

## ORIGINAL

Recibido: 22 de agosto de 2017  
Aceptado: 20 de abril de 2018  
Publicado: 8 de agosto de 2018

## CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DOCENCIA: UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES EN PROFESIONALES DEL SISTEMA SANITARIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Jesús María Aranaz Andrés (1,2,3), Alberto Pardo Hernández (4), Patricia López Pereira (1,2), José Lorenzo Valencia-Martín (1,2), Cristina Diaz-Agero Pérez (1,2), Nieves López Fresneña (1,2), Ángela Rincón Carlavilla (1,2), María Teresa Gea-Velázquez de Castro (5), Cristina Navarro Royo (4), Carmen Albéniz Lizárraga (4), Abelardo Claudio Fernández Chávez (1).

(1) Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

(2) Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS). Madrid. España.

(3) Centro de Investigación Biomédica en Red en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid. España.

(4) Subdirección de Calidad, Dirección General de Atención al Paciente, Servicio Madrileño de Salud. Madrid. España.

(5) Servicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial, Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant. Alicante. España.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

## RESUMEN

**Fundamentos:** La cultura de seguridad del paciente (CSP) en las instituciones sanitarias depende de diversos factores organizativos y humanos. Nuestro objetivo fue evaluar, como estrategia docente, los conocimientos y percepciones sobre la CSP.

**Métodos:** Muestra de conveniencia, con 122 profesionales sanitarios y no sanitarios, que asistieron en 2015 a cursos sobre seguridad del paciente organizados por la Consejería de Sanidad de Madrid. Antes de cada curso, autocompletaron un cuestionario de conocimientos sobre seguridad del paciente (elaboración propia) y otro cuestionario validado sobre CSP (estimando 3 dimensiones: apoyo directivo, percepción de seguridad y expectativas/acciones). Las valoraciones sobre la CSP se recategorizaron en positivas, negativas y neutras, identificando fortalezas ( $\geq 75\%$  de valoraciones positivas) y oportunidades de mejora ( $\geq 50\%$  de valoraciones negativas). Al finalizar cada curso, cumplimentaron un cuestionario anónimo de satisfacción.

**Resultados:** El 60% respondió correctamente a las preguntas sobre conocimientos en seguridad del paciente, identificando áreas de mejora en prácticas seguras (higiene de manos y microorganismos resistentes a antibióticos, con 66% y 61% de respuestas incorrectas, respectivamente), y en gestión de riesgos sanitarios (investigación e identificación de eventos adversos, con el 62% y 56% de respuestas incorrectas, respectivamente). El 80% consideró positiva la CSP institucional, y la percepción de seguridad como oportunidad de mejora (63,9% de valoraciones negativas). Así, el 88% reconocía preocuparse por la seguridad del paciente sólo tras incidentes adversos, y el 65% sentía miedo a hablar sobre estos. La satisfacción con la metodología docente fue de 9,3 puntos sobre 10.

**Conclusiones:** La valoración global de la CSP fue mayoritariamente positiva, identificándose áreas de mejora específicas utilizadas como estrategia docente para ilustrar conceptos, motivar a los participantes y sugerir estrategias de intervención para mejorar la cultura de seguridad del paciente en nuestras organizaciones.

**Palabras clave:** Seguridad del paciente, Cultura Organizacional, Instituciones de Salud, Cuestionarios, Enseñanza, Desarrollo de Personal.

Correspondencia  
José L. Valencia Martín.  
Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública  
Hospital Universitario Ramón y Cajal  
Ctra. de Colmenar Viejo km. 9,100  
28034 Madrid.  
jose.valencia@salud.madrid.org

## ABSTRACT

### Patient Safety Culture and teaching: an instrument to evaluate knowledge and perceptions among different health professionals of the Madrid Region health system

**Background:** The patient safety culture (PSC) in health institutions depends on various organizational and human factors. Our aim was to evaluate, as a teaching strategy, the knowledge in patient safety and perceptions about the PSC.

**Methods:** A convenience sample, with 122 health professionals from Regional Minister of Health's patient safety courses attendees in 2015. Before each course, were delivered a knowledge questionnaire about patient safety (own elaboration) and a validated PSC questionnaire (estimating 3 dimensions: managerial support, perception of safety and expectations / actions). Valuations on CSP were recategorized in positive, negative and neutral, identifying strengths ( $\geq 75\%$  of positive evaluations) and opportunities for improvement ( $\geq 50\%$  of negative evaluations). At the end of each course an anonymous satisfaction questionnaire was delivered.

**Results:** 60% responded correctly to questions about knowledge in patient safety, identifying areas for improvement in safe practices (hand hygiene and microorganisms resistant to antibiotics, with 66% and 61% of incorrect answers, respectively), and in management of health risks (investigation and identification of adverse events, with 62% and 56% of incorrect answers, respectively). 80% considered the institutional PSC positive, and the perception of safety as an opportunity for improvement (63.9% of negative evaluations). Thus, 88% admitted worrying about patient safety only after adverse incidents, and 65% felt afraid to talk about them. The satisfaction with the teaching methodology was 9.3 points out of 10.

**Conclusions:** The overall assessment of PSC was mostly positive, identifying specific areas for improvement that allowed orienting the training in patient safety, motivating the participants and suggesting intervention strategies to improve patient safety in our organizations.

**Key words:** Patient safety, Organizational Culture, Health Facilities, Questionnaires, Teaching, Staff Development.

Cita sugerida: Aranaz Andrés JM, Pardo Hernández A, López Pereira P, Valencia-Martín JL, Diaz-Agero Pérez C, López Fresneña N, Rincón Carlavilla A, Gea-Velázquez de Castro MT, Navarro Royo C, Albéniz Lizárraga C, Fernández Chávez AC. Cultura de Seguridad del Paciente y Docencia: un instrumento para evaluar conocimientos y percepciones en profesionales del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. Rev Esp Salud Pública. 2018;92:8 de agosto e201808044.

## INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente (SP) se define como la reducción del riesgo de daño asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. Los daños ocasionados por la asistencia sanitaria (eventos adversos relacionados con la medicación, infecciones asociadas a la asistencia, o caídas, entre otros), son un problema de salud pública de gran magnitud y trascendencia, que afectan a 1 de cada 10 pacientes atendidos (o incluso más, si consideramos estudios de seguimiento)<sup>(1)</sup> y genera cada año miles de muertes y problemas de salud evitables, con importantes costes sociales y económicos asociados<sup>(2)</sup>. Para eliminar, reducir o mitigar los resultados adversos relacionados con la asistencia, es necesario, promover prácticas seguras y propiciar un entorno favorable a la SP<sup>(3)</sup>.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente<sup>(4)</sup> y diversos estudios epidemiológicos relacionados han permitido grandes avances en la sensibilización y el conocimiento de la SP en España<sup>(5,6)</sup>. Sin embargo, persisten importantes retos y barreras para este cambio; principalmente un cambio cultural en el abordaje del error, que permita identificarlo, analizar sus causas y efectuar los cambios que eviten su recurrencia.

La Cultura de la Seguridad del Paciente (CSP) es “el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización y el estilo y la competencia de dicha gestión” para minimizar el daño durante la asistencia sanitaria y desarrollar estrategias específicas en SP<sup>(7)</sup>. Su desarrollo y mejora inciden directamente en una atención más segura<sup>(8)</sup>; es por ello que y por tanto la CSP ha sido considerado un elemento clave de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Español desde sus orígenes en 2005, constituyendo la primera línea estratégica en la última versión de la misma para el periodo 2015-2020<sup>(9,10)</sup>. Igualmente, el impul-

so de la CSP constituye uno de los ejes principales de la última Estrategia de Seguridad del Paciente en el Servicio Madrileño de Salud<sup>(11)</sup>, un sistema que destaca por su amplia trayectoria en el impulso de la SP, desde la creación del Observatorio Regional de SP en 2004<sup>(12)</sup>.

Conocer en profundidad la CSP requiere evaluar las actitudes y percepciones sobre la SP, y su asociación con los resultados clínicos y la satisfacción de pacientes y profesionales<sup>(13)</sup>. La CSP puede ser muy diferente según la influencia del tipo de actividad y la organización específica. Aunque existen algunos estudios que han descrito algunas características de la CSP en nuestro país, estos se han centrado principalmente en el ámbito hospitalario<sup>(14,15)</sup>.

Nuestro objetivo fue detectar áreas de mejora específicas en los conocimientos relacionados con la SP y evaluar las actitudes y percepciones sobre CSP mediante una herramienta, adaptada a profesionales pertenecientes a distintos ámbitos del sistema sanitario, que permita orientar los contenidos en la formación específica en SP.

## SUJETOS Y MÉTODOS

Estudio observacional de corte transversal y descriptivo, realizado en una muestra de conveniencia de los profesionales del Servicio Madrileño de Salud.

Esta fue captada entre todos los asistentes a alguno de los cinco cursos voluntarios sobre SP organizados por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid en el año 2015: “La Cultura de Seguridad del Paciente” (dos ediciones, mayo y octubre 2015); “Herramientas avanzadas en seguridad: AMFE” (dos ediciones, junio y octubre 2015); y “Herramientas Avanzadas en Seguridad: ARC. Análisis Individual y a posteriori de sucesos e incidentes centinela” (una edición, noviembre 2015). Las solicitudes de inscripción al curso se emplearon para estimar las características globales de los participantes (lugar de trabajo y categoría profesional).

Para estimar los conocimientos sobre SP, se utilizó un cuestionario estructurado de elaboración propia, formado por 17 preguntas cerradas de respuesta múltiple (11 sobre nociones básicas de SP y 6 sobre gestión de riesgos) y el nivel de acuerdo con 9 afirmaciones relacionadas con la higiene de manos (valoración cuantitativa entre 1 y 10).

La percepción sobre la CSP se estimó mediante un cuestionario semiestructurado, validado recientemente<sup>(16)</sup>, que resumió y adaptó los principales ítems de la traducción y validación española<sup>(17)</sup> de la encuesta sobre CSP desarrollada por la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)<sup>(18)</sup>. Su duración fue mucho más breve, incluyendo 10 preguntas específicas de elección múltiple (ver **Anexos**), formuladas en sentido positivo (preguntas nº 1, 2, 7, 8 y 10) y en negativo (preguntas nº 3, 4, 5, 6 y 9). Con 9 de ellas pueden evaluarse 3 dimensiones de la cultura de seguridad: apoyo de la gerencia en la SP (promedio preguntas nº 1, 2 y 10), percepción de seguridad (promedio preguntas nº 3, 4 y 5), y expectativas/acciones de la dirección/supervisión para favorecer la SP (promedio preguntas nº 6, 7 y 8). La pregunta nº 9 se mostró posteriormente prescindible en la validación para estimar estas 3 dimensiones.

Además, el cuestionario incluyó una pregunta global sobre percepción de la CSP; y una pregunta abierta sobre 5 acciones para mejorar la SP emprendidas en su centro de trabajo, valorando cuantitativamente (escala de 1 a 10), la relevancia, la implicación del equipo directivo en su implementación, y el cumplimiento logrado en la organización. Ambos cuestionarios están disponibles como anexos.

Todos los cuestionarios fueron auto-administrados, completándose antes del inicio de cada curso por los participantes. Los datos fueron codificados en una base de datos, analizada posteriormente con el programa estadístico SPSS, versión 16.0.

Para analizar los conocimientos en SP,

comparamos la proporción de respuestas correctas frente al resto de opciones. El grado de acuerdo con las 9 afirmaciones relacionadas con la Higiene de Manos (HM) del cuestionario de conocimientos se analizó estimando la puntuación media obtenida (rango 1 a 10).

