

Teresa Giménez Júlvez

Análisis de la cultura de seguridad
del paciente en directivos y
gestores en el ámbito sanitario
público de la comunidad autónoma
de Aragón

Departamento
Microbiología, Medicina Preventiva y Salud
Pública

Director/es
Aibar Remón, Carlos
Gutiérrez Cía, Isabel

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>

Tesis Doctoral

**ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE EN DIRECTIVOS Y GESTORES EN EL
ÁMBITO SANITARIO PÚBLICO DE LA COMUNIDAD
AUTÓNOMA DE ARAGÓN**

Autor

Teresa Giménez Júlvez

Director/es

Aibar Remón, Carlos
Gutiérrez Cía, Isabel

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública

2013

Facultad de Medicina
Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública

Tesis doctoral

Análisis de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón

Teresa Giménez Júlvez

Directores: Carlos Aibar Remón e Isabel Gutiérrez Cía
Zaragoza, 2013



Universidad
Zaragoza

Facultad de Medicina
Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública

Tesis doctoral

Análisis de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón

Teresa Giménez Júlvez

Directores: Carlos Aibar Remón e Isabel Gutiérrez Cía
Zaragoza, 2013



1542

Universidad
Zaragoza



**Universidad
Zaragoza**

D. Carlos Aibar Remón, Doctor en Medicina y Profesor Titular del Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Zaragoza y Dña. Isabel Gutiérrez Cía, Doctora en Medicina por la Universidad de Zaragoza.

HACEN CONSTAR:

Que Dña. María Teresa Giménez Júlvez, Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza ha realizado bajo su tutela y dirección, el trabajo titulado:

Análisis de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón

Revisado el contenido de la memoria, consideran que el trabajo reúne las condiciones necesarias para ser defendido públicamente al objeto de optar al grado de Doctor por la Universidad de Zaragoza.

Zaragoza, a 16 de septiembre de 2013

Carlos Aibar Remón

Isabel Gutiérrez Cía

Agradecimientos

Agradecimientos

De manera especial y sincera mi agradecimiento a mis directores de tesis. Al Profesor Carlos Aibar Remón, promotor de esta Tesis Doctoral, por su saber, por su ciencia, por su inspiración, creatividad y su toque de humor, por confiar en mí para la realización de este trabajo. A la Dra. Isabel Gutiérrez Cía por su categoría humana y profesional, por su paciencia y apoyo en los momentos de desánimo.

Gracias a los que de alguna u otra forma han enriquecido este trabajo. A Merche Febrel por acercarme y guiarme en el mundo de la investigación cualitativa, por su dulzura y afecto. Eva Andrés por su inestimable aportación en el análisis estadístico y por hacerlo más fácil. A Antonio Herraiz por su amabilidad, su corrección y estilo. A los compañeros y profesores del Máster de Seguridad del Paciente que me realizaron innumerables y valiosas sugerencias.

Mi sincero agradecimiento a Pastora Perez, compañera en esta aventura de emprender una tesis doctoral, por sus valiosas ideas, por sus correcciones exhaustivas, por su disponibilidad y apoyo constante tanto en el plano profesional como en el personal.

Gracias a todos aquellos que hicieron posible este trabajo. A los que participaron generosamente en las entrevistas abiertas, semiestructuradas y debriefings compartiendo su tiempo y conocimientos conmigo. Como a directivos, responsables de calidad y representantes sindicales en el ámbito sanitario público de Aragón, por querer expresar sus opiniones, actitudes y pensamientos a través de este estudio. En especial a Pascual Moreno y Erme Pueyo por su ayuda en la coordinación.

Siempre agradeceré el apoyo y los buenos momentos que me han ido brindando a lo largo de mi carrera profesional mis compañeros de trabajo de todos he aprendido. Desde el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Miguel Servet donde inicié mi andadura como residente al Servicio de Medicina Preventiva del Clínico, cuna de esta tesis. En especial a Rosa, Puri, Manuela, Inés, Anabel, Pilar Rosel y Pilar Laguía y también a Felipe Blanco, Begoña, Paco, Mónica y Blanka. A mi servicio actual, Vallekas Team, que no dudó en "adoptarme" con los brazos abiertos. Gracias por vuestra alegría y vitalidad, por vuestro coraje para no decaer ni un solo minuto en estos difíciles meses que hemos pasado juntos.

Gracias amigos. Gracias Isabel Herráiz y Silvia, espero que sepais que habeis sido un apoyo fundamental para mí durante este camino, infundiendome alegría, optimismo y fuerza y animándome con vuestras palabras. Isabel Aguilar, compañera y amiga, por tu amistad, por tu preocupación por ver que tal me salían las cosas y por impregnar con tu forma de ver la vida entre escritores rusos y cuadernos en blanco estupendos momentos.

A mis amigas de "siempre", María del Mar, Elisabet, Ángela, María y Carmen, por compartir tantos viajes y buenos momentos juntas. A mis amigos de Madrid que me cuidan, Marta y César, Montse y Alicia porque habéis sido los "sufridores" durante estos meses preguntando si por fin ya acababa...

Gracias familia por acompañarme y estar siempre cuando más se necesita. Gracias Gumer por ser mi tía, por tu empuje y fuerza, por demostrarme cada día lo orgullosa que estás de mí.

Y por último pero mi AGRADECIMIENTO en mayúsculas a mis padres, mi piedra angular, por quererme tal y como soy, por su incasable apoyo, generosidad y ejemplo ante la vida.

A mis padres

Resumen

INTRODUCCIÓN

Promover la cultura de seguridad del paciente (CSP) es uno de los objetivos fundamentales de las estrategias de actuación de agencias y organismos nacionales e internacionales para lograr sistemas sanitarios más seguros.

La CSP es el resultado de las actitudes, competencias y patrones de comportamiento tanto individuales como colectivos que influyen en el compromiso, el estilo y el dominio de la gestión de la seguridad de una organización.

Su mejora precisa de una evaluación inicial de la misma, a fin de obtener información relativa a cómo se percibe y se maneja la seguridad del paciente a todos los niveles de una organización. La evaluación puede realizarse a través de innumerables instrumentos entre los que destacan los cuestionarios y de forma complementaria la investigación cualitativa que facilita su comprensión y el diseño de acciones de mejora conformes a dicha evaluación.

La mayoría de encuestas de CSP están destinadas al profesional sanitario de primera línea. Sin embargo, es preciso contrastar esta información con la proporcionada por directivos y gestores por ser un grupo significativo en relación al diseño e implementación de actuaciones a corto, medio y largo plazo. El conocimiento de su compromiso, actitudes, expectativas y prácticas es importante para poder emprender acciones efectivas de mejora de la CSP en cualquier organización sanitaria.

OBJETIVOS

Objetivo principal

- Analizar la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales con responsabilidades relacionadas con la dirección y gestión en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón.
- Diseñar un instrumento para medir la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores.

Objetivos secundarios

- Desarrollar un análisis psicométrico de los resultados obtenidos.
- Analizar el discurso respecto a actitudes, percepciones y comportamientos de los directivos sobre cuestiones de seguridad.
- Evaluar el conocimiento de las actuaciones e iniciativas de mejora de seguridad del paciente en el entorno asistencial y académico.
- Establecer un conjunto de prácticas seguras prioritarias para implantar en el SALUD.
- Explorar los rasgos de la cultura de seguridad en los profesionales que desempeñan actividades de representación sindical y en el ámbito académico.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Población

La población del estudio está constituida por 175 profesionales con puestos directivos y de gestión del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, y del Servicio Aragonés de Salud en ejercicio profesional durante los meses de abril y mayo de 2011.

Metodología

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal en el que se utilizaron dos técnicas de investigación; la primera de ellas, el diseño de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores denominado Cultura de la Seguridad del Paciente para Directivos y Gestores "De la dirección a la acción" (CCSPDG) y la validación de los resultados; la segunda, el desarrollo de entrevistas semiestructuradas para poder analizar y profundizar en el discurso, diseño de investigación cualitativa.

El CCSPDG está compuesto por un total de 85 ítems distribuidos en doce secciones. Se validaron los resultados del cuestionario, evaluando la validez de contenido mediante debriefings, de constructo mediante el análisis factorial; y la fiabilidad mediante la consistencia interna a través del alfa de Cronbach.

El análisis de las respuestas del CCSPDG se ha detallado tanto para cada uno de los ítems como para cada dimensión en global. Para simplificar y facilitar la descripción de los

resultados globales y las comparaciones entre las variables en relación con grado de implementación y de eficacia de los proyectos y el grado de acuerdo, se han recodificado las respuestas en tres categorías (negativo, en transición/neutra y positivo). Para las variables cualitativas se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes. Para analizar si dichas frecuencias son diferentes entre los grupos de comparación (cargo actual, categoría profesional, ámbito de atención y tamaño del centro) se utilizó el contraste chi-cuadrado o el test exacto de Fisher en caso de no cumplir alguno de estos requisitos. Todos los test estadísticos se realizaron considerando un intervalo de confianza del 95% (p -valor < 0.05).

Complementariamente se desarrollaron 10 entrevistas semiestructuradas, correspondientes a 10 perfiles profesionales, siguiendo un guión diseñado previamente. El análisis cualitativo de los resultados se ha efectuado extrayendo los descriptores y seleccionando los "verbatim" (datos cualitativos) más representativos.

RESULTADOS

La cultura de la seguridad del paciente entre los profesionales que ocupaban un cargo directivo en el Servicio Aragonés de Salud puede considerarse como adecuada en su conjunto y similar a la observada en otros colectivos profesionales y otros ámbitos asistenciales. El perfil de directivo del SALUD se corresponde con profesionales sanitarios médicos de atención especializada, con experiencia profesional en el SALUD de más de 11 años, pero con poca antigüedad en su cargo de directivo (3 a 6 años).

El análisis psicométrico de los resultados del cuestionario diseñado ha sido satisfactorio, tanto en el análisis factorial, con un KMO de 0,75, como con el coeficiente alfa de Cronbach de las seis dimensiones con valores entre 0,608 y 0,917.

Al analizar las dimensiones incluidas en el cuestionario, ninguna de las mismas se identifica rotundamente como fortaleza o debilidad por los encuestados. Destacan como aspectos positivos las actitudes directivas frente a la seguridad del paciente mientras, que existe una percepción negativa de las cuestiones relativas a participación de los pacientes, compromiso de la organización, participación de los profesionales, existencia de mecanismos de respuesta inmediata para informar al paciente y a su familia ante la aparición de eventos adversos graves, la inexistencia de asesoría a profesionales cuando ha ocurrido un incidente relacionado con la seguridad del paciente y la no utilización de

técnicas de simulación para mejorar la comunicación interpersonal y del equipo en entornos de alto riesgo.

Al examinar la situación por tamaño de los centros, destaca una mayor presencia en centros grandes de comisiones de supervisión y de miembros del equipo directivo con responsabilidad directa de supervisar regularmente la implementación de iniciativas de seguridad del paciente en su ámbito de trabajo.

No se observaron diferencias relevantes al comparar actitudes de los directivos entre el primer nivel asistencial y la atención especializada, con excepción de un mayor esfuerzo en atención primaria por disponer de mecanismos de respuesta inmediata para informar y pedir disculpas al paciente y a su familia cuando ocurre un evento adverso con consecuencias sobre la salud del paciente.

Al confrontar las respuestas entre directivos, responsables de calidad y representantes sindicales de los encuestados destaca la diferente percepción entre unos y otros respecto a cuestiones como el reconocimiento de la participación en proyectos de mejora de la calidad y la seguridad en la carrera profesional y el fomento de la expresión de puntos de vista alternativos y expresión independiente de desacuerdos y propuestas.

Al analizar el conocimiento e implementación de prácticas seguras destacan como aquellas con mayor grado de implementación: la evaluación y prevención de úlceras por presión, la higiene de manos, la prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, la estandarización del proceso de identificación del paciente y la mejora de la identificación y el registro de alergias e intolerancia a fármacos y alimentos en la historia clínica. Las consideradas como más efectivas fueron la existencia de preparados de base alcohólica para la higiene de manos, el listado de verificación en cirugía segura y la formación de profesionales.

En el discurso de las entrevistas semiestructuradas destacan cuestiones relevantes sobre el despliegue de la estrategia de seguridad del paciente, la cultura de la culpa y la supervisión y gestión de riesgos que no aparecen reflejadas en la encuesta, lo que confirma la utilidad de la investigación cualitativa como complemento a la información obtenida a través de cuestionarios.

CONCLUSIONES

La evaluación de la cultura y el discurso de directivos y gestores en relación con la seguridad del paciente permite identificar aspectos clave como la capacidad de liderazgo y su conocimiento de las líneas de actuación en prácticas seguras. El análisis de la cultura de seguridad es necesario para lograr un despliegue efectivo de estrategias de seguridad del paciente en la organización donde desempeñan labores directivas. El cuestionario diseñado ha demostrado ser un buen instrumento de medida de CSP entre directivos y gestores.

Índice de abreviaturas

Índice de abreviaturas

A	Alemania
AE	Atención Especializada
AHA	American Hospital Association
AHRQ	Agency for Healthcare Research & Quality
AMSP	Alianza Mundial por la Seguridad de los pacientes
AP	Atención Primaria
APEAS	Estudio de Efectos Adversos en Atención Primaria
Aus	Austria
B	Bélgica
BBPP	Buenas Prácticas
CASAR	Consortio Aragonés de Alta Resolución
CCAA	Comunidades Autónomas
CCSPDG	Cultura de Seguridad del Paciente para Directivos y Gestores
CISP	Clasificación Internacional en Seguridad del Paciente
CO	Cultura Organizacional
Cr	Croacia
CS	Cultura de Seguridad
CSP	Cultura de seguridad del paciente
CSQC	Robert Gordon University Computerised Safety Climate Questionnaire
CSS	Culture of Safety Survey
CST	Health Services Executive Health and Safety Climate Survey Tool
D	Dinamarca
DA	Direcciones de Área
DE	Desviación Estándar
E	España
EA	Evento Adverso
EARCAS	Estudio de Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios
EEUU	Estados Unidos
EFQM	European Foundation for Quality and Management
ENEAS	Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización
ES	Entrevistas Semiestructuradas
ESQH	European Society for Quality in Healthcare
Esv	Eslovaquia
EUNetPaS	European Network for Patient Safety
F	Francia
FEE	Federación Europea de Enfermeras
Fin	Finlandia
G	Grecia
H	Holanda
HETRPS	Hospital Executives and Their Role in Patient Safety
HRO	High Reliability Organization
HSOPS	Hospital Survey on Patient Safety Culture
HSOPS_M	Hospital Survey on Patient Safety Culture_Management
I	Italia
ICL	Investigación Cualitativa
IHI	Institute for Healthcare Improvement
IOM	Institute of Medicine (Instituto de Medicina)

IRAS	Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria
IRSP	Incidente Relacionado con la Seguridad del Paciente
Is	Islandia
ISMP	Instituto Seguro del Medicamento
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
LSCAT	Loughborough University Safety Climate Assessment Toolkit
MaPSaF	Manchester Patient Safety Assessment Framework
MARQuis	Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies
MESH	Medical Subject Headings
MOSPS	Medical Office Survey on Patient Safety
MSPSI	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
N	Noruega
Nº	Número
NAIDs	Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug
NCPS	National Center for Patient Safety
NHS	National Health Service
NPSA	National Patient Safety Agency
NQF	National Quality Forum
NS	No Sabe
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSQ99	Aberdeen University Offshore Safety Questionnaire
P	Polonia
PAR	Partido Aragonés
PB	Países Bajos
PP	Partido Popular
PPSS	Prácticas Seguras
PSCHO	Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations
PSCIT	Patient Safety Culture Improvement Tool
PSCQ	Pharmacy Safety Climate Questionnaire
PSOE	Partido Socialista Obrero Español
Q_SALAR	SALAR Questionnaire
QSCQ	Quest Evaluations and Databases Ltd Safety Climate Questionnaire
RS	Revisión Sistemática
RSSB	Rail Safety and Standards Board Safety Culture Tool
RU	Reino Unido
S	Suecia
SafeCQ	Occupational Psychology Centre Safety Culture Questionnaire
SAI	Safety Artefact Interpretation scale
SALUD	Servicio Aragonés de Salud
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire
SAQ_UCI	Safety Attitudes Questionnaire_UCI
SCAT	Safety Climate Assessment Tool
SCS	Safety Climate Survey
SEDAR	Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor
SEDISA	Sociedad Española de Directivos de la Salud
SEMES	Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias
SEMFYC	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

