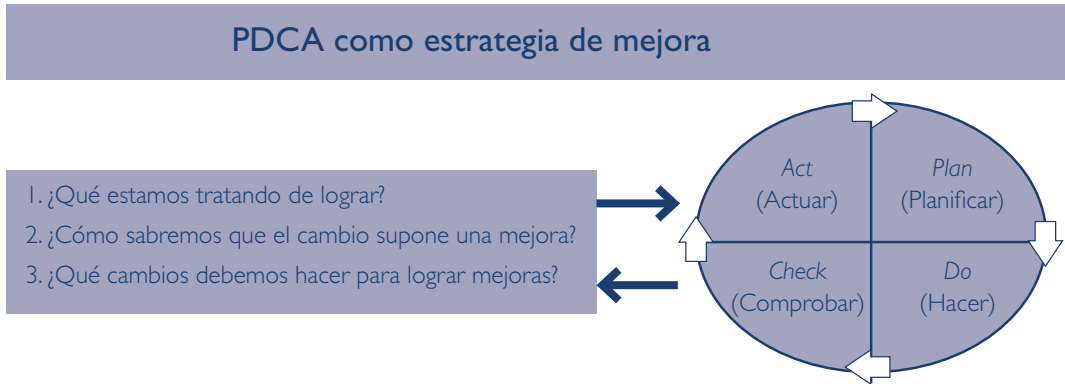


Figura 3. PDCA como estrategia de mejora. Extraída de Institute for Healthcare Improvement<sup>45</sup>

## Cultura de seguridad del paciente

La SP es un problema de salud pública del que todos debemos hacernos responsables. Por ello, la primera línea estratégica que se desarrolló tenía como objetivo concienciar, formar e implicar a todos los agentes que intervienen o influyen directa o indirectamente en la asistencia sanitaria. El punto de partida era la cultura del error excepcional, de responsabilidad individual y con carácter punitivo. Esto favorecía la ocultación para evitar el castigo, lo que dificultaba su análisis y la posibilidad de prevenirlo o minimizar su impacto. Sin embargo, el error como fuente de información para la mejora del sistema y la consecución del objetivo deseable de seguridad es una de las ideas fundamentales que se pretenden implantar con la denominada cultura de SP. De ahí la evolución a la cultura reparadora y positiva que se define como **“el producto de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta de individuos o grupos, que determinan el compromiso, así como su estilo y habilidad respecto a la salud de la organización y la gestión de la seguridad”**<sup>44</sup>, y supone la implantación de un nuevo modelo de entendimiento y evaluación del riesgo y los errores sanitarios, convirtiendo la seguridad asistencial sanitaria en un objetivo común. Pretende un cambio de actitud global, empoderando los valores éticos de los profesionales, pacientes y organizaciones responsables de la salud. Según la National Patient Safety Agency for England and Wales (NPSA), las características que definen la cultura de SP son:

- **Abierta:** se asume el fallo del sistema como origen de los accidentes.
- **Justa:** no se imponen medidas punitivas.
- **De aprendizaje:** interpreta los incidentes como posibilidades de mejora.

Teniendo en cuenta estas características, para lograr su implantación es imprescindible:

- Tomar conciencia de que los errores pueden aparecer.
- Desarrollar la capacidad de reconocer, analizar, actuar y aprender del error.
- Imponer la imparcialidad y la apertura de visión para compartir la información, con un trato justo hacia el personal y el paciente cuando aparece un EA.
- Realizar un enfoque dirigido siempre al sistema, que analiza a los individuos como parte de un sistema completamente interrelacionado, cuyo funcionamiento exige una coordinación perfecta, ya que la acción de un individuo repercute en toda la organización.

La cultura positiva de la SP se abordará desde tres perspectivas: la de la organización, la del profesional y la del paciente.

## Perspectiva de la organización

Desde las organizaciones sanitarias internacionales se marcan las pautas que hay que seguir en materia de SP. Los responsables locales deben garantizar la continuidad de las políticas internacionales. Se comienza a trabajar en una estructura organizativa dedicada a la SP.