El análisis del cuestionario sobre CSP se realizó recategorizando, considerando una valoración positiva si la respuesta a las preguntas formuladas en sentido positivo era “muy de acuerdo” y “de acuerdo”; en las preguntas en negativo era “en desacuerdo” y “muy en desacuerdo”, o la valoración global del centro era “excelente” o “muy buena”. La valoración fue considerada neutra si la respuesta en las preguntas 1 a 10 era “ni de acuerdo ni en desacuerdo”, o la valoración global del centro era “aceptable. Por último, se consideró una valoración negativa si la respuesta a las preguntas formuladas en sentido positivo era “en desacuerdo” y “muy en desacuerdo”; en las preguntas en negativo era “muy de acuerdo” y “de acuerdo”, o la valoración global del centro era “pobre” o “mala”.

Se consideraron fortalezas en la CSP los ítems y/o dimensiones que alcanzaban un 75% o más de valoraciones positivas. En cambio, los ítems o dimensiones con un 50% o más valoraciones negativas se consideraron oportunidades de mejora.

El total de acciones de seguridad mencionadas por los participantes fueron ordenadas por frecuencia, estimando la proporción de participantes que mencionaron cada una de ellas, y la media aritmética de las valoraciones realizadas sobre su relevancia, cumplimiento e implicación del equipo directivo.

Los resultados fueron resumidos y presentados a los participantes durante el desarrollo de cada curso con fines docentes, para estimular la reflexión, participación y debate sobre los contenidos de dicha actividad formativa.

Al finalizar cada curso, también se entregó una encuesta anónima autoadministrada, estimando cuantitativamente (de 0 a 10 puntos)

el grado de satisfacción con el curso (global, con cada ponente y con la metodología empleada), y cualitativamente (texto libre) los aspectos más destacables del curso.

## RESULTADOS

Todos los alumnos participantes en el curso cumplieron los cuestionarios administrados como primera actividad del curso. En total respondieron 122 profesionales de distintas categorías: 44% médicos; 37% enfermeras; 9% farmacéuticos; 4% auxiliares de enfermería; 7% otros (administrativos, fisioterapeutas, odontólogos, etc.).

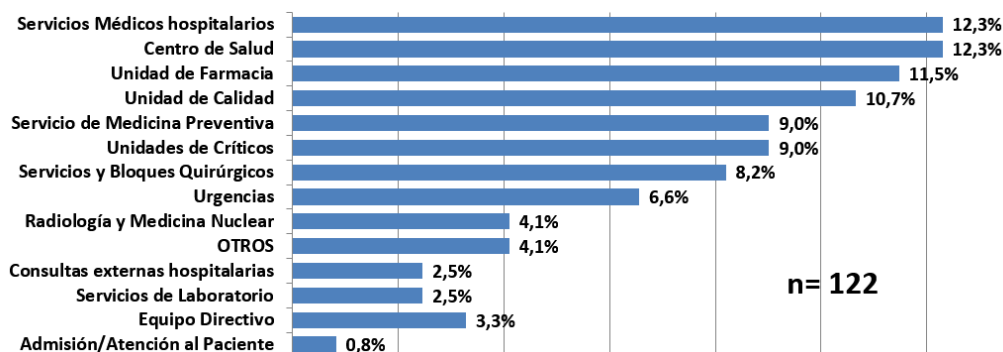
El ámbito de trabajo mayoritario fue el hospitalario (79% de participantes), frente al 16% de Atención Primaria, 2% de Urgencias extrahospitalarias (SUMMA) y 3% procedente de la Consejería de Sanidad. La **figura 1** muestra los Servicios de procedencia, mayoritariamente Servicios Médicos hospitalarios, Centros de

Salud y Unidades de Farmacia y Calidad.

En el primer cuestionario, sobre conocimientos en SP, el 60% de respuestas fueron correctas (**tabla 1**). Sin embargo, algunas nociones básicas mostraron lagunas de conocimiento, como el tiempo de acción de las soluciones hidroalcohólicas (66% incorrectas o no respondidas), y el origen de los microorganismos multirresistentes (61% incorrectas o no respondidas). También se detectaron áreas de mejora en la gestión de riesgos sanitarios, especialmente en la investigación en SP (69% incorrectas o no respondidas), los indicadores de SP (66% incorrectas o no respondidas), o la identificación de EA (62% incorrectas o no respondidas).

También se identificaron otras áreas de mejora en el conocimiento sobre higiene de manos (**figura 2**), especialmente en su relevancia durante la asistencia y la adherencia de los profesionales a esta práctica.

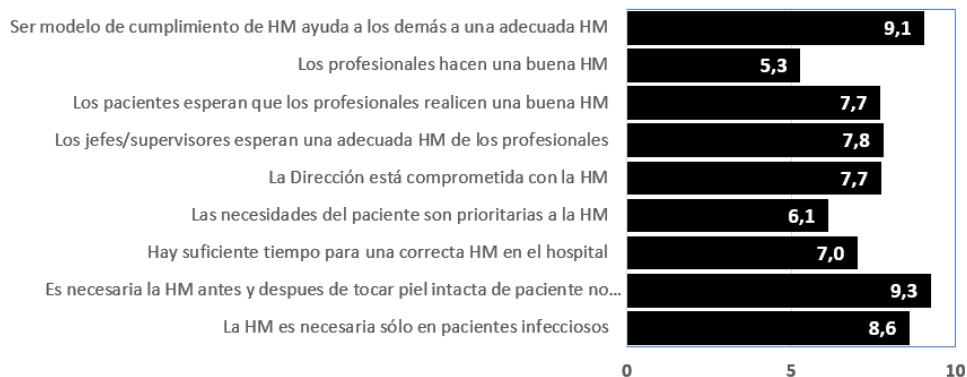
**Figura 1**  
**Unidades en las que trabajaban los participantes a los cursos**