SEMICYUC	Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias
SENSAR	Seguridad del Paciente en Anestesia
SHLS	Swedish Healthcare Leaders' Survey
SINAPS	Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente
SLOAPS	Strategies for Leadership: An organizational Approach to Patient Safety
SN	Sistema de Notificación
SNS	Sistema Nacional de Salud
SOS	Safety Organising Scale
SP	Seguridad del Paciente
Sz	Suiza
UE	Unión Europea
UFSP	Unidad Funcional de Seguridad del Paciente
UPP	Úlceras por Presión
VHA PSCQ	Veteran Administration Patient Safety Culture Questionnaire

Índice

Índice de contenidos

Índice de contenidos.....	3
Índice de tablas	7
Índice de figuras.....	11
Índice de abreviaturas	13
I. Introducción	17
I.1. Seguridad del paciente.....	17
I.1.1. Seguridad del paciente y calidad asistencial	17
I.1.2. Evolución de la seguridad del paciente	19
I.1.3. Marco conceptual y taxonomía de la seguridad del paciente.....	22
I.1.4. Investigación en seguridad del paciente	24
I.2. Cultura de seguridad del paciente	26
I.2.1. Concepto.....	26
I.2.2. Cultura organizacional	26
I.2.3. Cultura de seguridad versus clima de seguridad	27
I.2.4. Cultura de seguridad en otros sectores	28
I.2.5. Teorías de la cultura de seguridad	29
I.2.6. Evaluación de la cultura de seguridad.....	31
I.2.7. Beneficios de una cultura de seguridad positiva y constructiva.....	44
I.3. Cultura de seguridad en directivos y gestores.....	46
I.3.1. Compromiso y liderazgo de los directivos.....	46
I.3.2. Gestión de las organizaciones sanitarias: directivos y gestores.....	48
I.3.3. Instrumentos para evaluar la CSP en directivos y gestores: diseños cuantitativos a través de cuestionarios para directivos.....	49
I.3.4. Diseños cualitativos a través de entrevistas	54
II. Justificación, hipótesis y objetivos del estudio	59
II.1. Justificación e hipótesis del estudio	59
II.2. Objetivos.....	60
II.2.1. Objetivo principal	60
II.2.2. Objetivos secundarios.....	60
III. Población y métodos	63
III.1. Población y ámbito del estudio	63
III.1.1. Criterios de inclusión	63

III.1.2. Criterios de exclusión.....	65
III.2. Metodología	65
III.2.1 Diseño del cuestionario y validación de los resultados.....	66
III.2.2. Entrevistas semiestructuradas para explorar la CSP	91
III.3. Aspectos éticos.....	92
IV. Resultados.....	95
IV.1. Análisis del instrumento	95
IV.1.1. Resultados de las entrevistas abiertas.....	95
IV.1.2. Resultados de la viabilidad, del debriefing y de la legibilidad del cuestionario	95
IV.1.3. Análisis del pilotaje para la construcción del cuestionario	97
IV.2. Análisis cuantitativo de la cultura de la seguridad: resultados del instrumento	113
IV.2.1. Resultados globales de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores.....	114
IV.2.2. Análisis comparativo según cargo de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores	125
IV.2.3. Análisis comparativo según categoría profesional de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores	138
IV.2.4. Análisis comparativo según tamaño del centro de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores	150
IV.2.5. Análisis comparativo según ámbito de atención de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores	161
IV.2.6. Resumen y análisis global de las dimensiones y oportunidades de mejora en la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores	173
IV.2.7. Resultados de la priorización de Buenas Prácticas	178
IV.3. Análisis cualitativo de la cultura de la seguridad: resultados de las entrevistas semiestructuradas	180
IV.3.1. Seguridad del paciente: concepto y problemas de seguridad	180
IV.3.2. Factores contribuyentes a la producción de problemas de SP	181
IV.3.3. Prioridad de la SP en la organización.....	187
IV.3.4. Barreras en el desarrollo de la SP	190
IV.3.5. Agentes facilitadores para el desarrollo de la SP.....	197
IV.3.6. Organizaciones involucradas en SP	198
IV.3.7. Líneas estratégicas desarrolladas.....	205
IV.3.8. Líneas estratégicas pendientes de desarrollar en SP	206

V. Discusión.....	217
V.1. Características sociodemográficas de la población a estudio	217
V.2. Evaluación del instrumento de medida.....	219
V.3. Cultura de seguridad del paciente de directivos y gestores	220
Calificación global de la cultura de seguridad.....	221
Dimensión “Compromiso de la organización”	222
Dimensión “Planificación estratégica”	227
Dimensión “Gestión de la información”	227
Dimensión “Participación de los profesionales”	231
Dimensión “Participación del paciente y su familia”	234
Dimensión “Actitudes directivas frente a la SP”	238
“Set de Buenas Prácticas”	239
“Efectividad de las Buenas Prácticas”	241
V.4. Sesgos y limitaciones.....	243
V.5. Valor, impacto y retos.....	245
VI. Conclusiones	249
VII. Bibliografía	253
VIII. Anexos.....	273
VIII.1. Cuestionario de Cultura de la Seguridad del Paciente para Directivos y Gestores	
“De la dirección a la acción” (CCSPDG)	273
VIII.2. Cartas de presentación.....	291
VIII.2.1. Carta de presentación para directivos.....	291
VIII.2.2. Carta presentación responsables de calidad	292
VIII.2.3. Carta de presentación para responsables sindicales	293
VIII.3. Cartas de recordatorio	294
VIII.4. Carta de agradecimiento	295
VIII.5. Guión de la entrevista semiestructurada	296
VIII.6. Frecuencias de no respuesta global y por cargo.....	299
VIII.7. Matriz de correlaciones	311

Índice de tablas

Tabla 1.	Instrumentos y países UE donde son utilizados	35
Tabla 2.	Resumen de instrumentos de CSP de ámbito general	37
Tabla 3.	Resumen de instrumentos de CSP para directivos y gestores	52
Tabla 4.	Estructura del Cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente para Directivos y Gestores.....	68
Tabla 5.	Sección I. Compromiso de la organización con la SP	70
Tabla 6.	Sección II. Planificación estratégica	71
Tabla 7.	Sección III. Información y análisis.....	71
Tabla 8.	Sección IV. Personal	72
Tabla 9.	Sección V. Normativas y procedimientos.....	73
Tabla 10.	Sección VI. La participación del paciente y su familia	73
Tabla 11.	Formato de respuesta de las Secciones I a VI.....	74
Tabla 12.	Sección VII. Actitudes directivas frente a la seguridad del paciente	75
Tabla 13.	Formato de respuesta de la Sección VII	75
Tabla 14.	Sección IX. Priorización de Buenas Prácticas.....	77
Tabla 15.	Ítems de la Sección X. Set de BBPP adaptados del Set de BBPP de NQF.....	78
Tabla 16.	Efectividad de medidas destinadas a mejorar la higiene de manos	79
Tabla 17.	Efectividad de medidas de implementación de cirugía segura	79
Tabla 18.	Sección XII. Información complementaria	80
Tabla 19.	Perfiles de las entrevistas abiertas.....	82
Tabla 20.	Guión de las entrevistas semiestructuradas.....	83
Tabla 21.	Escala INFLESZ. Tipo de publicación, puntuación y grado.....	84
Tabla 22.	Esquema con la recodificación de las respuestas en tres categorías	87
Tabla 23.	Perfiles de las entrevistas semiestructuradas.....	91
Tabla 24.	Profesión que desempeñan	98
Tabla 25.	Ámbito de atención.....	98
Tabla 26.	Antigüedad en la profesión	99
Tabla 27.	Antigüedad en el SALUD	99
Tabla 28.	Antigüedad en el cargo actual	100
Tabla 29.	Tamaño del centro.....	100
Tabla 30.	Frecuencia de no respuesta y media de preguntas no contestadas según sección del cuestionario.	103

Tabla 31.	Fiabilidad de los seis componentes/dimensiones.....	110
Tabla 32.	Dimensión I. Compromiso de la organización.....	110
Tabla 33.	Dimensión II. Planificación estratégica.....	111
Tabla 34.	Dimensión III. Gestión de la información.....	111
Tabla 35.	Dimensión IV. Participación de los profesionales.....	112
Tabla 36.	Dimensión V. Participación del paciente y su familia.....	112
Tabla 37.	Dimensión VI. Actitudes directivas de SP.....	113
Tabla 38.	Descriptivo Dimensión I. "Compromiso de la organización".....	115
Tabla 39.	Descriptivo Dimensión II. "Planificación Estratégica".....	116
Tabla 40.	Descriptivo Dimensión III. "Gestión de la Información".....	117
Tabla 41.	Descriptivo Dimensión IV. "Participación de los profesionales".....	119
Tabla 42.	Descriptivo Dimensión V. "Participación del paciente y su familia".....	120
Tabla 43.	Descriptivo Dimensión VI. "Actitudes directivas frente a la seguridad del paciente".....	121
Tabla 44.	Descriptivo de la Sección VIII. Puntuación Global.....	122
Tabla 45.	Descriptivo de la Sección X. Set de Buenas Prácticas.....	123
Tabla 46.	Descriptivo de la Sección XI. Efectividad de las Buenas Prácticas.....	124
Tabla 47.	Análisis comparativo según cargo directivo de la Dimensión I. "Compromiso de la organización".....	126
Tabla 48.	Análisis comparativo según cargo directivo de la Dimensión II. "Planificación Estratégica".....	128
Tabla 49.	Análisis comparativo según cargo directivo de la Dimensión III. "Gestión de la información".....	129
Tabla 50.	Análisis comparativo según cargo directivo de la Dimensión IV. "Participación de los profesionales".....	131
Tabla 51.	Análisis comparativo según cargo directivo de la Dimensión V. "Participación del paciente y su familia".....	132
Tabla 52.	Análisis comparativo según cargo directivo de la Dimensión VI. "Actitudes directivas frente a la SP".....	133
Tabla 53.	Análisis comparativo según cargo directivo de la Sección VIII. "Puntuación global".....	134
Tabla 54.	Análisis comparativo según cargo directivo de la Sección X. "Set de Buenas Prácticas".....	135

Tabla 55. Análisis comparativo según cargo directivo de la Sección XI. "Efectividad de las Buenas Prácticas"	137
Tabla 56. Análisis comparativo según categoría profesional de la Dimensión I. "Compromiso de la organización"	138
Tabla 57. Análisis comparativo según categoría profesional de la Dimensión II. "Planificación Estratégica"	140
Tabla 58. Análisis comparativo según categoría profesional de la Dimensión III. "Gestión de la información"	141
Tabla 59. Análisis comparativo según categoría profesional de la Dimensión IV. "Participación de los profesionales"	143
Tabla 60. Análisis comparativo según categoría profesional de la Dimensión V. "Participación del paciente y su familia"	144
Tabla 61. Análisis comparativo según categoría profesional de la Dimensión VI. "Actitudes directivas frente a la SP"	145
Tabla 62. Análisis comparativo según categoría profesional de la Sección VIII. "Puntuación Global"	146
Tabla 63. Análisis comparativo según categoría profesional de la Sección X. "Set de Buenas Prácticas"	147
Tabla 64. Análisis comparativo según categoría profesional de la Sección XI. "Efectividad de las Buenas Prácticas"	149
Tabla 65. Análisis comparativo según tamaño del centro de la Dimensión I. "Compromiso de la organización"	150
Página siguiente	150
Tabla 66. Análisis comparativo según tamaño del centro de la Dimensión II. "Planificación Estratégica"	152
Tabla 67. Análisis comparativo según tamaño del centro de la Dimensión III. "Gestión de la información"	153
Tabla 68. Análisis comparativo según tamaño del centro de la Dimensión IV. "Participación de los profesionales"	155
Tabla 69. Análisis comparativo según tamaño del centro de la Dimensión V. "Participación del paciente y su familia"	156
Tabla 70. Análisis comparativo según tamaño del centro de la Dimensión VI. "Actitudes directivas frente a la SP"	157

Tabla 71. Análisis comparativo según tamaño del centro de la Sección VIII. "Puntuación Global"	158
Tabla 72. Análisis comparativo según tamaño del centro de la Sección X. "Set de Buenas Prácticas"	159
Tabla 73. Análisis comparativo según tamaño del centro de la Sección XI. "Efectividad de las Buenas Prácticas"	160
Tabla 74. Análisis comparativo según ámbito de atención de la Dimensión I. "Compromiso de la organización"	162
Tabla 75. Análisis comparativo según ámbito de atención de la Dimensión II. "Planificación Estratégica"	164
Tabla 76. Análisis comparativo según ámbito de atención de la Dimensión III. "Gestión de la información"	165
Tabla 77. Análisis comparativo según ámbito de atención de la Dimensión IV. "Participación de los profesionales"	167
Tabla 78. Análisis comparativo según ámbito de atención de la Dimensión V. "Participación del paciente y su familia"	168
Tabla 79. Análisis comparativo según ámbito de atención de la Dimensión VI. "Actitudes directivas frente a la SP"	169
Tabla 80. Análisis comparativo según ámbito de atención de la Sección VIII. "Puntuación Global"	170
Tabla 81. Análisis comparativo según ámbito de atención de la Sección X. "Set de Buenas Prácticas"	171
Tabla 82. Análisis comparativo según ámbito de atención de la Sección XI. "Efectividad de las Buenas Prácticas"	172
Tabla 83. Matriz de correlaciones entre las dimensiones y la puntuación global de la seguridad del paciente global y de su ámbito de trabajo	176
Tabla 84. Proporción de respuestas positivas en las dimensiones de la cultura de seguridad como variables predictoras de la puntuación global de la seguridad	176
Tabla 85. Proporción de respuestas positivas en las dimensiones de la cultura de seguridad como variables predictoras de la puntuación de la seguridad de su ámbito de trabajo	177
Tabla 86. Priorización de Buenas Prácticas	179
Tabla 87. Prácticas Seguras consideradas como fortalezas	240

Índice de figuras

Figura 1. La seguridad del paciente como dimensión de la calidad.....	19
Figura 2. Objetivos de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud	22
Figura 3. Marco conceptual de la seguridad del paciente	23
Figura 4. Modelo de cultura de seguridad del paciente	27
Figura 5. ¿Cuánto riesgo tiene la asistencia sanitaria?.....	28
Figura 6. Niveles de madurez de la cultura de seguridad.....	30
Figura 7. Estructura orgánica del Departamento de Salud y Consumo adaptada según participación en el estudio.....	64
Figura 8. Estructura orgánica del Servicio Aragonés de Salud adaptada según participación en el estudio.....	65
Figura 9. Fases del estudio	66
Figura 10. Dimensiones de la cultura de seguridad – oportunidades de mejora.....	177
Figura 11. Folleto “Una norma, algunas recomendaciones y un compromiso para la Seguridad de los pacientes”	236