## Evaluación del punto de partida

Antes de comenzar a implantar una cultura de seguridad, se debe conocer en qué punto se encuentra la organización o sistema sanitario que se quiere evaluar. Para ello, hay disponibles diversos cuestionarios, algunos de los cuales se pueden consultar en el Institute for Healthcare Improvement<sup>45</sup> que abordan aspectos que tienen que ver con la visión y el compromiso de los directivos, la comunicación, actitudes ante la notificación de incidentes y factores que pueden modificar o influir en la atención sanitaria. Es importante saber que los cuestionarios evalúan la situación en un momento puntual y que deben actualizarse periódicamente.

En 2008, la Agency for Healthcare and Research in Quality (AHRQ) diseñó un cuestionario para valorar la cultura de SP dirigido a la atención ambulatoria, que es el *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC). Se trata de una herramienta que se aplica a profesionales sanitarios y no sanitarios y que presenta un desarrollo psicométrico riguroso aplicado extensamente, permitiendo la comparación internacional. Fue validado más adelante mediante un estudio financiado por el MSSSI para adaptarlo a las características del SNS, resultando una herramienta útil de evaluación del estado de la cultura de SP en España<sup>46</sup>. Se puede consultar el cuestionario en el Anexo I. Posteriormente, esta herramienta fue adaptada para la medición de la cultura de SP en el ámbito hospitalario a iniciativa de una colaboración entre el MSSSI y la Universidad de Murcia<sup>47</sup>.

La encuesta proporciona información sobre la percepción relativa a doce ítems:

- Frecuencia de eventos notificados.
- Percepción de seguridad.
- Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorece la seguridad.
- Aprendizaje organizacional y mejora continua.
- Trabajo en equipo.
- Franqueza en la comunicación.
- *Feedback* y comunicación sobre errores.
- Respuesta no punitiva a los errores.
- Dotación de personal.
- Apoyo de la gerencia del hospital a la SP.
- Trabajo en equipo entre unidades.
- Problemas de cambio de turno y transiciones entre servicios/unidades.

Además, esta encuesta incluye una pregunta sobre la calificación global de la SP en el entorno del encuestado y otra sobre el número de EA notificados en el último año. Los resultados permiten describir el clima de seguridad e identificar fortalezas y debilidades que se interpretan como oportunidades de mejora. Esta herramienta se aplicó a una muestra de 6 257 profesionales sanitarios de veinticuatro hospitales, estratificada por tamaño de hospital, obteniendo el clima de seguridad una calificación media de 7 en una escala de 0 a 10. El 50 % de los profesionales calificaron la seguridad en sus servicios con una nota de entre 6 y 8. Tras una correcta evaluación del nivel de cultura de seguridad que posee una organización, se puede establecer el grado de madurez en el cual se encuentra.

El *Manchester Patient Safety Framework* (MaPSaF)<sup>48</sup> ayuda a evaluar la cultura de seguridad y clasifica las organizaciones en función de nueve dimensiones de gestión del riesgo:

1. Compromiso general con la calidad.
2. Prioridad que se da a la SP.
3. Percepciones de las causas de incidentes de SP y su identificación.
4. Investigación de incidentes de SP.
5. Aprendizaje organizativo posterior.
6. Comunicación sobre cuestiones de seguridad.
7. Cuestiones de personal y seguridad.
8. Educación y formación del personal en gestión del riesgo.
9. Equipos de trabajo en gestión del riesgo.

Según este marco de trabajo, se establecen cinco niveles de cultura de seguridad organizativa: patológica, reactiva, de cálculo, proactiva y generativa (Figura 4)<sup>49</sup>.