**Tabla 1**  
**Conocimientos sobre aspectos clave en Seguridad del Paciente**

PREGUNTAS CLAVE	CORRECTA	INCORRECTA	NO CONTESTA
Error es el incumplimiento deliberado y sistemático de las normas y reglas de atención sanitaria: <b>Falso</b>	110 (90,2%)	11 (9,0%)	1 (0,8%)
El daño sufrido por un paciente, consecuencia de la atención recibida se denomina evento adverso: <b>Verdadero</b>	75 (61,5%)	46 (38,7%)	1 (0,8%)
Son áreas prioritarias en investigación en Seguridad del Paciente: atención perinatal en países en desarrollo; falta de comunicación y coordinación en países en transición; fallos latentes de la organización en países desarrollados: <b>Todas ellas</b>	98 (80,3%)	19 (15,6%)	5 (4,1%)
Se define la Seguridad del Paciente como la ausencia de resultados adversos originados por la atención sanitaria: <b>Falso</b>	63 (51,6%)	57 (46,7%)	2 (1,6%)
El diseño de investigación más efectivo en Seguridad del Paciente es el <b>estudio prospectivo</b>	38 (31,2%)	76 (62,3%)	8 (6,6%)
La fuente más frecuente de los patógenos multirresistentes responsables de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria son: <b>los microorganismos ya presentes en el paciente</b>	47 (38,5%)	73 (59,8)	2 (1,6%)
El tiempo mínimo necesario para eliminar los microorganismos patógenos de las manos con SHA es de: <b>20 segundos</b>	42 (34,4%)	74 (60,7%)	6 (4,9%)
El tiempo mínimo necesario para eliminar con agua y jabón los microorganismos patógenos de las manos es de: <b>1 minuto</b>	72 (59,0%)	41 (33,6%)	9 (7,4%)
La fricción con SHA es más rápida que el lavado con agua y jabón: <b>Verdadero</b>	102 (83,6%)	14 (11,5%)	6 (4,9%)
La fricción con SHA irrita más la piel que el lavado con agua y jabón: <b>Falso</b>	87 (71,3%)	26 (21,3%)	9 (7,4%)
La fricción con SHA es más efectiva contra los gérmenes que el lavado con agua y jabón: <b>Verdadero</b>	74 (60,7%)	39 (32,0%)	9 (7,4%)
Los datos de las demandas por negligencia representan los problemas de atención médica: <b>Falso</b>	68 (55,7%)	46 (37,7%)	8 (6,6%)
Las medidas para garantizar una correcta comunicación en el traspaso de información sobre la salud del paciente no se consideran dentro de las prácticas clínicas seguras: <b>Falso</b>	106 (86,9%)	8 (6,6%)	8 (6,6%)
La relevancia hace referencia a la capacidad de detección de los casos en que hay un problema de seguridad: <b>Falso</b>	71 (58,2%)	37 (30,3%)	14 (11,5%)
Aplicar el cuestionario de la Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPCS) validado y adaptado al español permite conocer los eventos adversos en un centro de Atención Primaria: <b>Falso</b>	46 (37,7%)	58(47,5%)	18 (14,8%)
Cuando los indicadores de seguridad de la AHRQ muestran un empeoramiento en un mismo hospital siempre indica que han empeorado los resultados clínicos: <b>Falso</b>	54 (44,3%)	27 (22,1%)	41 (33,6%)
No administrar profilaxis anti-trombótica en un paciente con indicación para ello supone un error de omisión: <b>Verdadero</b>	94 (77,1%)	24 (19,7%)	4 (3,3%)
SHA: solución hidroalcohólica			

**Figura 2**  
**Grado de acuerdo con afirmaciones relacionadas con la Higiene de Manos (HM)**



La **tabla 2** resume los resultados que se obtuvieron en el primer bloque de preguntas del Cuestionario 2 sobre CSP. La valoración global de la CSP en su ámbito de trabajo fue positiva (muy buena o excelente) en el 20,2% de los participantes, y neutra (aceptable) en el 59,7%. Ninguna de las 3 dimensiones de la CSP evaluadas se consideró como una fortaleza: el apoyo de la gerencia se consideró positivo por el 38,3%, las expectativas/acciones de la dirección para favorecer la SP por el 40,7%, y la percepción de seguridad, por el 22,4%. Esta última dimensión se consideró como oportunidad de mejora, al mostrar más de un 50% de valoraciones negativas (63,9%).

Ninguno de los ítems individuales evaluados constituyeron fortalezas, mientras que 4 de los mismos fueron clasificados como oportunidades de mejora: la preocupación por la SP sólo tras un evento adverso (88,5%), el temor a hablar de un evento adverso tras su ocurrencia (64,8%), la percepción de que trabajar sobre SP supone un beneficio al centro más facial que eficiente (62,3%), y la percepción de que

sólo el azar o la suerte evita que se produzcan más errores que afecten a los pacientes en el centro (50,0%).

Las principales acciones de seguridad emprendidas en los centros que destacaron los participantes se resumen en la **tabla 3**.

La relevancia media de las 12 acciones de seguridad más destacadas por los participantes obtuvo 9,0 puntos sobre 10, con un rango de 8,1 a 9,8 puntos (correspondiente a los grupos trabajo y la prevención de infecciones, respectivamente).

La implicación directiva en el desarrollo de estas acciones se valoró con 7,6 puntos de media (rango 6,6 a 8,6), siendo menor en la prevención de infecciones, y mayor en la identificación inequívoca de pacientes.