Índice de abreviaturas

Índice de abreviaturas

A	Alemania
AE	Atención Especializada
AHA	American Hospital Association
AHRQ	Agency for Healthcare Research & Quality
AMSP	Alianza Mundial por la Seguridad de los pacientes
AP	Atención Primaria
APEAS	Estudio de Efectos Adversos en Atención Primaria
Aus	Austria
B	Bélgica
BBPP	Buenas Prácticas
CASAR	Consortio Aragonés de Alta Resolución
CCAA	Comunidades Autónomas
CCSPDG	Cultura de Seguridad del Paciente para Directivos y Gestores
CISP	Clasificación Internacional en Seguridad del Paciente
CO	Cultura Organizacional
Cr	Croacia
CS	Cultura de Seguridad
CSP	Cultura de seguridad del paciente
CSQC	Robert Gordon University Computerised Safety Climate Questionnaire
CSS	Culture of Safety Survey
CST	Health Services Executive Health and Safety Climate Survey Tool
D	Dinamarca
DA	Direcciones de Área
DE	Desviación Estándar
E	España
EA	Evento Adverso
EARCAS	Estudio de Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios
EEUU	Estados Unidos
EFQM	European Foundation for Quality and Management
ENEAS	Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización
ES	Entrevistas Semiestructuradas
ESQH	European Society for Quality in Healthcare
Esv	Eslovaquia
EUNetPaS	European Network for Patient Safety
F	Francia
FEE	Federación Europea de Enfermeras
Fin	Finlandia
G	Grecia
H	Holanda
HETRPS	Hospital Executives and Their Role in Patient Safety
HRO	High Reliability Organization
HSOPS	Hospital Survey on Patient Safety Culture
HSOPS_M	Hospital Survey on Patient Safety Culture_Management
I	Italia
ICL	Investigación Cualitativa
IHI	Institute for Healthcare Improvement
IOM	Institute of Medicine (Instituto de Medicina)

IRAS	Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria
IRSP	Incidente Relacionado con la Seguridad del Paciente
Is	Islandia
ISMP	Instituto Seguro del Medicamento
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
LSCAT	Loughborough University Safety Climate Assessment Toolkit
MaPSaF	Manchester Patient Safety Assessment Framework
MARQuis	Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies
MESH	Medical Subject Headings
MOSPS	Medical Office Survey on Patient Safety
MSPSI	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
N	Noruega
Nº	Número
NAIDs	Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug
NCPS	National Center for Patient Safety
NHS	National Health Service
NPSA	National Patient Safety Agency
NQF	National Quality Forum
NS	No Sabe
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSQ99	Aberdeen University Offshore Safety Questionnaire
P	Polonia
PAR	Partido Aragonés
PB	Países Bajos
PP	Partido Popular
PPSS	Prácticas Seguras
PSCHO	Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations
PSCIT	Patient Safety Culture Improvement Tool
PSCQ	Pharmacy Safety Climate Questionnaire
PSOE	Partido Socialista Obrero Español
Q_SALAR	SALAR Questionnaire
QSCQ	Quest Evaluations and Databases Ltd Safety Climate Questionnaire
RS	Revisión Sistemática
RSSB	Rail Safety and Standards Board Safety Culture Tool
RU	Reino Unido
S	Suecia
SafeCQ	Occupational Psychology Centre Safety Culture Questionnaire
SAI	Safety Artefact Interpretation scale
SALUD	Servicio Aragonés de Salud
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire
SAQ_UCI	Safety Attitudes Questionnaire_UCI
SCAT	Safety Climate Assessment Tool
SCS	Safety Climate Survey
SEDAR	Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor
SEDISA	Sociedad Española de Directivos de la Salud
SEMES	Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias
SEMFYC	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

SEMICYUC	Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias
SENSAR	Seguridad del Paciente en Anestesia
SHLS	Swedish Healthcare Leaders' Survey
SINAPS	Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente
SLOAPS	Strategies for Leadership: An organizational Approach to Patient Safety
SN	Sistema de Notificación
SNS	Sistema Nacional de Salud
SOS	Safety Organising Scale
SP	Seguridad del Paciente
Sz	Suiza
UE	Unión Europea
UFSP	Unidad Funcional de Seguridad del Paciente
UPP	Úlceras por Presión
VHA PSCQ	Veteran Administration Patient Safety Culture Questionnaire

Capítulo I. Introducción

I. Introducción

I.1. Seguridad del paciente

I.1.1. Seguridad del paciente y calidad asistencial

La seguridad del paciente (SP) se define como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable (1). Se considera una dimensión clave de la calidad asistencial, que según el Institute of Medicine (IOM) de los Estados Unidos (EEUU) es el grado o medida en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados de salud para el individuo y para la población de acuerdo con el conocimiento científico disponible (2).

Cuando mencionamos una asistencia sanitaria de calidad nos referimos a aquella que además de ser efectiva, se caracteriza por la utilización del mejor conocimiento disponible, el uso eficiente de los recursos sanitarios y la adecuación a las necesidades y expectativas de los pacientes.

Habitualmente, las dimensiones que se asocian a la calidad asistencial han sido las siguientes:

- Calidad científico-técnica de la atención o competencia profesional, hace referencia a la capacidad para utilizar el nivel más avanzado de conocimientos existente y a su alcance para producir salud y satisfacción en la población atendida, no solo en sentido estricto de la habilidad técnica si no también en la relación interpersonal médico – paciente.
- Accesibilidad o facilidad con la que la atención sanitaria puede ser obtenida de manera equitativa por la población, en relación con las dificultades organizativas, económicas, culturales, etc.
- Satisfacción: grado con que la atención prestada cumple con las expectativas del paciente o usuario, tanto respecto a aspectos organizativos como al trato personal recibido.
- Adecuación o idoneidad de la atención recibida en relación con las necesidades del paciente.

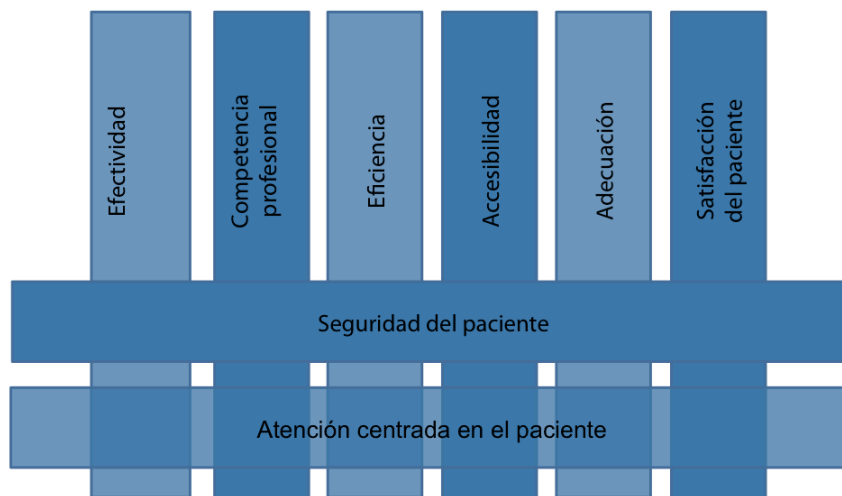
- Efectividad: grado con que la atención sanitaria consigue producir una mejora del nivel de salud del paciente o de la población, en condiciones de aplicación reales.
- Eficiencia: grado con el que se logra obtener el más alto nivel de calidad posible en relación a unos recursos determinados.

Sin embargo, el IOM amplió dos dimensiones adicionales que son la atención centrada en el paciente y la seguridad del paciente (1) (Figura 1).

- La atención centrada en el paciente se define como la atención a la salud caracterizada por el compromiso entre los profesionales, los pacientes y sus familias, para asegurar que se respetan las decisiones, preferencias y necesidades de los pacientes, así como por la educación y el apoyo para que los pacientes participen en las decisiones sobre la atención que reciben.
- Y la seguridad del paciente, posiblemente la última de las dimensiones incorporada dentro de la definición de la calidad en los servicios de salud, que caracteriza su enfoque no solo en hacer lo correcto y a tiempo como tradicionalmente si no además en ausencia de daño producido por la propia atención sanitaria, más que un mayor o menor beneficio.

La seguridad del paciente tiene una gran relevancia para todos los que se ven involucrados en el proceso de la atención sanitaria. Tanto para pacientes y sus familias, que buscan sentirse seguros y una plena confianza en los cuidados sanitarios que se les proporcionan, como para gestores de los servicios y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria efectiva, eficiente, de calidad y segura (3).

Figura 1. La seguridad del paciente como dimensión de la calidad



I.1.2. Evolución de la seguridad del paciente

La preocupación por la seguridad del paciente no es nueva, situándose sus raíces en el conocido aforismo hipocrático de *primum non nocere*. Sin embargo, ya desde el estudio de Brennan (4) en 1991, pero sobre todo con la publicación en 1999 del informe *"To err is human"* (5) elaborado por el Institute of Medicine de EEUU en el que se ponía de manifiesto que entre 44.000 y 98.000 norteamericanos fallecían anualmente debido a fallos y errores cometidos en el sistema sanitario de EEUU, más que por accidentes de automóvil, el cáncer de mama o el SIDA, y que un 7-14% de las hospitalizaciones presentaban un evento adverso (EA) relacionado con la atención sanitaria, ésto supuso un aldabonazo y un punto de inflexión para el desarrollo de actividades orientadas hacia la mejora de la SP.

Este informe, además de evidenciar los problemas de seguridad debidos a la atención sanitaria, identificó que estos EA se producían por múltiples fallos en el complejo sistema sanitario actual y que un elevado porcentaje eran prevenibles.

Pero la importancia de la investigación se encontraba en que el IOM, al mismo tiempo que identificó los EA, planteó diversas estrategias para conseguir una reducción del 50% de los mismos en cinco años. La evaluación posterior de dicho objetivo se calificó como desalentadora, sin embargo, se produjo a consecuencia de la misma un movimiento por la seguridad de los pacientes a nivel mundial.

Así, las principales organizaciones con responsabilidad en cuestiones de salud y servicios sanitarios como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Pan Americana de la Salud (OPS), el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, diversas agencias y organismos internacionales han desarrollado a lo largo de los últimos años estrategias para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan desarrollar la SP y controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica (3).

Y si el estudio *"To err is human"* puso de manifiesto el riesgo sanitario, pocos años después una de las organizaciones pioneras en materia de SP, el National Quality Forum (NQF), en un informe del año 2003, identificó lo que podría considerarse como la primera respuesta a los problemas de SP, identificando "30 prácticas seguras" siendo la primera de ellas la promoción de una cultura de seguridad del paciente (CSP) en los servicios sanitarios.

En el año 2004, en el marco de la 57ª Asamblea de la OMS se creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (AMSP) con el fin de coordinar y difundir las prácticas seguras en todo el mundo (6-8).

Dentro de las acciones que ha propuesto esta Alianza las cinco primeras fueron las siguientes: los "Retos Mundiales para la seguridad del paciente", "Pacientes para la seguridad del paciente", "Taxonomía para la seguridad del paciente", "Investigación para la seguridad del paciente" y "Notificación y aprendizaje".

En 2005 el Consejo de Europa en la "Declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los pacientes" señaló la seguridad de los pacientes como un reto europeo. En sus conclusiones propuso como una estrategia común para los países miembros, mejorar la SP mediante tres acciones clave: a) el desarrollo de una cultura de la seguridad del paciente con un enfoque sistémico y sistemático; b) el establecimiento de sistemas de información que apoyen el aprendizaje y la toma de decisiones, y c) la implicación de los pacientes y de los ciudadanos en el proceso (9).

En este contexto, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), responsable como establece la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), de mejorar la calidad del sistema sanitario en su conjunto, ha situado la seguridad del paciente como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad. Asimismo cabe destacar el papel que ha desempeñado la Agencia de Calidad del SNS, promoviendo el documento de consenso sobre Estrategias de Seguridad del Paciente

(10) (figura 2),y el Plan de Calidad del SNS (11, 12) que viene desarrollándose desde el año 2005 en coordinación con las distintas comunidades autónomas. La estrategia número 8 de dicho Plan tiene como finalidad mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS y presenta seis objetivos específicos siendo el primero de ellos promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes en cualquier nivel de atención sanitaria.

Complementariamente, el resto de objetivos se centran en actuaciones dirigidas a:

- Diseñar y establecer sistemas de información para evaluar la estrategia de SP – indicadores de SP- y de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (IRSP).
- Implantar prácticas seguras recomendadas en los centros del SNS tales como higiene de manos, cirugía segura, cuidados de enfermería, infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS), errores de medicación, identificación de pacientes, entre otras.
- Promover la investigación en seguridad del paciente como generadora de nuevos conocimientos sobre SP.
- Fomentar la participación de pacientes y ciudadanos en las políticas que se desarrollan en SP.
- Promover la participación de España y aumentar su presencia en foros internacionales sobre SP.

Asimismo, algunas Comunidades Autónomas tales como Andalucía (13), Madrid (14), Valencia (15), Extremadura (16), Baleares (17) y Cataluña (18) entre otras, alineadas con los objetivos del Plan de Calidad, también han desarrollado planes estratégicos autonómicos de seguridad conformes a sus necesidades y recursos.

Figura 2. Objetivos de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud



I.1.3. Marco conceptual y taxonomía de la seguridad del paciente

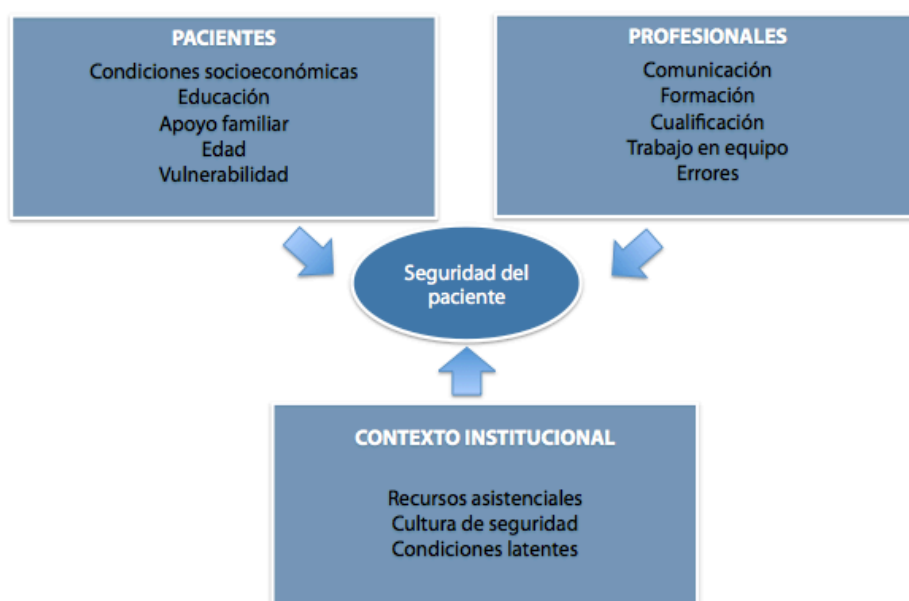
Como se ha visto y vamos a seguir viendo, la SP es un concepto complejo por su propia naturaleza. La dificultad del concepto y la variedad de términos utilizados para su denominación ha complicado su análisis a lo largo de estos años.

Por esta razón, ante la necesidad de establecer una terminología consensuada a nivel internacional sobre SP, la AMSP promovió la realización de un Informe Técnico con el objetivo de proporcionar un lenguaje común a la hora de investigar sobre los incidentes relacionados con la seguridad del paciente. Así, en el año 2009, se publicó el Marco conceptual para la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP) (19).

Entendemos que la SP es consecuencia de la interacción y el equilibrio permanente de una serie de factores contribuyentes favorecedores del desarrollo de un daño relacionado con la atención sanitaria recibida o que elevan el riesgo de que éste se produzca. Estos factores incluyen entre otros (figura 3):

- Las condiciones latentes o fallos del sistema/organización que predisponen la aparición de resultados adversos
- La cultura de la seguridad
- Los errores cometidos por los profesionales
- Las características de la población atendida

Figura 3. Marco conceptual de la seguridad del paciente



Fuente: Adaptación de Aibar- Remón C (20)

En el Marco conceptual se define la seguridad del paciente como el conjunto de actividades dirigidas a evitar, prevenir o minimizar el daño producido al paciente por los profesionales sanitarios derivado de la prestación de la atención sanitaria (19).