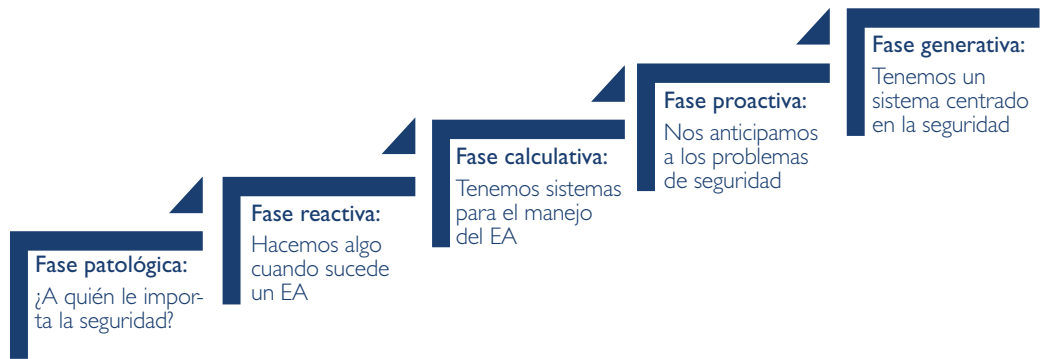


Figura 4. Fases de la cultura de seguridad (Manchester Patient Safety Framework). Fuente: elaboración propia

## Liderazgo

El documento *Siete pasos para la seguridad del paciente*<sup>50</sup>, publicado por la NPSA, da las pautas para la implantación de la cultura de seguridad y ofrece la ruta a seguir por las organizaciones. Se precisan líderes involucrados y con un compromiso basado en el ejemplo, que estén motivados y trabajen con políticas claras, en un entorno abierto y predispuesto al cambio, la escucha, la comunicación, la formación y la mejora continua.

Se destacan como funciones del líder las siguientes:

- **Fomentar una cultura abierta y justa:** realizar encuestas de salud y asegurar el uso de los árboles de decisión en EA.
- **Liderar equipos de seguridad:** designar un responsable ejecutivo dentro de la dirección de la organización y un responsable operacional en cada área y mantener contactos directos y reuniones de seguimiento. Incorporar la formación en SP a todo el personal e impartir formación especializada a responsables y especialistas. Implementar el uso de herramientas de seguridad.
- **Integrar la gestión de los riesgos a la gestión global de la organización:** desarrollando indicadores, objetivos, seguimiento y planes de mejora.
- **Promover la comunicación de los EA:** ligando los sistemas local y global de la organización. Realizar informes sobre SP que tengan un alcance bidireccional hacia la cúpula directiva del sistema y hacia el personal.
- **Involucrar a los pacientes e implementar la comunicación con ellos y sus familiares:** la apertura hacia los pacientes debe ser un compromiso de la dirección, que debe respaldar las acciones encaminadas a mejorar la comunicación.
- **Aprender de los errores:** comprometerse con la formación del personal de la organización en materias de análisis de EA.

- **Implementar soluciones:** que reduzcan el riesgo mediante cambios en prácticas, procesos o sistemas. Revisar las prácticas vigentes en relación con las alertas que se reciben y mantener el contacto con otras organizaciones y líderes que hayan implementado soluciones.

### Gestión integrada de riesgos

La gestión integrada de los riesgos se refiere a la investigación, cuantificación, valoración, análisis y gestión del riesgo en todos los niveles de la organización<sup>49</sup>. La cultura de SP debe garantizar a este nivel:

- La evaluación de todo tipo de riesgos.
- La priorización y toma de decisiones para optimizar resultados.
- Integrar los riesgos en la planificación estratégica.
- Integrar los riesgos en el sistema de gestión clínica.
- Procedimientos de formación, valoración e investigación de riesgos.
- Implementar el desarrollo y uso de herramientas de gestión y registro de riesgos.
- Control de las acciones con seguimiento que garantice que las soluciones prácticas a los problemas detectados se han implantado, están arraigadas y son eficaces.
- Información proactiva y reactiva.

### Perspectiva del profesional

Todo el personal que trabaja en una organización sanitaria debe tener la SP como objetivo sanitario. La cultura de seguridad debe lograr en este punto los siguientes objetivos:

- Conocimiento y formación continuada.
- Implicación y compromiso.
- Motivación a través del logro de resultados, de ahí la importancia de la comunicación de informes desde la dirección.
- Participación tanto en la detección de riesgos como en su análisis y desarrollo de medidas para controlarlos. Notificación de EA o de riesgos detectados.
- Formación en el uso de herramientas de seguridad, tanto de aquellas usadas para el análisis, como en las tecnologías para mejorar la SP en el nivel asistencial más próximo al paciente.
- Mejorar la confianza en el sistema y en el entorno.
- Mejorar la comunicación en materias de seguridad con los directivos y con los pacientes y sus familiares.