El cumplimiento global medio de estas acciones fue de 7,3 puntos (rango 6,3 a 8,5). La higiene de manos, las listas de verificación quirúrgica y los sistemas de notificación de incidentes fueron las de menor cumplimiento

**Tabla 2**  
**Valoración de la Cultura de Seguridad del Paciente (CSP) en su centro de trabajo**

PREGUNTAS		VALORACIÓN INDIVIDUAL CS			DIMENSIONES CS <sup>a,b,c</sup>
Nº orden	Contenido	Negativa <sup>a</sup>	Neutra <sup>b</sup>	Positiva <sup>c</sup>	
1ª	El Director/Gestor de mi centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	23.0%	33.6%	43.4%	<b>APOYO DE LA GERENCIA A LA SP</b>  27.0% Negativa 34.7% Neutra 38.3% Positiva
2ª	Percibo que la Seguridad del paciente es un aspecto prioritario de la agenda del director.	23.8%	34.4%	41.8%	
10ª	Los procesos de la atención del paciente están bien estructurados y se vigilan posibles desviaciones, sus causas y cómo resolverlas.	34.4%	36.1%	29.5%	
3ª	Los profesionales de mi centro se preocupan de la seguridad del paciente sólo después de que ha ocurrido un incidente adverso.	41.0%	18.0%	41.0%	<b>PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD</b>  63.9% Negativa 13.7% Neutra 22.4% Positiva
4ª	Me preocupo de la seguridad del paciente sólo después de que ha ocurrido un incidente adverso.	88.5%	1.6%	9.8%	
5ª	Trabajar sobre la seguridad del paciente aporta a mi centro un beneficio facial más que real en términos de eficiencia de la asistencia.	62.3%	21.3%	16.4%	
6ª	Cuando ha ocurrido un efecto adverso, tengo una actitud temerosa al hablar de ello.	64.8%	9.0%	26.2%	<b>EXPECTATIVAS/ ACCIONES DE LA DIRECCIÓN/SUPERVISIÓN PARA FAVORECER LA SP</b>  38.8% Negativa 20.5% Neutra 40.7% Positiva
7ª	Los jefes de servicio y supervisores de enfermería promueven un ambiente de aprendizaje de los errores en lugar de señalar y culpar a los trabajadores.	28.7%	26.2%	45.1%	
8ª	Si se hiciera una sesión clínica sobre un error médico en mi centro, el debate final estaría centrado en cómo mejorar las barreras del sistema en lugar de discutir la responsabilidad individual.	23.0%	26.2%	50.8%	
9ª	Es sólo cuestión de suerte que en mi centro no ocurran más errores que afecten a los pacientes.	50.0%	14.8%	35.2%	-
<b>Valoración Global CSP en su centro de trabajo</b>		<b>20.2%</b>	<b>59.7%</b>	<b>20.2%</b>	-

CS: cultura de seguridad; SP: seguridad del paciente ; <sup>a</sup> POSITIVA: si la respuesta a las preguntas formuladas en positivo (nº 1, 2, 7, 8 y 10) era “muy de acuerdo” y “de acuerdo”; en las preguntas formuladas en negativo (nº 3, 4, 5, 6 y 9) era “en desacuerdo” y “muy en desacuerdo”, o la valoración global del centro era “excelente” o “muy buena”; <sup>b</sup> NULA: si la respuesta en las preguntas 1 a 10 era “ni de acuerdo ni en desacuerdo”, o la valoración global del centro era “aceptable” ; <sup>c</sup> NEGATIVA: si la respuesta a las preguntas formuladas en positivo (nº 1, 2, 7, 8 y 10) era “en desacuerdo” y “muy en desacuerdo”; en las preguntas formuladas en negativo (nº 3, 4, 5, 6 y 9) era “muy de acuerdo” y “de acuerdo”, o la valoración global del centro era “pobre” o “mala” .

(todas con 6,3 puntos), frente al uso de dispositivos de seguridad, con 8,5 puntos.

La proporción de respuesta en la encuesta de satisfacción docente fue del 94%, con una valoración global de 8,3 puntos, y de 9,3

puntos en la metodología empleada. El 35% (46) realizó alguna valoración cualitativa positiva, de las cuales un 35%(16) se relacionó con la metodología docente.

**Tabla 3**  
**Principales acciones de seguridad referidas por los participantes**

ACCIÓN DE SEGURIDAD	Participantes que la destacan n (%)	VALORACIÓN MEDIA (0-10 puntos)		
		Relevancia	Implicación directivos	Cumplimiento
Higiene de manos	41 (34%)	9,1	7,9	6,3
Identificación inequívoca pacientes	40 (33%)	9,4	8,6	8,0
Seguridad en uso de medicamentos	29 (24%)	9,1	7,3	8,0
Lista de verificación Cirugía Segura	28 (23%)	9,3	7,6	6,3
Sistema notificación de incidentes	25 (20%)	8,7	7,2	6,3
Dispositivos de seguridad	19 (16%)	9,3	8,5	8,5
Formación continuada en seguridad	19 (16%)	8,9	7,6	7,9
Comisión de Seguridad	14 (11%)	8,4	7,1	6,9
Manejo Caídas	14 (11%)	8,9	7,7	7,4
Comités o Grupos de trabajo	14 (11%)	8,1	7,8	8,0
Conciliación medicación	13 (11%)	9,4	7,2	7,4
Prevención de infecciones	10 (8%)	9,8	6,6	6,9

### DISCUSIÓN

Estas herramientas de evaluación de los conocimientos en SP y valoración de la CSP facilitan, con un formato mucho más breve que otros cuestionarios, especialmente apto para el uso docente, la identificación de áreas de mejora y la orientación de estrategias que mejoren la SP en distintos ámbitos sanitarios. Su empleo en cursos sobre SP fomenta el debate, la participación y la satisfacción de los profesionales, por lo que consideramos especialmente útil su aplicación en este contexto pedagógico.

Los conocimientos previos sobre SP fueron buenos, aunque se detectaron algunas lagunas en aspectos esenciales para la SP, como la higiene de manos o la gestión de riesgos, lo que apoya la importancia de acciones formativas que completen y potencien estas habilidades.

Resulta complejo determinar las características que definen la CSP en organizaciones sanitarias, dada la variedad de dimensiones a

considerar<sup>(19,20)</sup>. Se han propuesto varios cuestionarios para su evaluación, destacando el Hospital Survey on Patient Safety (HSOPSC)<sup>(18)</sup>, con una notable validez de constructo, experiencia de uso, y una versión española validada<sup>(17,21)</sup>. Sin embargo, se orienta hacia un entorno hospitalario, por lo que hemos realizado una adaptación para permitir identificar la percepción sobre la CSP de profesionales de otros entornos asistenciales o no asistenciales.