La cultura de seguridad está intrínsecamente relacionada con la organización sanitaria (20). La AMSP define CSP como el resultado de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso, así como el estilo y la competencia con la gestión de la salud y la seguridad de la organización (21, 22).

El término central de este marco sobre el que se sitúan todos los demás es el incidente relacionado con la seguridad del paciente, denominándose como tal a cualquier evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un

paciente a consecuencia de la asistencia sanitaria recibida. Cuando ese evento o circunstancia produce daño al paciente (enfermedades, lesiones, sufrimientos, discapacidades y/o muerte), decimos que se ha producido un evento adverso (19, 21, 23, 24).

I.1.4. Investigación en seguridad del paciente

En cuanto a la investigación en SP, la primera área de desarrollo necesaria para conocer el punto de partida en esta materia fue la realización de estudios epidemiológicos. Resultados de dichos estudios, como el estudio ENEAS (25), estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización, determinaron que en el ámbito hospitalario en torno a uno de cada diez pacientes ingresados sufre algún daño relacionado directamente con la asistencia sanitaria independientemente de la patología de base del paciente, siendo casi el 50% evitables. En atención primaria, el estudio APEAS (26), estudio de efectos adversos en atención primaria, estimaba una prevalencia de EA de 11,2%, de los cuales el 54,7% eran leves, el 38% moderados y el 7,3% graves. De estos últimos, el 70% eran claramente evitables. En cambio, en otros ámbitos como en la atención sociosanitaria aunque no existen estudios tan precisos para estimar el daño si se han realizado aproximaciones sugiriendo como presenta el estudio EARCAS (27), de eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios, que el problema puede ser tan importante como en la propia hospitalización (28, 29).

Sin embargo, debido a que los recursos destinados a la investigación son escasos, se vio necesario trabajar en identificar y priorizar las cuestiones a investigar en materia de SP. Para ello, promovido por la AMSP se desarrolló en 2009 un estudio cualitativo en el que participaron expertos de todo el mundo (30) y donde se priorizaron las 50 áreas más relevantes de investigación en SP. Para la priorización se consideraron criterios tales como la frecuencia de los eventos adversos, la gravedad del daño generado en el paciente o la repercusión sobre el sistema sanitario. Las áreas identificadas se trataron por separado para los países en vías de desarrollo, los países con economías emergentes y los países desarrollados.

Finalmente, las cinco áreas de investigación en seguridad del paciente que se consideraron como prioritarias para los países desarrollados fueron (ordenadas de mayor a menor prioridad):

- comunicación y coordinación entre los profesionales y con los pacientes;
- problemas institucionales latentes, fruto de una combinación de factores originados en múltiples niveles del sistema;
- cultura de seguridad, entendida como la sensibilización cultural de los profesionales sanitarios en la prevención de los riesgos asociados a la asistencia;
- coste-efectividad de las estrategias para reducir el riesgo asociado a la atención sanitaria;
- identificación de indicadores en seguridad del paciente válidos, fiables y útiles para la identificación de situaciones a evaluar o sobre las que intervenir.

Además de lograr la tercera posición en la priorización, promover la CSP ha sido uno de los objetivos fundamentales de las agencias y organismos internacionales como base para desarrollar sistemas sanitarios más seguros, en los que los incidentes no sean tratados como fallos de las personas sino como oportunidades de mejora del sistema. La creación de la CSP que convierta las normas en hábitos es la primera medida verdaderamente proactiva para mejorar la SP (31-35).

Por este motivo en los últimos años se han desarrollado numerosas investigaciones para evaluar la CSP, con el fin de conocer la situación de partida, diseñar instrumentos para su medición y así poder identificar áreas de mejora en SP en los centros sanitarios (36-38).

I.2. Cultura de seguridad del paciente

I.2.1. Concepto

Si bien existen múltiples definiciones, la cultura de la seguridad de una organización de salud se define como el producto de las actitudes, competencias y patrones de comportamiento tanto individuales como colectivos que influyen en el compromiso, el estilo y el dominio de la gestión de la seguridad de una organización (22). La CSP según la definición adoptada en 2006 por la European Society for Quality in Health Care busca continuamente minimizar el daño al paciente que puede resultar del proceso de prestación de la asistencia sanitaria (39).

I.2.2. Cultura organizacional

La CSP es un aspecto de la cultura organizacional (CO) que toma su base en las cuestiones de seguridad de las organizaciones. Guldenmund caracteriza la CO como un constructo relativamente estable, multidimensional que depende de los valores y normas compartidas en el entorno de trabajo. Estos valores y normas afectan a las actitudes, percepciones y comportamientos de todos los miembros de la organización. Por lo tanto, la CO tiene un impacto fundamental en el comportamiento en materia de seguridad y, a su vez, sobre la seguridad en las organizaciones en su conjunto. Se trata de un fenómeno multidimensional, un tronco común de conocimientos, valores y símbolos acerca de la seguridad de los pacientes (40).

Adaptado a partir del modelo de CO de Edgar Schein (41), el modelo de CS consta de tres capas: la primera compuesta por unos supuestos básicos arraigados que no son accesibles para la medición; la segunda, valores y creencias en materia de seguridad y la tercera, artefactos, es decir, procedimientos y acciones que son la expresión más superficial de la cultura.

Según este modelo, los supuestos básicos determinan los valores y creencias, y ambos determinan los artefactos.

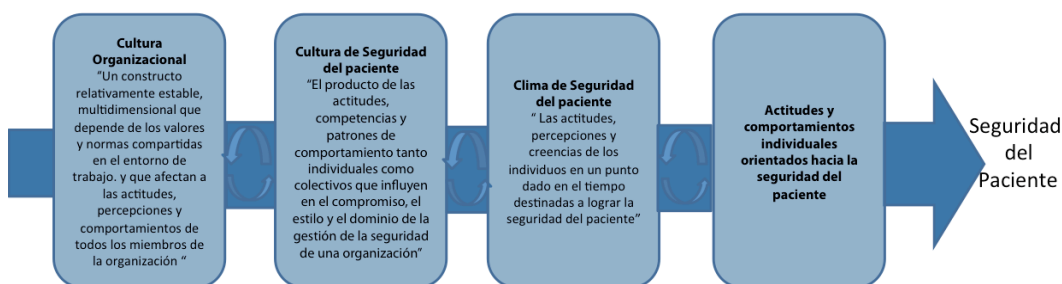
I.2.3. Cultura de seguridad versus clima de seguridad

Otra de las cuestiones a tener en cuenta es el debate abierto que existe dentro de la literatura de seguridad entre la utilización de los términos *cultura* y *clima* y si representan o no diferentes conceptos. El consenso general muestra que la cultura representa las características más estables y duraderas de la organización que han sido equiparadas con sus dimensiones o su “personalidad”.

La CS es un rasgo complejo y duradero, reflejo de valores y normas que residen en la cultura de la sociedad y explica por qué las cosas suceden. Mientras que el clima de seguridad se define comúnmente como "características de la superficie de la cultura de la seguridad, de las actitudes y percepciones de los individuos en un punto dado en el tiempo" o "los componentes medibles de la cultura de seguridad" (37, 42, 43). Se cree que representa una manifestación más visible de la cultura, considerándose su “estado de ánimo” en un momento determinado del tiempo, describe lo que está sucediendo (44, 45) (figura 4).

Generalmente se acepta que los instrumentos disponibles proporcionan una medida de clima de seguridad pero como ambos términos se utilizan indistintamente en diferentes publicaciones, seguiremos la corriente instaurada por diversos autores y sólo utilizaremos el término “cultura” a lo largo de este documento (46).

Figura 4. Modelo de cultura de seguridad del paciente



Fuente: Adaptado de Morello et al (43)

I.2.4. Cultura de seguridad en otros sectores

Al mismo tiempo que la CO tiene un impacto fundamental en el comportamiento en materia de seguridad, nos hemos encontrado con una creciente evidencia de la existencia de un vínculo entre la cultura de seguridad y la seguridad a lo largo de los años (47-49).

En el caso de las industrias de alto riesgo (aviación y energía nuclear) donde históricamente se ha prestado gran atención a la evaluación de la seguridad, las medidas de seguridad se basaban primero en una información retrospectiva sobre muertes o lesiones de empleados abordando cualquier fallo como un problema técnico. Posteriormente se tomó consciencia de la complejidad y multicausalidad de sus accidentes lo que llevó a estudiar los factores organizacionales, de gestión y humanos, centrando las medidas de seguridad en medidas predictivas y prestando especial atención a la evaluación del clima de seguridad (46).

Las organizaciones que prestan asistencia sanitaria, debido al alto riesgo de morbilidad y mortalidad que conlleva dicha prestación, son consideradas como industrias de alto riesgo como se puede observar en la figura 5. De modo que han identificado la mejora de la CS como acción prioritaria por tener un impacto significativo en como se implementa la seguridad (50).

Figura 5. ¿Cuánto riesgo tiene la asistencia sanitaria?



Fuente: Institute of Healthcare Improvement. Disponible en: www.ihl.org (51).

Pero una diferencia importante a tener en cuenta es que frente al resto de industrias de alto riesgo, en el ámbito de la asistencia sanitaria las consecuencias de las prácticas inseguras recaen directamente no solo en el cliente/usuario sino también sobre el profesional sanitario (52, 53).

I.2.5. Teorías de la cultura de seguridad

Continuando con el concepto de CS cabe destacar que muy pocos estudios hacen explícitos aún en términos generales los fundamentos teóricos en los que desarrolla la CS. Las cinco teorías más frecuentemente utilizadas en la revisión sistemática desarrollada por Halligan en 2011 sobre la evaluación de CSP son las siguientes (54):

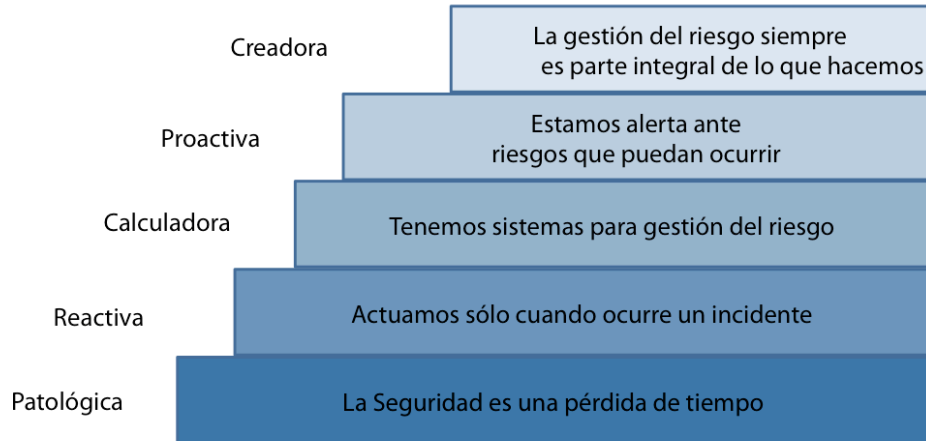
Teoría de la Alta Confiabilidad en la Organización/High Reliability Organization (HRO)

Esta teoría hace referencia a que el funcionamiento de los sistemas y la gestión de los seres humanos son sistemas complejos, pero no lo suficiente como para detectar y anticiparse a los problemas generados por el sistema. Por esta razón para mejorar la confiabilidad es preciso una adecuada organización de las personas, de los procesos y de la tecnología (55).

Modelo de madurez cultural

En este modelo se muestra una evolución de la cultura de la seguridad a través de cinco niveles de madurez o etapas de desarrollo (figura 6), desde el de menor madurez (patológico) al más maduro (generador). Conocer esta información facilita el diagnóstico del nivel de madurez de las organizaciones e identifica las áreas de fortalezas y debilidades y las acciones necesarias para alcanzar el siguiente nivel (56).

Figura 6. Niveles de madurez de la cultura de seguridad



Fuente: Parker D. Patient Safety. NPSA, Birmingham, 2006. Disponible en: www.npsa.nhs.uk. (57)

Modelo de Donabedian de estructura, proceso y resultados

Las organizaciones sanitarias pueden describirse en términos de estructura, proceso y resultados tal y como lo desarrolla el modelo de Donabedian donde se define la estructura como las condiciones en que se proporciona la atención (materiales, recursos humanos, características de la organización). El proceso incluye actividades para procurar cuidados. Y los resultados son los cambios que pueden atribuirse a la atención. Cada componente es dinámico y puede influir en los resultados de seguridad (58).

Teoría Organizacional

Basada en el entendimiento de la cultura corporativa, presta atención a una serie de características importantes para la organización tales como el entendimiento común, el ambiente de trabajo, el lenguaje cotidiano y las actitudes de los empleados hacia la organización (55).

Teoría de Sistemas

En esta teoría el estado final de un sistema puede ser alcanzado desde diferentes condiciones iniciales y de maneras diferentes. Por lo tanto, dos organizaciones con

diferentes atributos culturales pueden alcanzar potencialmente los mismos niveles de éxito en materia de SP (59, 60).

I.2.6. Evaluación de la cultura de seguridad

La medición de la cultura de la seguridad tiene por objeto permitir a las organizaciones conocer las características de su CSP y proporcionar ideas para su transformación (61). La medición puede proporcionar información valiosa acerca de cómo se percibe y maneja la seguridad del paciente dentro de una organización para facilitar su comprensión y el diseño de acciones de mejora conformes a dicha evaluación. Sin embargo, todavía se encuentra en una etapa relativamente inmadura de desarrollo en comparación con otras industrias (36, 62, 63).

Las encuestas para medir la CSP que comenzaron a surgir ya desde el informe "To err is human", son en su mayoría, adaptaciones de las utilizadas en los sectores industriales (64) como Rail Safety Culture Inspection Toolkit, Occupational Psychology Centre Safety Culture Questionnaire (SafeCQ), Rail Safety and Standards Board (RSSB) Safety Culture Tool, Serco Assurance Safety Culture Assessment Tool, Aberdeen University Offshore Safety Questionnaire (OSQ99), Health Services Executive Health and Safety Climate Survey Tool (CST), Quest Evaluations and Databases Ltd Safety Climate Questionnaire (QSCQ), Robert Gordon University Computerised Safety Climate Questionnaire (CSQC), The Loughborough University Safety Climate Assessment Toolkit (LSCAT) (65). Bien es cierto que es preciso considerar las limitaciones de las adaptaciones y posteriores validaciones, porque resulta peligroso generalizar con demasiada facilidad sobre la CS y compararse con otras industrias con características, jerarquías y prácticas de trabajo muy diferentes(66).

A pesar de que diversos organismos reguladores y de acreditación tales como la Joint Commission on Healthcare Organization(JCAHO)(67), la Agency for Healthcare Research & Quality (AHRQ) y el Institute for Healthcare (IHI) (68) han promovido la adopción y utilización de diversos instrumentos para medir la CSP. Se recomienda una adecuada validación de los resultados de los mismos, previo a la utilización de cuestionarios de CSP fuera de los contextos específicos y sanitarios en donde se desarrollaron (69). No obstante

aún a pesar de estas recomendaciones se advierte una falta de publicaciones que incluyan los análisis psicométricos de los cuestionarios (64).

También se ha observado que cada vez son más numerosos los estudios que recomiendan invertir un mayor esfuerzo en la comprensión de la relación entre las medidas de la CSP y los resultados en los pacientes (37) además de comprobar la eficacia de las intervenciones propuestas (70). La evaluación de la CSP puede considerarse también como un objetivo admirable en sí mismo y el cambio cultural que promueve como una medida de resultado en sí misma.