La OMS desarrolló en 2011 una guía formativa específica para la formación en materias de SP orientada a todos los profesionales de la salud<sup>50</sup>. En España, tanto el Ministerio de Sanidad como las distintas consejerías ponen a disposición de los profesionales cursos formativos gratuitos y accesibles.



## Perspectiva del paciente

El paciente es el centro de la asistencia sanitaria y la cultura de seguridad se orienta hacia él; por tanto, no solo debe conocer todos los cambios que se apliquen en este sentido, sino también ser partícipe de los mismos. La organización sanitaria que quiera instaurar un clima de seguridad adecuado hará partícipe a los pacientes y explicará correctamente todas las decisiones adoptadas, garantizando que estas han sido comprendidas. Se procurará que los pacientes tomen conciencia y asuman responsabilidades asociadas a su propia seguridad. El paciente cada vez está más informado y formado en su enfermedad, tomando un papel cada vez más activo en el tratamiento y en la toma de decisiones respecto a sus procesos de salud. En España, la Ley 41/2002 regula la autonomía del paciente y sus derechos y obligaciones en materias de información y documentación clínica. Según se especifica en la misma, el paciente adquiere la capacidad, el derecho y la obligación de involucrarse en los problemas de salud individuales y colectivos, pudiendo participar en aspectos organizativos de los sistemas sanitarios<sup>51</sup>.

El paciente, por tanto, desde hace años, también forma parte activa en la implantación de la cultura de seguridad:

- Motivando, no solo como testigos de la falta de seguridad, si no también demostrando los beneficios de adoptar las medidas correctoras necesarias.
- Detectando riesgos, muchos de ellos no visibles a los ojos de los profesionales por las circunstancias que los rodean.
- Analizando las causas de los riesgos o errores detectados.
- Formándose y formando en materias de SP.
- Favoreciendo y activando los canales de comunicación que facilitarán el flujo de información sobre riesgos, prevención y organización.
- Implicándose en el desarrollo de las políticas de seguridad.

La iniciativa *Pacientes en defensa de su seguridad* (PDS)<sup>52</sup> es una de las seis esferas de trabajo de la *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente*. A través de ella, la OMS respalda las iniciativas dirigidas a hacer oír la voz de los pacientes, se promueve la participación de los usuarios en las mejoras de la SP y se trabaja para sensibilizar a la opinión pública sobre los riesgos propios de la atención sanitaria, procurando educar a la población en el enfoque sistémico de la gestión del riesgo.

Gracias a la PDS, se ha formado una red internacional de pacientes, cuidadores, usuarios y organizaciones de consumidores que respaldan y promueven la participación en los programas de salud. Trabajan junto con los profesionales de salud y formuladores de políticas de todo el mundo para identificar problemas, proponer soluciones y generar cambios<sup>52</sup>. En España, en el marco de las políticas sobre SP en el SNS contenidas en el plan de calidad, se planteó la necesidad de conocer las opiniones, expectativas y posicionamiento de expertos, representantes

de asociaciones de pacientes, de consumidores y usuarios y defensores del paciente de diferentes CC.AA. sobre este tema y su participación en futuras soluciones vinculadas a la SP. En 2007, se pusieron en marcha una serie de proyectos que inicialmente consistieron en estudios cualitativos y dos talleres de trabajo, gracias a los cuales se gestó un documento de consenso inicial que se finalizó tras un taller en la Escuela de Verano de Salud Pública con la creación de la Red ciudadana de formadores en SP.