La CSP observada globalmente es mayoritariamente positiva, en un nivel similar al reportado en España por otros autores en el ámbito hospitalario<sup>(14,15,22)</sup>, y superior al descrito por otros estudios que incluyeron profesionales no hospitalarios<sup>(23,24)</sup>, aunque no se alcanza el nivel considerado por AHRQ como fortaleza en ninguno de los ítems o dimensiones estudiadas. Nuestros resultados, sin embargo, podrían tener un sesgo positivo, ya que algunos de los participantes eran responsables de la SP de sus centros. Sin embargo, en aspectos más concretos se detectaron importantes



áreas de mejora en la dimensión de percepción de la SP (manifestando una importante autocritica sobre la preocupación por la SP sólo tras un evento adverso y la visión de la SP como un elemento casi decorativo para la organización, en lugar de como un catalizador de la mejora continua). Esta percepción resulta llamativa, aún más si consideramos el sesgo positivo antes señalado (participantes especialmente motivados con la SP). Esto puede reflejar tanto lagunas formativas como de comunicación institucional, sobre las que es necesario investigar en profundidad y planear estrategias de mejora que las reviertan.

Destacó igualmente la elevada proporción de sanitarios que teme hablar de los EA, coincidiendo con otros estudios<sup>(25)</sup>. Esto refleja una asignatura pendiente en nuestras organizaciones: Cambiar un enfoque individualista por un análisis colectivo y organizativo de los incidentes, enfatizando los factores sistémicos más que los personales, y promoviendo estrategias no punitivas. Este cambio debe iniciarse desde la formación universitaria, integrando la SP en los planes de estudio<sup>(13)</sup>. También refleja la importancia de los sistemas de declaración anónimos, que permitan identificar y analizar incidentes y EA relevantes<sup>(26)</sup>.

El apoyo y estímulo del equipo directivo es clave para fomentar unas condiciones de trabajo que potencien la SP<sup>(26,27)</sup>. Su papel global en la CSP fue percibido positivamente sólo en 4 de cada 10 participantes; sin embargo, éste fue percibido mucho más positivamente (casi 8 puntos) en relación a las acciones de seguridad identificadas, lo que apoya la importancia de la difusión explícita y sistematizada de las mismas en la mejora de la CSP.

Muchas de las acciones de seguridad identificadas se contemplan en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud desde 2006<sup>(28)</sup>, siendo además parte de las estrategias promovidas por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente: la mejora de la higiene de manos, la lista de verificación quirúrgica o los sistemas de notificación<sup>(4,29,30)</sup>. Sin embargo,

pese a su amplio reconocimiento, su grado de cumplimiento es aún bajo en algunas de ellas, existiendo amplios márgenes de mejora.

La principal limitación metodológica de este trabajo es el empleo de una muestra no representativa de los profesionales del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid, especialmente por el sesgo positivo de participación en estos cursos (que implica una mayor motivación e implicación con la SP). Esto haría que nuestros resultados sobreestimen los conocimientos y percepciones del conjunto de profesionales sanitarios de nuestra región. En cuanto a sus características, no se dispone de información sobre la edad o los años de experiencia profesional, aspectos que podrían influir en los resultados obtenidos.

La evaluación de conocimientos en SP se ha realizado con un cuestionario no validado de elaboración propia con las limitaciones que ello conlleva. La percepción de la CSP se ha realizado con un cuestionario abreviado y validado de la versión española del Hospital Survey on Patient Safety, que incluye aquellos aspectos más genéricos que permitieran abarcar el máximo número de entornos profesionales. Como este cuestionario ha sido todavía poco utilizado quizás sería deseable realizar una validación posterior para evaluar su capacidad discriminante.

Entre las fortalezas de este estudio, destacamos la utilidad práctica de la metodología docente, que permitió orientar cada curso hacia las principales áreas de mejora, estimulando la participación y discusión sobre estrategias de mejora y compromiso con la SP, como refleja el alto grado de cumplimentación y valoración de los cuestionarios de satisfacción.

La evaluación de la CSP tiene un efecto importante en sí misma, sensibilizando sobre el papel individual, colectivo y organizativo de la promoción de un entorno seguro para el paciente<sup>(22)</sup>. Pronovost y Sexton han subrayado la importancia de la retroalimentación de esta evaluación a los profesionales y directivos en la mejora de la CSP de una organización<sup>(31)</sup>.

Formar a los profesionales resulta esencial en este cambio de cultura, no sólo para mejorar los conocimientos, sino también para motivar. Ésta es posible sólo a través de la propia evaluación y reflexión sobre casos y situaciones extraídos de la propia realidad y contexto de cada profesional.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores desean agradecer la colaboración prestada por los profesionales participantes en las diferentes ediciones del Curso de Cultura de Seguridad del Paciente, Análisis modal de fallos y efectos (AMFE) y Herramientas Avanzadas en Seguridad: ARC. Análisis Individual y a “Posteriori” de los sucesos e incidentes centinela. Igualmente, agradecen los valiosos comentarios realizados por los revisores de este manuscrito, que han permitido mejorar sustancialmente su contenido original.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aranz Andrés JM, Limón Ramírez R, Aibar Remón C, Gea-Velázquez De Castro MT, Bolívar F, Hernández-Aguado I, et al. Comparison of two methods to estimate adverse events in the IBEAS Study (Ibero-American study of adverse events): Cross-sectional versus retrospective cohort design. *BMJ Open* [Internet]. 8 de octubre de 2017 [citado 10 de marzo de 2018];7(10):e016546. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/10/e016546>
2. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plazier N, Waters H, Bates DW. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 18 de octubre de 2013 [citado 11 de marzo de 2018];22(10):809-15. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24048616>.
3. Aranz JM, Moya C. Seguridad del paciente y calidad asistencial. *Rev Calid Asist*. 2011;26(6):331-2.
4. Organización Mundial de la Salud. World Alliance for Patient Safety: Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for research [Internet]. 2008 [citado 6 de junio de 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/20080523\\_Summary\\_of\\_the\\_evidence\\_on\\_patient\\_safety.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/20080523_Summary_of_the_evidence_on_patient_safety.pdf).
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006 [citado 22 de mayo de 2018]. 170 p. Disponible



en:  
[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc\\_sp2.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf).