Instrumentos para evaluar la cultura de seguridad del paciente

Se considera como **instrumento para medir la cultura de la seguridad**, cualquier método que permita recoger información sobre los aspectos de la misma. El instrumento puede tanto por sí solo o como parte de un proceso ayudar a evaluar, promover y/o desarrollar la cultura de seguridad del paciente.

De acuerdo con un estudio inglés realizado en 2009, un tercio de los hospitales de agudos y centros de atención primaria del National Health Service (NHS) utilizaban un instrumento para la evaluación de la CSP (71).

Actualmente existe una amplia variedad de instrumentos tanto cualitativos como cuantitativos para medir la CSP (72). Aún a pesar de esta amplia variedad, los cuestionarios son la metodología utilizada más frecuentemente (37, 38, 50, 72).

Diseños cuantitativos a través de cuestionarios

Conforme a la revisión realizada para la elaboración de este trabajo, caben destacar cuatro estudios cuyos objetivos son sintetizar los instrumentos utilizados para medir el cambio cultural, facilitar la implementación y la mejora en la SP. De los cuatro, tres son revisiones sistemáticas realizadas por Halligan (54) (2011), Flin (50) (2006) y Colla (37) (2005) y la última un catálogo de instrumentos de CSP desarrollado por la European Network for Patient Safety (EUNetPaS) en el año 2010.

La revisión sistemática más reciente de todas ellas (Halligan 2011) incluía 139 estudios. En ella se proporcionaba un conjunto común de definiciones y dimensiones para ayudar a los investigadores a compartir mejor la información y estrategias para mejorar la CSP en la asistencia sanitaria (54).

La mayoría de los estudios recopilados, utilizaban cuestionarios cuantitativos para medir la CSP y proponían mejoras en la seguridad mediante la implementación de intervenciones dirigidas a varias dimensiones. En cambio, muy pocos estudios hicieron explícitos sus fundamentos teóricos como se ha comentado anteriormente (54).

Para conceptualizar la CSP, las encuestas se estructuraron en dimensiones que surgían del análisis factorial realizado a los cuestionarios cuantitativos. Las dimensiones, más frecuentemente citadas en los 113 artículos incluidos por Halligan en la revisión, fueron las siguientes:

- compromiso de la dirección con la seguridad,
- comunicación franca,
- aprendizaje organizacional,
- enfoque no punitivo hacia la notificación y el análisis de eventos adversos,
- trabajo en equipo,
- importancia de la seguridad.

Los cuestionarios que incluían tenían desarrolladas las propiedades psicométricas. Flin (50), en su revisión de 2006 sintetizó los resultados de 12 estudios de cultura de seguridad.

La revisión de Colla en 2005 (37) analizó los instrumentos disponibles en ese momento para medir la CSP en las organizaciones sanitarias e identificó nueve cuestionarios diferentes. Siete de los nueve cuestionarios contenían las siguientes dimensiones: liderazgo, política y procedimientos, personal, comunicación y notificación de incidentes. Dos medían el grado de implementación de las acciones que trataban sobre SP (73, 74) y sólo uno de ellos (75) evaluaba las asociaciones entre la puntuación de CS en el cuestionario y los resultados obtenidos en los pacientes. El desarrollo psicométrico varía ampliamente entre los estudios. Como conclusión potencia que el esfuerzo debe dirigirse

a comprender las relaciones entre las medidas de CS del paciente y los resultados en los pacientes.

El último estudio a destacar, es el publicado en 2010 por la iniciativa EUNetPaS donde se identificaron treinta instrumentos de CSP. En la tabla 1 se presentan todos ellos, junto a nueve instrumentos más detectados en nuestra búsqueda bibliográfica y los países de la Unión Europea (UE) donde se utilizan. Cabe destacar que solo cuatro instrumentos de los notificados por los países presentan publicaciones científicas asociadas. Tres de estos cuatro, el Hospital Survey on Patient Safety (HSOPS) (76), el Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) (75) el Veteran Administration Patient Safety Culture Questionnaire (VHA PSCQ) (77), son los más frecuentemente utilizados y están avalados además por estudios de validación.

De cada uno de los cuestionarios identificados por EUNetPas se recogía toda la información disponible conforme a estas 20 características que ayudan a definir los instrumentos:

1) Origen y año de su lanzamiento	12) Clasificación tipológica
2) Lenguaje (s)	13) Proceso de desarrollo
3) Objetivos	14) Evaluación/utilización resultados
4) Tipo de instrumento	15) Análisis psicométrico
5) Ámbito de aplicación	16) Disponibilidad instrumentos, etc
6) Informantes	17) Pilotaje del instrumento
7) Método de utilización	18) Propiedades científicas
8) Utilización del instrumento	19) Capacidad de predecir un resultado asociado con la CSP
9) Formato	20) Cuestiones relativas a adaptación y traducción
10) Definición de CSP	
11) Dimensiones	

Tabla 1. Instrumentos y países UE donde son utilizados

Instrumentos (61, 65, 78)		País UE
1	Checklist for Assessing Institutional Resilience	-
2	Culture of Safety Survey	-
3	Error Orientation Questionnaire	D
4	Hospital Culture Questionnaire	-
5	Hospital Survey on Patient Safety	-
6	Hospital Survey on Patient Safety Culture	B, RU (Escocia), F, N, SZ, PB, I, E, Cr, S, IS, Fin
7	Manchester Patient Safety Assessment Framework	RU, A, PB
8	Nursing Unit Cultural Assessment Instrument	-
9	Patient Safety Climate in Anaesthesia	-
10	Patient Safety Culture Questionnaire	-
11	Patient Safety Culture in Healthcare Organisations Survey	-
12	Safety Attitudes Questionnaire	H, A, N, RU
13	Safety Climate Scale	-
14	Stanford Safety Culture Instrument	-
15	Teamwork and Patient Safety Attitudes Questionnaire	-
16	Trainee Supplemental Survey	-
17	Veteran Affairs Palo Alto/ Stanford Patient Safety Center for Inquiry	-
18	Veterans Health Administration Patient Safety Culture Questionnaire	-
19	Safety Climate Survey	-
20	Clinical Risk Management	Aus
21	Drug risk perception - with respect to NSAIDs	Esv
22	Healthcare workers' perception of adverse events and incident reporting	I
23	Information System for Surveillance and Control of Adverse Events	E
24	Patient perception of safety in health services. CASSES Questionnaire	E
25	Patient safety care in hospitals - Quality Standards	E
26	Safety Climate Assessment Instrument	RU por FEE
27	The Danish Patient Safety Culture Questionnaire	D
28	TUKU – Safety culture in health care survey	Fin
29	Vienna Safety Culture Questionnaire	Aus
30	World Alliance for Patient Safety Hand Hygiene Campaigns Healthcare - Units Survey on Patient Safety Culture	P
31	Patient Safety Culture Improvement Tool (PSCIT)	-
32	Safety Organising Scale (SOS)	-
33	Safety Artefact Interpretation scale (SAI)	-
34	Safety Climate Assessment Tool (SCAT)	RU
35	Teamwork and Safety Climate Survey	RU
36	Japan Safety Climate	-
37	Pharmacy Safety Climate Questionnaire (PSCQ)	RU
38	Gershon Safety Climate Tool	-
39	The Thomas Jefferson on Inpatient Adverse Events	E

A: Alemania, Aus: Austria, B: Bélgica, Cr: Croacia, D: Dinamarca, E: España, Esv: Eslovaquia, F: Francia, Fin: Finlandia, G: Grecia, H: Holanda, I: Italia, Is: Islandia, N: Noruega, P: Polonia, PB: Países Bajos, RU: Reino Unido, S: Suecia, SZ: Suiza, FEE: Federación Europea de Enfermeras.

En la tabla 2 se resumen las características de los ocho cuestionarios más frecuentemente utilizados: el Hospital Survey on Patient Safety (HSOPS) (76), el Medical Office Survey on Patient Safety (MOSPS) (31), el Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) (75), el Safety Climate Survey (SCS) (79), el Culture of Safety Survey (CSS) (80), el Manchester Patient Safety Assessment Framework (MaPSaF) (81), el Patient Safety Culture in Healthcare Organizations (PSCO) (82) y el Veteran Administration Patient Safety Culture Questionnaire (VHA PSCQ) (77).

Todos son fundamentalmente de ámbito general, uno de ellos es específico de atención primaria y en otros cuestionarios (75, 79) hay diversas modalidades según la unidad a la que va destinada. De los tres primeros existen adaptaciones realizadas en España y además el SCS presenta una versión reducida de 10 ítems.

La cumplimentación de los cuestionarios es individual menos el MaPSaF que es grupal. El número de ítems oscila entre 10 hasta casi 80 y la escala de medida es de Likert de cinco categorías, sin medir en ningún caso el grado de implementación, si no el grado de acuerdo con el enunciado del ítem.

El número de dimensiones que representan oscila entre 4 a 16 y todos incluyen la notificación de IRSP como un ítem más. Todos menos uno tenían desarrollados análisis psicométricos de sus resultados. Como utilidad destacan que se pueden realizar comparaciones institucionales tanto intra como inter aunque no en todos se puede realizar la asociación con medidas de procedimientos.

Tabla 2. Resumen de instrumentos de CSP de ámbito general

	HSOPS¹	MOSPS²	SAQ³	SCS⁴	CSS	MaPSaF	PSCHO	VHA PSCQ
Ámbito	General	Atención primaria	Varias unidades	Varias unidades	General	General	General	General
Características generales								
Destinatarios	Individuos	Individuos	Individuos	Individuos	Individuos	Grupo	Individuos	Individuos
Nº ítems (no incluye demográficos)	42	54/58	60	19	34	10	82/32	71
Escala Likert (5 categorías)	Si	Si	Si	Si	Parcial	No	Si	Si
Mide implementación	No	No	No	No	No	No	No	No
Dimensiones								
Liderazgo	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Normas y procedi.	Parcial	Parcial	Parcial	Parcial	No	Si	Parcial	Si
Profesionales	Si	Si	Si	Parcial	Parcial	Si	Parcial	Si
Comunicación	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Notificación IRSP	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Nº total dimensiones	12	12	6		4	9	5 (16)	13

HSOPS: Hospital Survey on Patient Safety (1 versión de España), MOSPS: Medical Office Survey on Patient Safety (2 versión de España), SAQ: Safety Attitudes Questionnaire (3 versión de España), SCS: Safety Climate Survey (4 Safety Climate Scale versión de 10 ítems), CSS: Culture of Safety Survey, MaPSaF: Manchester Patient Safety Assessment Framework, PSCHO: Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations, VHA PSCQ: Veteran Administration Patient Safety Culture Questionnaire, Nº: número. Procedi.: procedimientos

Continuación...								
	HSOPS ¹	MOSPS ²	SAQ ³	SCS ⁴	CSS	MaPSaF	PSCHO	VHA PSCQ
Análisis psicométrico								
A. Factorial confirmatorio	Si	Si	Si	Parcial	No	Cualitativo	Si	Si
Alfa de Cronbach (versión española)	0,63-0,83 (0,74-0,88)	0,75-0,90 (0,63-0,84)	0,68-0,81	Bueno	Pobre	No procede	No	0,45-0,90
Correlaciones entre puntuaciones y dimensiones	Si	Si	Si	No	No	No procede	No	Si
Utilidad en estudios								
Comparaciones intrainstitucionales	Si	Si	Si	Si	Si	No procede	Si	Si
Comparaciones interinstitucionales	Si	Si	Si	Parcial	Si	No procede	Si	No
Asociación con notificación de IRSP	Si	Si	Si	No	Si	No procede	No	No
Asociación medidas de procedimientos	No	No	Si	No	Si	No procede	No	No
Difusión								
EEUU	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si
UE (países)	B,FIN,N,RU (Escocia), SZ, PB, I, E, Cr, S, IS, F	E	H, A, N, RU	E	Ninguno	RU, A, PB	Ninguno	Ninguno

A: Alemania, B: Bélgica, Cr: Croacia, D: Dinamarca, E: España, Esv: Eslovaquia, F: Francia, Fin: Finlandia, G: Grecia, H: Holanda, I: Italia, Is: Islandia, N: Noruega, P: Polonia, PB: Países Bajos, RU: Reino Unido, S: Suecia, SZ: Suiza

De entre todos los comentados anteriormente, el EUNetPaS recomienda para uso interno en la UE (no para evaluación comparativa) estos tres instrumentos que a continuación se describirán más detalladamente (61):

- Hospital Survey on Patient Safety Culture de la AHRQ de los EEUU (76),
- Manchester Patient Safety Assessment Framework de la Universidad de Manchester en el Reino Unido(81),
- Safety Attitudes Questionnaire de las Universidades de Texas y Johns Hopkins de los EEUU(75).

Las características más destacables de los mismos son las siguientes:

a) Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS)

La AHRQ de los EEUU pone a disposición de las organizaciones sanitarias desde 2004 el cuestionario HSOPS para evaluar la CSP, controlar los cambios en la SP a lo largo del tiempo y evaluar el impacto de las intervenciones en SP.

Consta de 42 ítems que se engloban en 12 dimensiones y presenta un exhaustivo desarrollo psicométrico en cuanto a su construcción y validación. La escala de Likert es de 5 categorías y presenta preguntas abiertas.

Las 12 dimensiones son las siguientes:

- 1) Frecuencia de eventos notificados
- 2) Percepción de seguridad
- 3) Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la unidad/ servicio que favorecen la seguridad
- 4) Aprendizaje organizacional/mejora continua
- 5) Trabajo en equipo en la unidad/ servicio
- 6) Comunicación franca
- 7) Feed-back y comunicación sobre errores
- 8) Respuesta no punitiva a los errores
- 9) Dotación de personal
- 10) Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente

11) Trabajo en equipo entre unidades/servicios

12) Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades

El kit de herramientas está disponible en la página web de la AHRQ (Acceso 07/04/2013) (Disponible en: <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/hospindex.htm>), y consta de:

- Cuestionario individual autoadministrado
- Guía del usuario de la encuesta
- Plantilla de power point de comentarios para realizar informe de resultados
- Base de datos comparativa
- Excel para incluir los datos y ser utilizado como herramienta de análisis

Se complementa con los tres siguientes cuestionarios cuyos ámbitos son residencias de ancianos, atención primaria y oficinas de farmacia:

- Nursing Home Survey on Patient Safety Culture
- Medical Office Survey on Patient Safety Culture
- Pharmacy Survey on Patient Safety Culture

Como fortaleza destaca que además de evaluar la CSP puede verificar los cambios a través del tiempo, evaluar el impacto de las intervenciones sobre SP y asignar la CSP en varios niveles, individual, de unidad y a nivel organizacional.

Existen varios estudios(83, 84) donde se demuestra una baja fiabilidad de la dimensión relacionada con el personal teniendo el resto propiedades psicométricas aceptables.

El HSOPS presenta una extensa aplicación tanto en EEUU como a nivel mundial. En la Unión Europea es utilizado en Bélgica, Reino Unido (Escocia), Suiza, Países Bajos, Italia, Croacia, Suecia, Islandia, Francia, Noruega, Finlandia. El lenguaje original es el inglés americano, tiene una versión de habla hispana en la página web americana y además se ha traducido a los diversos idiomas de los países donde se utiliza (croata, danés, finlandés, flamenco, francés, griego, italiano, chino mandarín, noruego, portugués, serbio, sueco, alemán, turco). En Dinamarca se ha desarrollado una versión para atención primaria(85).