### *Taller/panel de expertos Los pacientes por la seguridad de los pacientes*

En 2011, el MSSSI publicó su documento *La perspectiva de los ciudadanos por la seguridad del paciente*<sup>53</sup>, que expone el resultado de la celebración del taller-panel de expertos bajo el lema *Los pacientes por la seguridad de los pacientes*. En él se emplearon técnicas como la discusión en grupo, panel (soporte para clasificar información recogida mediante tormenta de ideas) y el modelo Horizonte, también llamado técnica del grupo nominal, que sirve para jerarquizar las propuestas derivadas de una tormenta de ideas en función de criterios y valorar visualmente su implementación. Del análisis de los datos obtenidos se establecieron estrategias para mejorar la seguridad en aquello que depende de los pacientes:

- Sistema de declaración de los EA por pacientes.
- La figura del defensor del paciente en todas la CC.AA.
- Formación de pacientes en seguridad.
- Participación de pacientes en seguridad, mediante encuestas, intervención en controles de calidad, participación en los consejos de salud y colaboración en ejecución de programas y estrategias.
- Estrategias de comunicación a la ciudadanía sobre seguridad.
- Papel activo de las asociaciones.
- Participación en la toma de decisiones en la consulta.
- Crear guías para pacientes.
- Participar en la elección de profesionales.
- Ejercer y exigir derechos, en el contexto de detección de mejoras, reclamar información y tener claro el nivel de responsabilidad de cada agente, incluido el propio paciente.
- Creación de un observatorio para la SP.

Se continúan realizando otros talleres y estudios similares. La participación ciudadana en su seguridad es un área de trabajo en la que queda mucho por hacer y que es considerada un pilar fundamental en la evolución de la cultura de seguridad.

### *Beneficios de la cultura de seguridad*

Cuando una sociedad consigue implantar la cultura de la SP, sus beneficios alcanzan a todos sus miembros. Entre ellos destacan:

- Reducción potencial en la recurrencia y la gravedad de los incidentes de seguridad.
- Reducción del daño físico y psicológico que los pacientes y sus familiares sufren a causa de los EA.
- Disminución del sufrimiento, sentimiento de culpa, pérdida de confianza y daño moral del personal implicado en un incidente.
- Reducción de costes asociados a mitigar el daño causado y mejora en la gestión de recursos.
- Mejorar la transparencia de la organización y reforzar la confianza de los pacientes en el sistema y sus profesionales.

En la actualidad, caminamos hacia un sistema de salud en el que se precisa alcanzar altos niveles de confianza en la calidad y en la seguridad para todos los agentes involucrados en él.

## Bibliografía

1. Terol E, Agra Y, Fernández-Maíllo M, Casal J, Sierra E, Bandrés B, et al. Resultados de la estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud español, período 2005-2007. *Medicina Clínica*. 2008;131(S3):4-11.
2. Estepa del Árbol M, Moyano Espadero M, Pérez Blancas C, Crespo Montero R. Eficacia de los programas de seguridad del paciente. *Enferm Nefrol*. 2019;19(1):63-75.
3. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe Técnico Definitivo [Internet]. WHO; 2009 [cited 3 September 2019]. Available from: [https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)
4. Aibar-Remón C, Aranaz-Andrés J, García-Montero J, Mareca-Doñate R. La investigación sobre seguridad del paciente: necesidades y perspectivas. *Medicina Clínica*. 2008;131(S3):12-17.
5. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Sanidad 2016 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016. Available from: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
6. Zsifkovits J, Zuba M, Geißler W. Costs of unsafe care and cost effectiveness of patient safety programmes [Internet]. European Union. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH and SOGETI; 2016 [cited 3 September 2019]. Available from: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems\\_performance\\_assessment/docs/2016\\_costs\\_psp\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2016_costs_psp_en.pdf)
7. Institute of Medicine (US) Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare; Lohr KN, editor. Medicare: A Strategy for Quality Assurance: Volume 1. Washington (DC): National Academies Press (US); 1990.
8. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Rev. Méd. Clínic. Las Condes*. 2017;28(5):785-95.
9. Pórtela-Romero M, Bugarin-González R, Rodríguez-Calvo MS. Error humano, seguridad del paciente y formación en medicina. *Educ Med* 2019;20(S1):169-174.
10. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000;320(7237):768-770.
11. Estrategia en seguridad del paciente 2020. Consejería de Sanidad País Vasco OsaKidetza; 2018. [cited 3 September 2019]. Available from: [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cinfo\\_estrategia\\_seg\\_paciente/es\\_def/adjuntos/ESTRATEGIA2020\\_es.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cinfo_estrategia_seg_paciente/es_def/adjuntos/ESTRATEGIA2020_es.pdf)
12. Servicio Madrileño de Salud. Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Servicio Madrileño de Salud; 2015. [cited 3 September 2019]. Available from: [http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/estrategia\\_de\\_seguridad\\_del\\_paciente\\_2015-2020\\_sermas\\_rev.pdf](http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/estrategia_de_seguridad_del_paciente_2015-2020_sermas_rev.pdf)
13. Sánchez Moreno V. La Responsabilidad profesional del médico. Lecture presented at; 2009; Universidad de Sonora. Unidad Regional Norte. [cited 3 September 2019]. Available from: <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/19618/Capitulo1.pdf>
14. Aliaga L. Primum Non Nocere. *Revista Medicina de Familia. SEMERGEN*. 2019; 45(1):4-5.

15. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Institute of Medicine. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
16. Fifty-Fifth World Health Assembly. Res. WHA55.18. Geneva:WHO; 2002.
17. World Alliance for Patient Safety Forward Programme 2005. Geneva:World Health Organization, 2004. [cited 3 September 2019]. Available from: [http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf)
18. WHO. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Mayo de 2007. The Joint Commission International. WHO.int. [cited 3 September 2019]. Available from: <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf?ua=1> [último Acceso 30/04/2019]
19. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Calidad. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS) - ENEAS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2006. [cited 3 September 2019]. Available from: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>. [Último Acceso 30/04/2019]
20. Álvarez J, Portella E, Terol E, Agra Y, Fernández M. Prácticas Seguras Simples Recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud; 2008. [cited 3 September 2019]. Available from: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/PracticasSegurasSimplesversion.pdf>
21. World Health Organization Europe. A brief synopsis on Patient safety. [Internet] WHO Regional Of for Europe. Copenhagen, 2010. [cited 3 September 2019]. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0015/111507/E93833.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/111507/E93833.pdf)
22. Aibar Remón C (coord.). Estudio EARCAS: eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios [Internet]. Seguridaddelpaciente.es. 2011 [cited 6 September 2019]. Available from: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/earcas.pdf>
23. Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. SYREC 2007 Informe. Mayo 2009 [Internet]. Seguridaddelpaciente.es. 2009 [cited 6 September 2019]. Available from: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/syrec.pdf>
24. Tomás Vecina S, Chanovas Borràs M, Roqueta Egea F. Los acontecimientos adversos a medicamentos originados en el servicio de urgencias y el estudio EVADUR. *Emergencias*. 2013;25(6):511.
25. Special eurobarometer 411. Patient Safety and Quality of Care. 2014. [cited 3 September 2019]. Available from: [http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs\\_411\\_sum\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_411_sum_en.pdf)
26. Font-Noguera I, Otero López M, Roure Nuez C, Matoses-Asensio SM, Bladominos Utrilla G, Fernández Llamzares CM, et al. Módulo 5. Seguridad clínica. En curso on-line: Avance en el desarrollo estratégico de los Servicios de farmacia hospitalaria. SEFH Madrid 2017. [cited 3 September 2019]. Available from: [http://formacion.sefh.es/cursos/gestion\\_servicios\\_farmacia/contenidos/cursoSEFH/modulos/01/](http://formacion.sefh.es/cursos/gestion_servicios_farmacia/contenidos/cursoSEFH/modulos/01/)
27. Aranaz J, Moya C. Seguridad del paciente y calidad asistencial. *Revista de Calidad Asistencial*. 2011;26(6):331-332.
28. Mira Solves J, Aranaz Andrés J, López Fresneña N. La calidad asistencial, componentes de la calidad. Evolución del concepto de calidad asistencial. In: Aranaz Andrés J, ed. by. *La gestión sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes* [Internet]. 2nd ed. Fundación MAPFRE; 2017. p. 239-250. [cited 3 September 2019]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=731183>
29. Jiménez Torres V, Climente Martí M. Calidad farmacoterapéutica y seguridad del paciente: bases metodológicas. In: Merino Sanjuán M, Climente Martí M, Font Noguera I, Borràs Almenar C, Porta Oltra B, ed. by. *Diploma de Calidad Farmacoterapéutica y seguridad del Paciente*. 6th ed. Valencia: Universitat de València; 2011.
30. Aibar-Remón C, Aranaz-Andrés J. Unidad 3. La Seguridad del Paciente como problema de Salud Pública. Magnitud y trascendencia de los Eventos Adversos. *Indicadores de Seguridad del Paciente*. [Internet]. Madrid: MSSSI; 2019 [cited 8 September 2019]. Available from: <https://cursos.seguridaddelpaciente.es/courses/cur002/03/01-contenidos.pdf>
31. Saturno P, Terol García E, Da Silva Gama Z. Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente Resultados de su medición en una muestra de hospitales del Sistema Nacional de Salud español [Internet]. Madrid: Ministerio De Sanidad Y Política Social; 2009 [cited 3 September 2019]. Available from: [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Indicadores\\_buenas\\_practicas\\_SP\\_Resultados\\_medicion\\_hospitales\\_SNS.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Indicadores_buenas_practicas_SP_Resultados_medicion_hospitales_SNS.pdf)