6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud (APEAS) [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo, editor. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2008. p. 194. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio\\_apeas.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf)
7. Organización Mundial de la Salud. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. 2009 [citado 22 de mayo de 2018]; Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)
8. Wang X, Liu K, You L, Xiang J, Hu H, Zhang L, et al. The relationship between patient safety culture and adverse events: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* [Internet]. agosto de 2014 [citado 11 de marzo de 2018];51(8):1114-22. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24418106>.
9. Terol E, Agra Y. Estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud. Vol. 131, Medicina Clínica. 2008. p. 1-3.
10. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, Periodo 2015-2020 [Internet]. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, editor. Madrid; 2016. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/recursos/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
11. Servicio Madrileño de Salud. Estrategia de Seguridad del Servicio Madrileño de Salud; Periodo 2015-2020 [Internet]. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, editor. Madrid; 2015. Disponible en: [http://www.madrid.org/es/transparencia/sites/default/files/plan/document/534\\_586\\_memoria\\_actuaciones\\_estrategia\\_sp\\_2015\\_-\\_2020\\_0.pdf](http://www.madrid.org/es/transparencia/sites/default/files/plan/document/534_586_memoria_actuaciones_estrategia_sp_2015_-_2020_0.pdf)
12. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Observatorio Regional de Seguridad del Paciente. [Internet]. [citado 7 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/observatorio-regional-seguridad-paciente>.
13. Flin R. Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. *Saf Sci*. 2007;45(6):653-67.
14. Bernalte-Martí V, Orts-Cortés MI, Maciá-Soler L. Percepción de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgica. *Enferm Clin*. 2015;25(2):64-72.

15. Satumo PJ, Da Silva Gama ZA, De Oliveira-Sousa SL, Fonseca YA, De Souza-Oliveira AC. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Med Clin (Barc)*. diciembre de 2008;131(SUPL. 3):18-25.
16. Mella Laborde M. Análisis de la cultura de seguridad entre los profesionales sanitarios y no sanitarios en un hospital universitario. [Alicante]: Universidad Miguel Hernández de Elche; 2017.
17. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 [citado 22 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>.
18. Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004 [citado 12 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>
19. Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, McGinnes R, Dunt D, Brand C. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2013;22(1):11-8.
20. Pumar-Méndez MJ, Wakefield A. Methodological aspects in the assessment of safety culture in the hospital setting: A review of the literature. *Nurse Educ Today*. 2014;34(2):162-70.
21. Pérez Beltrán A, Frías Gil S LRM. La medición de la cultura de seguridad del paciente: una revisión bibliográfica. *Rev ROL Enfermería*. 2013;39(9):50-5.
22. Sorra J, Khanna K, Dyer N, Mardon R, Famolaro T. Exploring relationships between patient safety culture and patients' assessments of hospital care. *J Nurs Adm*. 2014;44(10 Suppl):S45-53.
23. Pozo Muñoz F, Padilla Marín V. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria. *Rev Calid Asist*. 2013;28(6):329-36.
24. Rodríguez-Cogollo R, Paredes-Alvarado IR, Galicia-Flores T, Barrasa-Villar JI, Castán-Ruiz S. Cultura de seguridad del paciente en residentes de medicina familiar y comunitaria de Aragón. *Rev Calid Asist*. 2014;29(3):143-9.
25. Hickner J, Smith SA, Yount N, Sorra J. Differing perceptions of safety culture across job roles in the ambulatory setting: analysis of the AHRQ Medical Office Survey on Patient Safety Culture. *BMJ Qual Saf*. 2015;25(8):588-94.
26. Gutiérrez-Cía I, de Cos PM, Juan AY, Obón-Azuara B, Alonso-Ovies Á, Martín-Delgado MC, et al. Percepción de la cultura de seguridad en los servicios de medicina intensiva españoles. *Med Clin (Barc)*. 2010;135(Supl.1):37-44.
27. Aranaz JM, Agra Y. La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. *Med Clin (Barc)*. 2010;135(Supl.1):1-2.
28. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud, 2006-2010 [Internet]. 2005 [citado 6 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalidad.htm>
29. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente; Organización Mundial de la Salud. Una atención limpia es una atención más segura. Reto Mundial en Pro de la Seguridad del Paciente [Internet]. 2005 [citado 6 de junio de 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/GPSC\\_Launch\\_sp.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/GPSC_Launch_sp.pdf)
30. Organización Mundial de la Salud. La cirugía segura salva vidas. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente [Internet]. 2008 [citado 26 de mayo de 2018]. Disponible en: [www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl\\_brochure\\_spanish.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf)
31. Pronovost P, Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Qual Saf Health Care*. 2005;14(4):231-3.

## Anexo I

### Cuestionario 1: Conocimientos sobre Seguridad del Paciente

**Hospital Universitario  
Ramón y Cajal**

**Cuestionario sobre conocimientos y percepciones de Seguridad del Paciente**

*Por favor lea las preguntas cuidadosamente antes de contestar. Se mantendrá la confidencialidad de sus respuestas.*

- 1. Un error es el incumplimiento deliberado y sistemático de las normas y reglas de la atención sanitaria:**

Verdadero       Falso
- 2. El daño sufrido por un paciente como consecuencia de la atención recibida se denomina:**

  - a. Negligencia
  - b. Reacción adversa
  - c. Incidente adverso relacionado con la seguridad del paciente
  - d. Evento adverso
- 3. En relación con la investigación en Seguridad del Paciente, ¿cuál de las siguientes áreas es prioritaria?**

  - a. La atención a la madre y al recién nacido es una prioridad de investigación para países en desarrollo.
  - b. La falta de comunicación y coordinación es una prioridad de investigación para países en transición.
  - c. Los fallos latentes de la organización es una prioridad de investigación para países desarrollados.
  - d. Todas son correctas.
- 4. Se define la Seguridad del Paciente como la ausencia de resultados adversos originados como consecuencia de la atención sanitaria**