En nuestro país se han desarrollado dos encuestas basadas en ésta, el "Cuestionario de evaluación de la CSP" traducido, adaptado y validado por el equipo de Saturno(86)y

financiado por la Agencia de Calidad en 2008 y una traducción, adaptación y validación del MOSPS (31) que es la versión dirigida a los centros de atención primaria en 2010, fruto de la colaboración entre la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) y el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI). El primero de estos cuestionarios se utilizó para evaluar la CS en España, identificando los aspectos en los que habría que incidir para mejorarla y supervisar su evolución, y el segundo facilita el trabajo en equipo, la discusión abierta sobre los errores y crea un clima de aprendizaje y mejora continuos. Ambos presentan un desarrollo psicométrico riguroso semejante al realizado para HSOPS y permiten la evaluación, monitorización y la comparación interna y externa.

b) Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)

El cuestionario SAQ se originó en la Universidad de Texas / Universidad Johns Hopkins de los EEUU en 2003, a partir de una adaptación de un cuestionario utilizado en la aviación(75). El mismo proporciona una instantánea de la cultura de la seguridad a través de encuestas sobre las percepciones de los profesionales.

Consta de 60 ítems y mide 6 dimensiones, pero según la versión puede variar. Las dimensiones son:

- 1) Trabajo en equipo – relaciones entre los compañeros de trabajo
- 2) Clima de seguridad
- 3) Reconocimiento del nivel de estrés
- 4) Satisfacción en el trabajo
- 5) Organización y valoración del servicio y del hospital
- 6) Condiciones de trabajo

Las herramientas ofrecidas por el SAQ son:

- Cuestionario
- Informes técnicos que describen la aplicación, análisis, etc

La SAQ proporciona diferentes versiones para las diferentes situaciones clínicas. Es origen del Safety Climate Survey (SCS) y el contenido fundamental es el mismo con pequeñas modificaciones en algunos ítems para reflejar cada área clínica en cada versión del SAQ:

- El trabajo en equipo y el clima de seguridad
- Asistencia ambulatoria
- Unidades de Cuidados Intensivos
- Parto y nacimiento
- Quirófano
- Farmacia

El SAQ es uno de los instrumentos más utilizados y los análisis psicométricos realizados demuestran unos buenos resultados para medir el clima de seguridad en la asistencia sanitaria. Una característica que lo distingue es que puntuaciones más altas en esta encuesta se han asociado a resultados más efectivos, contrastando esto con otras herramientas donde existen menos probabilidades de encontrar una asociación directa con los resultados del paciente(87).

Otra fortaleza de la herramienta es su brevedad que facilita una rápida cumplimentación permitiendo identificar cambios en el tiempo ya que admite una aplicación repetida.

Se ha utilizado ampliamente en los EE.UU. y también se ha implementado en Alemania(88), Suecia(89), Noruega(90) y China(91), entre otros países.

El SAQ está disponible en la página web de la Universidad de Texas, Centro de Calidad de Salud y Seguridad. Cuestionario de Autoevaluación. (Acceso 07/04/2013). Disponible en: http://www.uth.tmc.edu/schools/med/imed/patient_safety/questionnaires/registration.html

En España, Gutiérrez et al en el año 2010 (33) evaluaron la CSP de 22 Servicios de Medicina Intensiva a través de un instrumento de nueva creación basado en los cuestionarios estadounidenses Safety Climate Survey (SCS) y Safety Attitude Questionnaire ICU version (SAQ-ICU) a través del método “traducción-retrotraducción” además de un estudio cualitativo a través de grupos focales. El cuestionario constaba de seis dimensiones: ambiente laboral, relaciones laborales, organización del servicio y el hospital, condiciones laborales, clima de seguridad y reconocimiento del nivel de estrés.

c) Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)

El Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) es una herramienta desarrollada por la Universidad de Manchester en 2007 (81) y promocionada por la National Patient Safety Agency de Gran Bretaña (NPSA) para ayudar a las organizaciones a evaluar su progreso en el desarrollo de una CSP.

Este cuestionario contempla diez dimensiones críticas de SP y para cada una de ellas cinco niveles de progresión según el grado de madurez de la cultura de seguridad en el que se encuentra la organización o el equipo que se evalúa según la teoría de Westrum detallada en la sección V.2.5. Teorías de la Cultura de Seguridad.

Las dimensiones son las siguientes:

- 1) Mejora continua
- 2) Prioridad de la SP
- 3) Errores del sistema y la responsabilidad individual
- 4) Notificación de incidentes
- 5) Evaluación de incidentes
- 6) Aprendizaje para lograr un cambio
- 7) Comunicación
- 8) Gestión de personal
- 9) Formación del personal
- 10) Trabajo en equipo

El modelo Manchester tiene una evaluación cualitativa, no cuantitativa y se realiza mediante talleres moderados por un facilitador en los que, en primer lugar, se realiza una valoración individual y posteriormente se discute en grupo hasta alcanzar consenso. Permite la identificación de mejoras dentro de cada grupo.

El MaPSaF se puede utilizar de muchas maneras, por ejemplo, para facilitar la reflexión sobre la cultura de seguridad del paciente, estimular la discusión sobre las fortalezas y debilidades de la CSP, revelar las diferencias de percepción entre los grupos de

profesionales, ayudar a entender los niveles de madurez de dicha CSP y ayudar a evaluar cualquier intervención específica necesaria para cambiarla.

El conjunto de herramientas MaPSaF comprende:

- Cuestionario
- Guía de evaluación
- Evaluación
- Plantilla de presentación en power point

El MaPSaF facilita diferentes versiones para los siguientes ámbitos :

- Hospitales de agudos
- Asistencia ambulatoria
- Atención primaria
- Salud mental

Como debilidad muestra que aunque la herramienta ha sido ampliamente utilizada en Reino Unido se ha realizado poca validación de los resultados fuera de este país. La mayoría de las organizaciones que la han utilizado no han publicado sus resultados salvo en EEUU (92).

El MaPSaF está disponible en la página web de la NPSA. (Acceso 07/04/2013). Disponible en: <http://www.npsa.nhs.uk/nrls/improvingpatientsafety/humanfactors/mapsaf/>

1.2.7. Beneficios de una cultura de seguridad positiva y constructiva

Conocer la CSP existente en las organizaciones sanitarias puede ser un objetivo fundamental en sí mismo como se ha indicado con anterioridad. Para tener este conocimiento se precisa evaluar la CSP a través de los instrumentos destinados para tal fin. Las puntuaciones obtenidas tras la evaluación merecen interpretarse, describiéndose que puntuaciones altas se correlacionan con una buena CSP, condición clave para la mejora de la seguridad de los pacientes, mientras que puntuaciones bajas se asocian con una CS negativa y menos consolidada. Como corrobora la teoría de la Alta Confiabilidad

en la organización, se requiere una alta uniformidad en los puntos de vista pro-SP para lograr una CSP buena, y así tener unos resultados altamente fiables en la realización de tareas complejas y repetitivas (93).

La medición de esta CSP nos permitirá además conocer las características de la organización para promover acciones de mejora en SP orientadas a un contexto cultural que favorecerá la consecución de las mismas.

Según diversos estudios, las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua y en la transparencia, con una base común de valores y por compartir la importancia de la percepción de la seguridad y de la eficacia de las acciones preventivas (22, 40, 59, 94).

De hecho, en otras industrias, una cultura de seguridad positiva se asoció con un mayor cumplimiento de la seguridad de los empleados (95), un mejor desempeño de la organización y recientemente publicaciones sugieren una relación similar en la asistencia sanitaria como hemos percibido (48, 49).

Las organizaciones con culturas de seguridad positivas y eficaces comparten un fuerte liderazgo para impulsar la CSP y un compromiso constante con la seguridad como prioridad de máximo nivel que impregna toda la organización (65).

En este sentido, los componentes más destacados son los siguientes (96):

- el reconocimiento de que las actividades de una organización son de alto riesgo y propensas a los errores,
- un entorno que no culpabilice y en el que los individuos puedan notificar eventos adversos sin ser castigados,
- una expectativa de colaboración entre estamentos profesionales para buscar soluciones a las vulnerabilidades,
- una voluntad por parte de la organización de asignar recursos a la corrección de los problemas de seguridad.

También se ha identificado como un componente importante de una CSP positiva en las organizaciones a la capacidad de reconocer, responder, retroalimentar y aprender de los eventos adversos, lo que se conoce como la capacidad de “cerrar el bucle” o tener un

“circuito cerrado”. Según el estudio de Allen, en cambio, cuando la CSP no estaba consolidada los profesionales no se sentían capaces de “cerrar el ciclo”(97).

Se ha demostrado que el grupo de culturas fuertes y emprendedoras ha tenido efectos beneficiosos sobre la seguridad, mientras ocurre a la inversa en las que tienen jerarquías fuertes. Los hospitales con una cultura organizacional dominante se asocian con niveles más bajos de CS(98).

El desarrollo de una CSP positiva en una organización no es tarea sencilla. Desde los inicios de los trabajos en SP, diversos estudios evaluaron la CSP e identificaron como elemento clave la mejora de la CSP. A día de hoy, en varios países donde se evaluó la CSP se han realizado estudios(99, 100) en esta materia de nuevo, poniendo de manifiesto la no consecución del resultado deseado, por lo que nuevamente en dichos estudios se sigue promoviendo el desarrollo de una CSP como prioritaria.

I.3. Cultura de seguridad en directivos y gestores

I.3.1. Compromiso y liderazgo de los directivos

A lo largo del tiempo, diversos estudios han concluido que las actitudes, percepciones, expectativas y acciones de la dirección de los hospitales con respecto a la seguridad del paciente son una dimensión esencial de la cultura de seguridad. Además, todas ellas se cree que influyen muy directamente en las percepciones, actitudes y comportamientos del personal de la organización hacia la propia CSP(64).

Ya en 1997, Reason escribe sobre la importancia de las acciones de los directivos en crear fuerzas impulsoras para desarrollar prácticas seguras resumiéndolas en tres: el compromiso, la competencia y el conocimiento. El compromiso que requiere de motivación (es decir, una apuesta de la organización por un modelo de prácticas seguras y no solamente querer mantenerse fuera de los peligros legales), de adecuada financiación y recursos. La organización que requiere de competencia técnica necesaria para lograr sus objetivos en SP. Junto con el conocimiento de los riesgos de la SP, es decir, ya que si esta última falta, ninguna de las dos fuerzas restantes será suficiente(101).

Si bien, en una gran mayoría de trabajos (64, 65, 68, 78) se muestra la importancia de este compromiso, en la mayoría de las ocasiones éste se presupone. Resultados de diversas investigaciones para evaluar la CSP de los profesionales, basadas en encuestas, han demostrado una falta de confianza en directivos y gestores. En estas encuestas se recogía la opinión de los profesionales sanitarios sobre el compromiso de los directivos y si la SP era una prioridad en sus hospitales teniendo estas dimensiones una de las menores puntuaciones (78). Mejores resultados han conseguido jefes y supervisoras de unidad en esta materia(2, 33, 44, 86).

Esta falta de compromiso y liderazgo identificada en el grupo de directivos y gestores podría parecerlos de poca importancia al ser un grupo muy reducido, pero aun a pesar de su pequeño volumen, es un grupo muy significativo por el calado de las decisiones que toman ya que afectan tanto a planes presentes como de medio a largo plazo. Asimismo, las direcciones son responsables de la creación de políticas y procedimientos de mejora de la calidad y de la cultura de seguridad(40, 102). Según Rousseau(103), los miembros de la dirección del hospital podrían considerarse como informantes clave, práctica común de la investigación de la cultura organizacional. Por tanto, es muy importante conocer sus percepciones, expectativas y acciones en esta materia porque están en posición de tener un conocimiento integral de sus organizaciones.

En relación a las perspectivas de los directivos sobre la CSP, diversos trabajos han avalado la hipótesis que sugería que sus percepciones sobre la CSP podrían ser diferentes a otros niveles de gestión(104-106).

Pero no es hasta el estudio realizado en 2008 por Singer et al, estudio con una gran participación de encuestados, 18.361, donde se observa que las percepciones de los líderes y de los profesionales de primera línea eran diferentes. De tal forma que estos profesionales de primera línea presentaban una percepción de CSP de 4,8 puntos (1,4 veces) y los supervisores de 3,1 puntos (1,25 veces) más problemática que la de los directivos senior. Dentro de los propios directivos, la categoría senior percibía la CSP más positiva que los no seniors tanto en global como en 7 dimensiones, con diferencias menos pronunciadas para médicos y más pronunciadas para enfermeras que en otras disciplinas(107).

Estos estudios, al igual que la mayoría de las encuestas de cultura de seguridad, miden la CSP desde el punto de vista del profesional sanitario de primera línea, pero como se ha visto que puede haber diferencias, es preciso conocer y contrastar esta información con la proporcionada por los propios directivos y gestores para ver si son las mismas. Si no son y se hacen esfuerzos para que funcionen las mismas estrategias para todos los grupos, estos esfuerzos podrían ser infructuosos y la mejora de la SP esperada pudiera no lograrse(40, 107).

Estas variaciones en la relación entre CSP y niveles de gestión sugerirían que la alta dirección puede que no conozca la realidad ya que está más alejada de la atención directa al paciente y debe depender y confiar en otros profesionales para que se la proporcione. Esto podría llevarles a carecer del conocimiento acerca de las debilidades de la CSP que repercutiría en actuar con una menor eficacia en mejorar la SP y en no resaltar estrategias para que logren un mayor progreso, considerándose esto como un grave problema(107).

I.3.2. Gestión de las organizaciones sanitarias: directivos y gestores

En este apartado, de forma breve, vamos a intentar dar respuesta a quienes son los responsables de la gestión de las organizaciones sanitarias públicas (modelo servicio nacional de salud con financiación a través de impuestos, provisión pública y cobertura universal) en España. Esta gestión está siendo desarrollada por directivos sanitarios que son designados con una total discrecionalidad, es decir, sin un proceso de selección previo, y en ocasiones, sin la debida formación y prestigio profesional, por lo que suelen ser considerados cargos políticos. Según una encuesta publicada en 2013 por la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y realizada a sus propios socios, el 71% de los encuestados considera que la selección de un directivo sanitario depende de su afinidad política y personal en mayor medida que por su experiencia en gestión, gerencial y/o clínica. Los directivos además declaran no tener autonomía en la toma de decisiones (solo un 17% manifiesta tenerla).

En materia de formación, la mayoría de los directivos españoles encuestados refieren que se han centrado en la adquisición o actualización de habilidades gerenciales (liderazgo 80%, desarrollo de personas 66%) y de gestión, quedando en tercer lugar las habilidades interpersonales (108).

En cambio en otros países como Estados Unidos, ya desde 2005 la Healthcare Leadership Alliance, define el perfil básico que debería tener el directivo sanitario que consta actualmente de 802 competencias agrupadas en 5 categorías básicas: comunicación y manejo de las relaciones, liderazgo, profesionalidad, conocimientos del entorno sanitario y habilidades de negocio.

I.3.3. Instrumentos para evaluar la CSP en directivos y gestores: diseños cuantitativos a través de cuestionarios para directivos

Tras observar que los directivos y gestores son una población clave específica, se valoró investigar también aquellos artículos que detallasen cuestionarios destinados a evaluar específicamente la CSP en directivos y gestores, sin embargo, se han encontrado muy pocos trabajos y en concreto en España, ninguno.

Por esta razón, y como se detallará más adelante se planteó la necesidad de complementar el estudio de CSP a través de un abordaje cualitativo que permitiese conocer las opiniones, percepciones y expectativas de profesionales del ámbito de la gestión y de la dirección.

Respecto a los cuestionarios, los primeros identificados en esta materia son dos incluidos dentro de una línea de investigación de "Estrategias para el Liderazgo" de la American Hospital Association (AHA):

- An Organizational Approach to Patient Safety. (2000) del Clinical Affairs Advancing Health in America. VHA. (73). (Acceso 07/04/2013). Disponible en:<http://www.premierinc.com/>
- Hospital Executives and Their Role in Patient Safety. (2000) del Dana Farber Institute(109).