32. Nebot CM, Mira JJ, Guilbert M, Pérez-Jover V, Pablo D, Quiros T, et al. Conjunto de indicadores de calidad para hospitales de la Agencia Valenciana de Salud. *Rev Calid Asist* 201;18(1):1-64.
33. de Andrés B, Salazar RM, Ferrer C, et al. Una aproximación al benchmarking de indicadores de cuidados aprendiendo para mejorar la seguridad del paciente. *Rev Calid Asist* 2014; 29(4):212-9.
34. Benchmarking de buenas prácticas en la gestión de riesgos y políticas de reordenación del gobierno clínico en el ámbito hospitalario. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [cited 3 September 2019]. Available from: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/BenchmarkingGestionRiesgosGo>
35. Ignacio E, Mira JJ, Campos FJ, López de Sá E, et al. Indicadores de calidad y seguridad en el paciente anticoagulado con fibrilación auricular no valvular y enfermedad tromboembólica venosa profunda. *J Healthc. qual. res* 2018;33(2):68-74.
36. Astier Peña MP, Maderuelo Fernández JA. Calidad asistencial y seguridad del paciente desde la perspectiva de la ética médica. [cited 3 September 2019]. Available from: [https://www.ffomc.org/CursosCampus/Experto\\_Etica\\_Medica/UI\\_6\\_CALIDAD\\_%20ASISTENCIAL\\_%20Y\\_%20SEGURIDAD\\_%20DEL\\_%20PACIENTE.pdf](https://www.ffomc.org/CursosCampus/Experto_Etica_Medica/UI_6_CALIDAD_%20ASISTENCIAL_%20Y_%20SEGURIDAD_%20DEL_%20PACIENTE.pdf)
37. [Internet]. Jointcommission.org. [cited 8 September 2019]. Available from: <https://www.jointcommission.org>
38. ISO - International Organization for Standardization [Internet]. ISO. 2019 [cited 25 July 2019]. [cited 3 September 2019]. Available from: <https://www.iso.org/home.html>
39. EFQM.es: Modelo de excelencia y calidad EFQM [Internet]. Efqm.es. 2019 [cited 25 July 2019]. Available from: <http://www.efqm.es/>
40. Never Events Policy and Framework. Revised January 2018 NHS Improvement 2018. [cited 3 September 2019]. Available from: <https://improvement.nhs.uk/resources/never-events-policy-and-framework/>
41. Saturno P. Safety indicators: how to measure security and insecurity of care? *Medwave* 2010 Nov;10(10):e4793.
42. Guzmán Ruiz O, Ruiz López P, Gómez Cámara A, et al. Detección de eventos adversos en pacientes adultos hospitalizados mediante el método Trigger Tool. *Rev Calid Asist* 2015;30(4):166-74.
43. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Informe de resultados. Indicadores de seguridad del paciente. Sevilla: Consejería de Salud; 2015.
44. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf* 2011;20(4):338-43.
45. IHI Home Page [Internet]. Ihi.org. [cited 8 September 2019]. Available from: <http://www.ihio.org/>
46. Torijano ML, Oliveras G, Astier MP, et al. Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de Atención Primaria. *Aten Primaria* 2013;45(1):21-37.
47. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español [Internet]. *Seguridaddelpaciente.es*. 2019 [cited 3 September 2019]. Available from: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/percepcion-opinion/2007/analisis-cultura-seguridad/>
48. 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 Aug; 16(4): 313–320.
49. Siete pasos para la seguridad del paciente en la atención primaria [Internet]. Msbs.gob.es. 2006 [cited 3 September 2019]. Available from: [https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/siete\\_pasos\\_seguridad\\_paciente.pdf](https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/siete_pasos_seguridad_paciente.pdf)
50. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. 2019;26(1):1-164.
51. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. «BOE» núm. 274, de 15/11/2002; 2002.
52. OMS | Pacientes en Defensa de su Seguridad (PDS) [Internet]. Who.int. [cited 12 September 2019]. Available from: [https://www.who.int/patientsafety/patients\\_for\\_patient/es/](https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/es/)
53. La perspectiva de los ciudadanos por la seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. [cited 3 September 2019]. Available from: [https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Perspectiva\\_ciudadanos\\_SP.pdf](https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Perspectiva_ciudadanos_SP.pdf)