Verdadero       Falso
- 5. ¿Cuál de los siguientes diseños de investigación es más efectivo en Seguridad de Pacientes?**

  - a. Estudio transversal
  - b. Encuesta de percepción
  - c. Estudio Retrospectivo
  - d. Estudio Prospectivo
- 6. ¿Cuál es la fuente más frecuente de gérmenes multirresistentes responsables de las infecciones relacionadas con la asistencia?**

  - a. Los sistemas de agua del hospital
  - b. Los sistemas del aire del hospital
  - c. Los gérmenes presentes ya en el paciente
  - d. Los gérmenes presentes en las superficies del hospital

## Anexo 1. Cont.

### Cuestionario 1: Conocimientos sobre Seguridad del Paciente

7. Indique cuál es el tiempo mínimo necesario para eliminar los gérmenes de las manos, mediante las dos técnicas de higiene de manos.

	20 segundos	30 segundos	1 minuto	10 minutos	Hasta que se vean limpias
Desinfección con SHA					
Lavado con agua y jabón					

8 ¿Cuáles de las siguientes afirmaciones sobre la desinfección mediante fricción alcohólica de las manos y lavado con agua y jabón son ciertas?

- a. La fricción es más rápida que la higiene con el lavado
  - Verdadero
  - Falso
- b. La fricción irrita más la piel que el lavado
  - Verdadero
  - Falso
- c. La fricción es más efectiva contra los gérmenes que el lavado
  - Verdadero
  - Falso

9. ¿Qué afirmación sobre las demandas por negligencia profesional es falsa?

- a. El análisis de las demandas puede ser bueno para encontrar errores latentes.
- b. Los datos de las demandas por negligencia representan los problemas de atención médica.
- c. Las demandas por negligencia profesional no tienen formato estandarizado.
- d. Las demandas por negligencia profesional ofrecen datos desde múltiples perspectivas.

10. ¿Cuál de las siguientes frases es incorrecta?:

- a. Una práctica clínica segura es la adopción de medidas relacionadas con la prevención de infecciones quirúrgicas en cirugía menor
- b. La evaluación de riesgo de tromboembolismo es una práctica clínica segura que debe ser tenida en cuenta siempre en los pacientes inmovilizados atendidos por atención primaria
- c. Las medidas para garantizar una correcta comunicación en el traspaso de información sobre la salud del paciente no es una práctica clínica segura
- d. Una práctica clínica segura es garantizar la seguridad de los pacientes con alergias asociadas al látex.

11. Señale la afirmación falsa, respecto a las cualidades que debe tener un buen indicador:

- a. La validez hace referencia a que realmente identifica situaciones en que se puede mejorar la seguridad
- b. La relevancia hace referencia a que sea capaz de detectar solamente los casos en que hay un problema de seguridad
- c. La factibilidad hace referencia a que sea posible y fácil de monitorizar
- d. La fiabilidad hace referencia a que las diferencias observadas entre varios investigadores o en el tiempo se deban a problemas reales de seguridad y no a una variabilidad en la interpretación.

## Anexo 1. Cont. Cuestionario 2: Percepciones sobre la Cultura de Seguridad del Paciente.



### ENCUESTA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA PROFESIONALES

Por favor, responda las siguientes preguntas referidas a su centro:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. El Director/Gestor de mi centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2. Percibo que la Seguridad del paciente es un aspecto prioritario de la agenda del director.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3. Los profesionales de mi centro se preocupan de la seguridad del paciente sólo después de que ha ocurrido un incidente adverso.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
4. Me preocupo de la seguridad del paciente sólo después de que ha ocurrido un incidente adverso.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
5. Trabajar sobre la seguridad del paciente aporta a mi centro un beneficio facial más que real en términos de eficiencia de la asistencia.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
6. Cuando ha ocurrido un efecto adverso, tengo una actitud temerosa al hablar de ello.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
7. Los jefes de servicio y supervisores de enfermería promueven un ambiente de aprendizaje de los errores en lugar de señalar y culpar a los trabajadores.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
8. Si se hiciera una sesión clínica sobre un error médico en mi centro, el debate final estaría centrado en cómo mejorar las barreras del sistema en lugar de discutir la responsabilidad individual.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
9. Es sólo cuestión de suerte que en mi centro no ocurran más errores que afecten a los pacientes.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
10. Los procesos de la atención del paciente están bien estructurados y se vigilan posibles desviaciones, sus causas y cómo resolverlas.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

Jesús M<sup>º</sup> Aranz Andrés  
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA  
Carretera de Colmenar Viejo, Km. 9.100. 28034 Madrid.  
Tel: 91 3368372 Fax: 91 3368453  
E-mail: jesusmaria.aranz@salud.madrid.org

## Anexo 1. Cont. Cuestionario 2: Percepciones sobre la Cultura de Seguridad del Paciente.



Por favor, déle a su Centro una valoración general en seguridad del paciente.

Excelente	Muy Bueno	Aceptable	Pobre	Malo
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E

Indique las acciones de seguridad emprendidas en su centro y valore de 1 a 10 la implicación de la estructura directiva en la gestión de la iniciativa, el grado de cumplimiento alcanzado y la relevancia en la salud del paciente.

1.	Implicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Cumplimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Relevancia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.	Implicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Cumplimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Relevancia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.	Implicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Cumplimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Relevancia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.	Implicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Cumplimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Relevancia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.	Implicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Cumplimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Relevancia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Indique aquí cualquier comentario o sugerencia:

Muchas gracias por su colaboración

Jesús M<sup>o</sup> Aranaz Andrés  
 SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA  
 Carretera de Colmenar Viejo, Km. 9,100. 28034 Madrid.  
 Tel: 91 3368372 Fax: 91 3368453  
 E-mail: [jesusmaria.aranaz@salud.madrid.org](mailto:jesusmaria.aranaz@salud.madrid.org)