En Suecia también se han desarrollado a lo largo de este tiempo diversos trabajos sobre CSP y líderes y CSP y referentes en seguridad del paciente. El primero de ellos en 2007 (100) tenía por objetivo conocer las actitudes y percepciones de los líderes suecos, explorar la prioridad que le proporcionaban a la SP y elaborar una serie de estrategias a desarrollar. Se llevó a cabo el estudio a través de un cuestionario adaptado del

desarrollado en 2004 por la Health Foundation(99). Igualmente, el más reciente de los trabajos, se desarrolla en Suecia pero en 2011(68). En este caso, en cambio, la población a la que iba destinada la evaluación de la estrategia sueca de SP era para aquellos que tenían un puesto estratégico en SP.

En Alemania, Hammer en 2008 (40) realizó una validación de los resultados de la adaptación del cuestionario HSOPS en versión alemana para directivos y gestores.

En la tabla 3 se resumen las características de los cinco principales cuestionarios de CSP para directivos y gestores.

Cabe destacar la diversidad existente entre ellos en relación al número de ítems, las escalas de valoración y la medición de la implementación. Sin embargo todos ellos contienen las dimensiones más frecuentemente identificadas (liderazgo, normativas y procedimientos, profesionales, comunicación y notificación de incidentes). De los tres, solo uno (40) describe el análisis psicométrico desarrollado.

a) An Organizational Approach to Patient Safety (SLOAPS)

La American Hospital Association (AHA) desde el año 2000 presentó dentro de la línea de investigación de "Estrategias para el Liderazgo" el cuestionario SLOAPS con 64 ítems estructurados en 8 secciones. Las dimensiones de las que consta son: liderazgo, planificación estratégica, información y análisis, recursos humanos, procesos, participación del paciente y su familia.

La cumplimentación del cuestionario ha de hacerse en grupo y la escala de medida es una escala de Likert de 5 categorías donde se intenta reflejar el grado de implementación de cada uno de los ítems.

Este cuestionario es utilizado por Pronovost para evaluar la CS de directivos pero no presenta desarrollados análisis psicométricos(106).

b) Hospital Executives and Their Role in Patient Safety (HETRPS)

Este cuestionario (109) a diferencia del anterior presenta cuatro secciones con una escala de respuesta dicotómica (si/no). Las cuatro secciones son: formación, actividades en

materia de SP, CSP y desplegando la SP. Por último contiene dos apartados para recoger propuestas tanto de objetivos a corto plazo como a largo plazo.

Tabla 3. Resumen de instrumentos de CSP para directivos y gestores

	SLOAPS	HETRPS	SHLS	Q_SALAR	HSOPS_M
Ámbito	Directivos	Directivos	Directivos	Referentes en SP	Directivos
Características generales					
Destinatarios	Grupo	Individuos	Individuos	Individuos	Individuos
Nº ítems (no incluye demográficos)	58	44	16	No especificados	43
Escala Likert (5 categorías)	Si	No	No	Si	Si
Mide implementación	Si	No	No	No	No
Dimensiones					
Liderazgo	Si	Si	Si	Si	Si
Normativas y procedimientos	Si	Si	Si	Si	Si
Profesionales	Si	Si	Si	Si	Si
Comunicación	Si	Si	Si	Si	Si
Notificación IRSP	Si	No	Si	Si	Si
Nº total dimensiones	9	4	5	8	12
Análisis psicométrico					
A. Factorial confirmatorio	No	No	No	No	Si
Alfa de Cronbach	No	No	No	No	0,61-0,87
Correlaciones entre puntuaciones y dimensiones	No	No	No	No	Si
Utilidad en estudios					
Comparaciones intrainstitucionales	Si	Si	Si	Si	Si
Comparaciones interinstitucionales	No	No	No	No	Si
Asociación con notificación de IRSP	No	No	No	No	Si
Asociación medidas de procedimientos	No	No	No	No	No
Difusión					
EEUU	Si	Si	No	No	No
UE (países)	Ninguno	Ninguno	S	S	A

SLOAPS: An Organizational Approach to Patient Safety, HETRPS: Hospital Executives and Their Role in Patient Safety, SHLS: Swedish Healthcare Leaders' Survey, Q_SALAR: Questionnaire from the Royal Institute of Technology and policymakers from SALAR and the National Board of Health and Welfare of Sweden, HSOPS_M: Hospital Survey on Patient Safety Management, S: Suecia, A: Alemania, SP: seguridad del paciente.

c) Swedish Healthcare Leaders' Survey (SHLS)

El cuestionario adaptado de la Health Foundation (2004) (99) y traducido al sueco consta de 16 ítems. Cada uno de ellos presenta una escala de respuesta diferente en relación al enunciado del ítem. La encuesta se distribuyó a 1.129 líderes suecos.

Los resultados obtenidos muestran que los líderes proporcionan una alta prioridad a la SP con una marcada polarización entre aquellos que creen que el sistema funciona razonablemente bien y aquellos que piensan que se necesitan profundos cambios. Concluyen que deben buscar una respuesta que explique las razones de esta marcada polarización mediante estudios que demuestren si estas diferencias representan las diferencias de la CSP en las distintas organizaciones suecas (100).

d) SALAR Questionnaire

Continuando con el apartado anterior en relación al despliegue de la estrategia de SP en Suecia, en 2011 se proponen la realización de un estudio para investigar las percepciones de las condiciones de trabajo y otros factores que han permitido lograr el desarrollo actual de la SP y también aquellos que podrían ser importantes para conseguirlo en un futuro. Para ello, diseñan un cuestionario, que se ha denominado SALAR questionnaire (68) en la tabla 3, destinado a todos los profesionales sanitarios con posiciones clave en materia de SP en la organización. De una población de 218 se obtuvo una tasa de respuesta alta, del 79%. Atribuyeron los niveles de SP actuales al desarrollo de una estrategia multifactorial, que presentó limitaciones, pero que contó con el apoyo de los directivos de las áreas destacando tres factores primordiales: el sistema de registro de incidentes, el análisis de los mismos con instrumentos específicos tales como el análisis causa raíz, y ambos amparados bajo la nueva ley sueca en seguridad del paciente, pilar de los dos factores anteriores. Como áreas de desarrollo futuras identificaron tanto una mejora de la CSP que anime a la declaración de IRSP y que no culpabilice, ya promovida en anteriores estudios pero sin haber conseguido aún los efectos deseados además de una mejora de la comunicación entre profesionales y entre éstos con los pacientes.

e) Hospital Survey on Patient Safety Culture_Management (HSOPS_M)

La adaptación del HSOPS versión alemana para directivos denominada HSOPS_M fue desarrollada por Hammer en 2008(40).

La encuesta se llevó a cabo entre 1.224 directores médicos de los hospitales alemanes con una tasa de respuesta del 45,5%. Se planteaba dos objetivos: el primero comprobar si el HSOPS_M podía ser utilizado como un cuestionario para directivos y el segundo evaluar las propiedades psicométricas del HSOPS_M para ver si eran comparables con las proporcionadas por el HSOPS para el resto de los profesionales.

Los resultados obtenidos mostraban que la fiabilidad de todas las dimensiones tenía un nivel aceptable, aunque no todas las dimensiones establecidas se podían distinguir fácilmente. La conclusión a la que se llegó fue que el HSOPS_M puede utilizarse tanto para medir la cultura de la seguridad desde el punto de vista de la gestión de los hospitales como para hacer comparaciones entre hospitales en toda Alemania(110).

I.3.4. Diseños cualitativos a través de entrevistas

Aunque los diseños cuantitativos, y sobre todo los cuestionarios tal y como se ha comentado anteriormente son los instrumentos más frecuentemente utilizados, diversos autores recomiendan complementar estos datos cuantitativos con datos cualitativos para enriquecer la información, tener una mejor aproximación y mayor comprensión de la SP y su cultura subyacente. Por lo tanto, la investigación cualitativa (ICL) de la CSP parece estar dando sus primeros pasos (50, 111, 112).

La ICL intenta describir la realidad evitando una fragmentación que lleve a desvirtuar la complejidad de la misma y en cualquier caso aceptando cierta subjetividad. La ICL puede partir a veces de teorías, modelos o supuestos y en otras ocasiones de observaciones o de las dudas de los investigadores sobre determinadas cuestiones (113).

Para identificar la naturaleza profunda de la realidad, su estructura y relaciones que se establecen, Martínez describe en su trabajo "La investigación cualitativa (síntesis conceptual)" (114) que se precisa cumplir dos tareas básicas de toda investigación que son por una parte la recogida de datos y por otra su categorización e interpretación.

Para realizar un proceso completo a partir de la categorización se precisa de una estructuración, una contrastación y la teorización.

Entendemos la categorización como el proceso que comprende la clasificación, conceptualización o codificación mediante un término o expresión breve que sea clara e inequívoca del contenido o idea central de una unidad temática.

Posteriormente se ha de realizar el proceso de estructuración y teorización, fundamentales en la ICL, ya que proporcionan el producto de la verdadera investigación.

Se recomienda realizar una contrastación, es decir, comparar y contraponer las conclusiones extraídas con las de otros estudios, para identificar y entender las diferencias y semejanzas, establecer nexos y relaciones, para así poder especular e intentar proporcionar una teoría más sólida como síntesis final del estudio, proceso denominado teorización (114).

El desarrollo de esta metodología cualitativa comprende entrevistas, grupos focales y observaciones (50, 58, 72, 107).

Generalmente, las entrevistas proporcionan una expresión individual, pero socializada, estructurada tanto por hábitos lingüísticos como por estilos de vida. De esta manera, dan cuenta de la vivencia individual del informante, del sistema de "marcadores sociales" ya que en nuestra sociedad rige un sistema de etiquetas y de proyecciones de una adecuada imagen de sí mismo que de alguna forma serían difíciles de obtener a través de otro instrumento (115).

Bien es cierto, que la credibilidad de la información también puede variar mucho. Los informantes pueden mentir, omitir datos relevantes o tener una visión distorsionada de las cosas, por ello, será necesario contrastarla, corroborarla o cruzarla con otra o en tiempos diferentes mediante distintas técnicas. Asimismo, es imprescindible, que la muestra de informantes represente de la mejor forma posible los grupos, orientaciones o posiciones de la población estudiada para corregir la mayor parte de las distorsiones o prejuicios humanos (114).

De entre los trabajos revisados para este estudio, catorce de los artículos de los recopilados por Halligan utilizaron métodos cualitativos para recopilar datos sobre la

cultura de la seguridad. De éstos, siete utilizaron entrevistas semiestructuradas, dos emplearon grupos focales y otros dos estudios observacionales (54).

Los avances que se producen en la medición de la CS hacen que se estén incluyendo en los métodos cualitativos al mismo tiempo que lo anteriormente comentado, la experiencia de expertos en cultura tradicional, antropólogos y la investigación observacional y longitudinal en profundidad (54). Pero todavía hay pocos estudios que describan la cultura de seguridad en organizaciones sanitarias utilizando ambas estrategias, es decir, tanto las encuestas de cultura de seguridad como los métodos cualitativos tales como entrevistas (97).

Capítulo II. Justificación, hipótesis y objetivos del estudio

II. Justificación, hipótesis y objetivos del estudio

II.1. Justificación e hipótesis del estudio

Los profesionales que desarrollan actividades de gestión en el ámbito asistencial y académico de las ciencias de la salud son claves para promover una cultura proactiva de la seguridad del paciente y desarrollar actividades y programas efectivos y sostenibles al respecto.

La mayoría de las encuestas de cultura de seguridad miden la CSP desde el punto de vista del profesional sanitario de primera línea. Sin embargo, es preciso contrastar esta información con la proporcionada por directivos y gestores ya que el conocimiento de sus actitudes, expectativas y prácticas son determinantes para poder emprender acciones de mejora en el contexto de una organización sanitaria.

Una forma de complementar la información cuantitativa es a través de la investigación cualitativa que permite su enriquecimiento y una mejor aproximación y mayor comprensión de la SP y la CSP.

Las hipótesis de este estudio se han formulado en un plano conceptual:

- La cultura de la seguridad entre los directivos y gestores tiene rasgos diferenciales del resto de profesionales que desempeñan su actividad.
- El instrumento diseñado es adecuado para la evaluación de la CSP en directivos y gestores

II.2. Objetivos

II.2.1. Objetivo principal

- Analizar la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales con responsabilidades relacionadas con la dirección y gestión en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón.
- Diseñar un instrumento para medir la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores en el ámbito sanitario.

II.2.2. Objetivos secundarios

- Desarrollar un análisis psicométrico de los resultados obtenidos.
- Analizar el discurso respecto a actitudes, percepciones y comportamientos de los directivos sobre cuestiones de seguridad.
- Evaluar el conocimiento de las actuaciones e iniciativas de mejora de seguridad del paciente en el entorno asistencial y académico.
- Establecer un conjunto de prácticas seguras prioritarias para implantar en el SALUD.
- Explorar los rasgos de la cultura de seguridad en los profesionales que desempeñan actividades de representación sindical y en el ámbito académico.

Capítulo III. Población y métodos

III. Población y métodos

III.1. Población y ámbito del estudio

La población del estudio está constituida por profesionales con puestos directivos y de gestión del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno de Aragón, actualmente denominado Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, y del Servicio Aragonés de Salud (SALUD) con vinculación a la Estrategia de Seguridad del Paciente.

El ámbito del presente estudio es regional, se desarrolla en la comunidad autónoma de Aragón que es una región en el noroeste de España dividida en tres provincias (Zaragoza, Huesca y Teruel) y que cuenta con una población de 1.349.467 habitantes según el Instituto Nacional de Estadística para el año 2012(116).

La asistencia sanitaria pública es proporcionada por el SALUD que incluye tanto la atención primaria como la especializada.

La muestra de nuestro estudio, que en este caso, coincide con la población del mismo son 175 profesionales con puestos directivos y de gestión del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno de Aragón y del Servicio Aragonés de Salud según Decreto 6/2008, de 30 de enero, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Salud y Consumo y del Servicio Aragonés de Salud con vinculación a la Estrategia de Seguridad del Paciente en ejercicio durante los meses de abril y mayo de 2011.

III.1.1. Criterios de inclusión

Los criterios que debían cumplir los sujetos para ser incluidos en nuestro estudio son:

- 1) Profesional con puesto directivo, entendiéndose que el alcance de la denominación de directivo incluye las siguientes categorías:
 - a) En las Direcciones Generales de Atención al Usuario y de Planificación y Aseguramiento se incluyeron los Directores Generales (2 personas) y los Jefes de Servicio (6 personas) (figura 7).
 - b) El Director Gerente del Banco de Sangre y Tejidos (1 persona).

- c) En el Servicio Aragonés de Salud, se incluyeron el Gerente del SALUD, Coordinador de Enfermería y Directores de Área (de Atención Especializada, de Atención Primaria, de Continuidad Asistencial, de Coordinación Asistencial, de Obras, Instalaciones, Equipamientos e Innovación Tecnológica, de Recursos Humanos y Económico-Administrativa), en total 9 personas, Director y Subdirectores del Centro de Gestión Integrada de Proyectos (6 personas), y Gerentes, Directores de Centro, Directores de Enfermería, Subdirectores médicos, de enfermería y de gestión de los 8 sectores de Aragón y del 061 Aragón Urgencias y Emergencias Sanitarias que suman 104 personas (figura 8).
- 2) Coordinadores de Calidad de Sector, de Centro hospitalario y de Atención Primaria tanto médico como de enfermería de los 8 sectores y del 061 Aragón, por ser un factor clave en el desarrollo de la Estrategia de Seguridad en Aragón y por su trabajo en contacto directo con los equipos directivos (29 personas).
 - 3) Representantes de los trabajadores, a través de las Juntas de Personal en el contexto estatutario y la Mesa Sectorial. Por lo tanto, se consideró necesario incluir en el estudio una muestra de conveniencia formada por los miembros de la Mesa Sectorial y los presidentes y secretarios de las Juntas de Personal de los sectores (18 personas).
 - 4) En ejercicio profesional durante los meses de abril y mayo de 2011.