# Anexo I

## CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCION PRIMARIA.

VERSIÓN ESPAÑOLA MODIFICADA DEL MEDICAL OFFICE SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE (MOSPS-AHRQ)

### INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA ENCUESTA



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

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

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

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

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

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

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

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

### SECCIÓN B: INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CON OTROS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

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

	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
1. Problemas con servicios externos de pruebas complementarias (laboratorio, diagnóstico por imagen...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Problemas con otras consultas médicas fuera del centro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Problemas con oficinas de farmacia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Problemas con hospitales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**SECCIÓN 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?

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

**PUNTUACIÓN GLOBAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE**

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

Pobre     
  Regular     
  Bueno     
  Muy Bueno     
  Excelente

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

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

- Menos de dos meses
- De 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
- De 11 años a menos de 20
- Más de 20 años

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

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

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

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

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

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

5. Edad

6. Sexo  Varón  Mujer

7. Situación laboral  Fijo  Interino  Eventual

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

9. Realiza guardias  Sí  No

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



17936

MUCHAS GRACIAS



**SECCIÓN C: TRABAJANDO EN EL CENTRO DE SALUD**

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

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

**SECCIÓN D: COMUNICACIÓN Y SEGUIMIENTO**

¿Con qué frecuencia ocurren las siguientes situaciones en tu Centro de Salud?

	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ No procede
1. Los profesionales sanitarios del centro son receptivos a las propuestas de mejora de los <b>no</b> sanitarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En este centro, se anima al personal <b>no</b> sanitario a expresar puntos de vista alternativos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. El centro recuerda a sus pacientes cuándo deben citarse para revisiones o para actividades preventivas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. El personal <b>no</b> sanitario teme hacer preguntas cuando algo parece que no está bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En este centro se registra si nuestros pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





	Nunca	Rara Vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre	No lo sé/ No procede
6. En nuestro centro se realiza un seguimiento cuando no se recibe el informe de un paciente que estamos esperando que nos remita un especialista de otro centro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. El personal <b>no</b> sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Todo el equipo habla abiertamente de los problemas del centro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. En este centro se hacen revisiones a los pacientes que precisan un seguimiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Es difícil expresar libremente cualquier desacuerdo en este centro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. El personal <b>no</b> sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. El personal sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. El personal sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECCIÓN E: APOYO DE LOS LIDERES**

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).

- SÍ** (continúe en la sección F)     **NO** (responda a las preguntas de la 1 a la 4 que se muestran a continuación y luego prosiga el cuestionario en la sección F)

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

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

**SECCION F: EN EL CENTRO**

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

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

## Bibliografía

1. Cuestionario sobre seguridad del paciente en atención primaria [Internet]. Seguridaddelpaciente.es [cited 30 September 2019]. Available from: [https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/cuestionario\\_mospss\\_version\\_espaola\\_modificada.pdf](https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/cuestionario_mospss_version_espaola_modificada.pdf)