Figura 7. Estructura orgánica del Departamento de Salud y Consumo adaptada según participación en el estudio

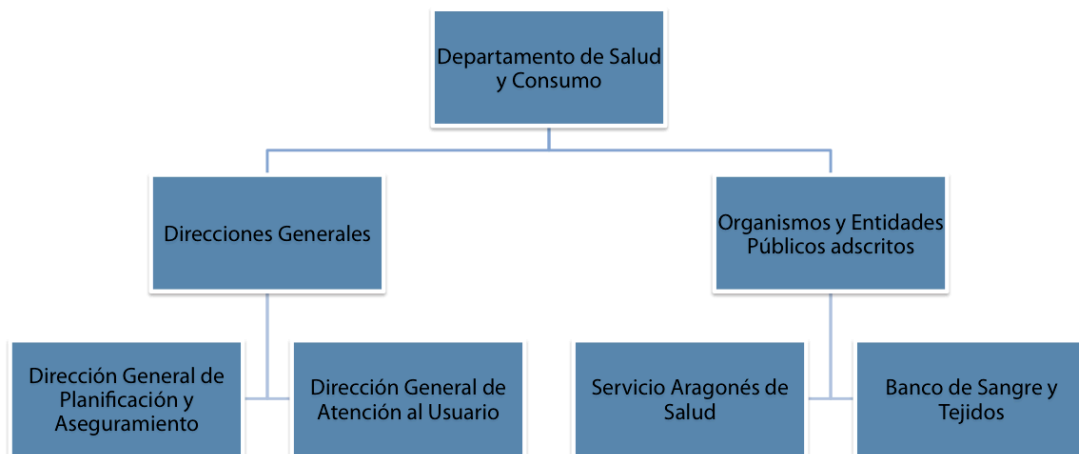
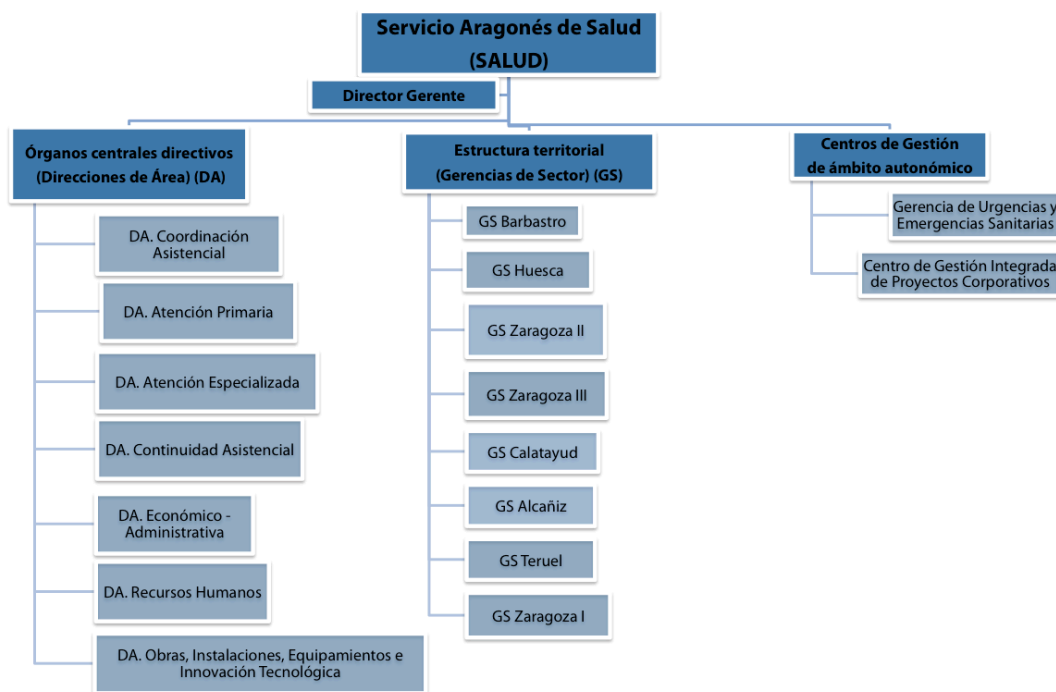


Figura 8. Estructura orgánica del Servicio Aragonés de Salud adaptada según participación en el estudio



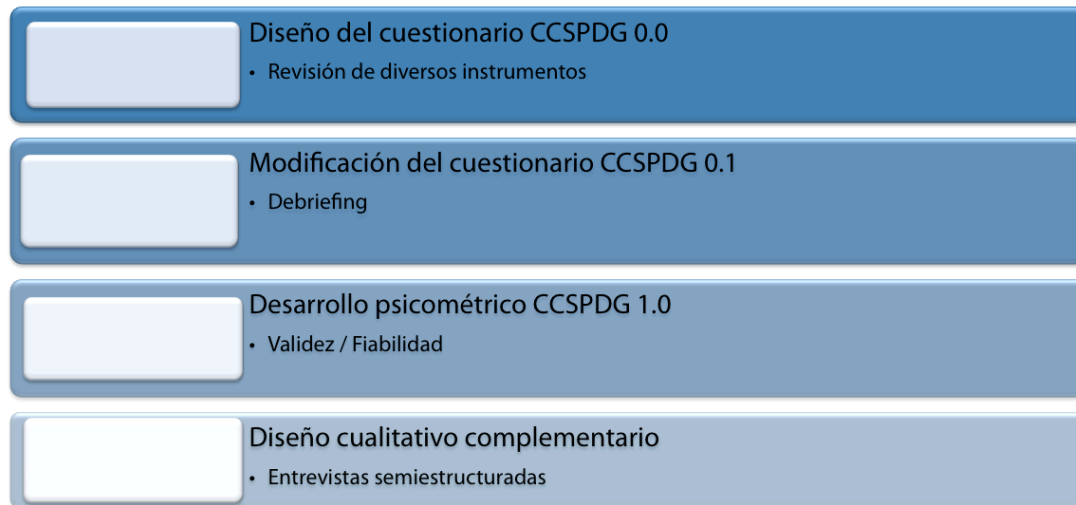
III.1.2. Criterios de exclusión

- 1) No se consideraron como puestos directivos ni a los jefes de servicio ni a las supervisoras de enfermería del SALUD. Se les consideró como cargos intermedios.
- 2) No se consideraron los puestos directivos del Consorcio Aragonés de Alta Resolución (CASAR) porque la vinculación a la Estrategia de Seguridad del Paciente se ha producido más tardíamente que en el resto de la organización.

III.2. Metodología

Estudio descriptivo transversal en el que se utilizaron dos técnicas de investigación, la primera de ellas; el diseño de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores denominado Cultura de la Seguridad del Paciente para Directivos y Gestores “De la dirección a la acción” (CCSPDG) y la validación de los resultados; la segunda, el desarrollo de entrevistas semiestructuradas para poder analizar y profundizar en el discurso, diseño de investigación cualitativa (figura 9).

Figura 9. Fases del estudio



III.2.1 Diseño del cuestionario y validación de los resultados

III.2.1.1. Estructura del cuestionario

Se realizaron búsquedas en las siguientes bases de datos MEDLINE (Web of Knowledge WOK) a través de PubMed, EMBASE, bases de datos de tesis (TESEO), así como en los motores de búsqueda genéricos utilizando los siguientes términos MESH (Medical Subject Headings) "Patient Safety", "Organizational culture" y "Leadership" y las palabras clave "Patient Safety Culture", "Safety culture", "Questionnaire" y "Managers".

Los años de publicación que se seleccionaron fueron del 2000 al 2011 (abril), el idioma de los artículos inglés y español y fundamentalmente revisiones sistemáticas, artículos de revisión y originales.

Los términos MESH y las palabras clave anteriormente seleccionadas para la búsqueda se han buscado en el título, abstract y palabras clave.

Se revisaron portales web de fundaciones así como páginas web de organismos tanto nacionales como internacionales en materia de seguridad.

Tras la revisión bibliográfica se seleccionaron los siguientes cuestionarios como fuente para el diseño de nuestro cuestionario:

- Hospital Survey on Patient Safety Culture de la AHRQ (2004), con su versión traducida y validada al español de Saturno (2008) (86)

- Safety Attitudes Questionnaire (2006) de las Universidades de Texas y Johns Hopkins en Estados Unidos (75)
- Medical Office Survey on Patient Safety Culture de la AHRQ (2008) traducido y validado al español (2010) (31)
- Modelo Séneca 100 utilizado en el Proyecto Séneca (2008) (117)

Todos estos instrumentos anteriormente citados permiten la evaluación de la cultura de la seguridad del paciente, haciendo énfasis en dimensiones o ámbitos diferentes tales como Atención Primaria, Atención Especializada o incluso según especialidades médicas. Teniendo en cuenta que el objetivo de este estudio era profundizar sobre CSP en un grupo de población específico, directivos y gestores, se identificaron dos cuestionarios más, dentro de una línea de investigación de "Estrategias para el Liderazgo" de la American Hospital Association (AHA) en los que nos basamos también:

- An Organizational Approach to Patient Safety. (2000) del Clinical Affairs Advancing Health in America. VHA. (73) (Acceso 07/04/2013). Disponible en:<http://www.premierinc.com/>
- Hospital Executives and Their Role in Patient Safety. (2000) del Dana Farber Institute(109).

De forma paralela a la revisión de los cuestionarios se decidió que como marco teórico se utilizaría una aproximación al modelo EFQM de Excelencia incluyendo fundamentalmente los agentes facilitadores, es decir, los criterios de liderazgo, personas, política y estrategia y alianzas y recursos, incluidos dentro de indicadores de estructura y procesos. También se incluyeron los dos ítems de la sección VIII. Puntuación Global para la medición de resultados de seguridad del paciente en la organización y en el ámbito de trabajo.

Tomando como referencia lo comentado previamente y con el fin de disponer de un cuestionario que permitiera explorar la CSP en directivos y gestores se elaboró un cuestionario propio.

El cuestionario Cultura de la Seguridad del Paciente para Directivos y Gestores “De la dirección a la acción” está diseñado para evaluar la cultura de la seguridad del paciente en directivos y gestores mediante un total de 85 ítems distribuidos en doce secciones (de la I a la XII).

Se elaboró una versión preliminar de este cuestionario que se sometió a evaluación de expertos siendo este cuestionario CCSPDG resultado de las mejoras propuestas tras los debriefings (anexo 1).

La agrupación de los ítems en cada una de las secciones se resumen en la siguiente tabla (tabla 4):

Tabla 4. Estructura del Cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente para Directivos y Gestores

Secciones /Subapartados	Ítems
I. Compromiso de la organización con la SP	
I.1. Valora si la SP es una de las prioridades de la organización	10 ítems (I.1 a I.10).
I.2. Valora si se promueve una cultura no punitiva compartiendo la información y aprendiendo de los errores	5 ítems (I.11 a I.15).
II. Planificación estratégica	5 ítems (II.16 a II.20).
III. Información y análisis	5 ítems (III.21 a III.25).
IV. Personal	
IV.1. Valora si se promueve la formación y el reconocimiento en SP	2 ítems (IV.26 y IV.27).
IV.2. Valora si se fomenta un trabajo en equipo eficaz y una mejora de la comunicación	5 ítems (IV.28 a IV.32).
V. Normativas y procedimientos	2 ítems (V.33 y V.34).
VI. La participación del paciente y su familia	4 ítems (VI.35 a VI.38).
VII. Actitudes directivas frente a la SP	8 ítems (VII.39 a VII.46).
VIII. Puntuaciones globales en SP en su organización y ámbito de trabajo	2 ítems (VIII.47.a y VIII.47.b).
IX. Priorización de Buenas Prácticas	1 ítem (IX.48).
X. Set de Buenas Prácticas	13 ítems (X.1 a X.13).
XI. Efectividad de Buenas Prácticas	
XI.I. Higiene de manos	6 ítems (XI.I.1 a XI.I.6)
XI.II. Cirugía Segura	5 ítems (XI.II.1 a XI.II.5)
XII. Información complementaria	9 ítems (XII.1 a XII.9).

La estructura permite agrupar los ítems en 3 áreas:

A) El primer bloque del cuestionario es el que forma el cuerpo real del mismo. En él se recogen ocho secciones con 48 ítems. A continuación se explica cada una de estas secciones a la que se asocia una tabla con los ítems englobados en cada una de ellas.

Sección I. Compromiso de la organización con la SP. Esta sección pretende valorar:

- Si la seguridad del paciente es una de las prioridades de la organización, incluyéndola como un objetivo estratégico, mediante la asignación de recursos, el desarrollo de alianzas para involucrar a pacientes y a profesionales, la integración de la gestión de riesgos y la supervisión de todo esto por parte de la organización.
- Si se promueve una cultura no punitiva compartiendo información y aprendiendo de los errores con el fin de implicar a pacientes y profesionales.
- Si se dispone de asesoría tanto legal, psicológica, como para transmitir la información a los medios de comunicación.

Puesto que se ha pretendido no solo incluir el nivel de macrogestión (entendiendo a la organización como tal) si no también un nivel de mesogestión que son los equipos directivos de los centros, hay ítems dirigidos a cada uno de los dos niveles (tabla 5).

Esta sección I consta de dos subapartados (I.1 y I.2):

- I.1. Valora si la SP es una de las prioridades de la organización: diez ítems (1 a 10).
- I.2. Valora si se promueve una cultura no punitiva compartiendo la información y aprendiendo de los errores: cinco ítems (11 a 15).

Tabla 5. Sección I. Compromiso de la organización con la SP

SECCIÓN I. COMPROMISO DE LA ORGANIZACIÓN CON LA SP
<i>I.1 Valorar si la seguridad del paciente es una de las prioridades de la organización</i>
I.1. La seguridad del paciente se ha adoptado como un objetivo estratégico del SALUD
I.2. La seguridad del paciente se ha adoptado como un objetivo estratégico de nuestro equipo directivo
I.3. En su ámbito de trabajo se asignan recursos para llevar a cabo iniciativas de SP
I.4. La gestión de riesgos está integrada en el SALUD
I.5. El SALUD supervisa la seguridad del paciente en toda la organización
I.6. Una comisión supervisa la seguridad del paciente dentro de ámbitos concretos de trabajo
I.7. Un miembro de la dirección supervisa regularmente la implementación de las iniciativas de SP en su ámbito de trabajo
I.8. El SALUD promueve desarrollar alianzas para involucrar a los pacientes/usuarios en su seguridad
I.9. Nuestro Equipo de Dirección promueve que los pacientes se involucren en su seguridad
I.10. Se han desarrollado acciones para que los profesionales de los sectores, gerencias, servicios y unidades conozcan y apliquen la gestión del riesgo en su trabajo
<i>I.2. Valorar si promovemos una cultura no punitiva compartiendo información y aprendiendo de los errores</i>
I.11. Cuando ocurre un incidente relacionado con la SP en nuestro ámbito de trabajo se promueve una actitud no punitiva con el fin de implicar a pacientes y profesionales en la búsqueda de soluciones
I.12. En los diferentes órganos de dirección se tratan temas de seguridad del paciente, se informan los IRSP y sus posibles soluciones
I.13. En el Gobierno de Aragón se dispone de asesoría legal a la que recurrir cuando ha ocurrido un IRSP
I.14. El SALUD dispone de asesoría psicológica a la que recurrir cuando ha ocurrido un IRSP
I.15. Cuando un IRSP trasciende a la opinión pública, el SALUD nos asesora en el momento de informar a los medios de comunicación

Sección II. Planificación estratégica. En esta sección se pretende valorar si se incluye la SP en los diversos planes estratégicos según ámbitos, tanto a nivel del desarrollo de indicadores como de la evaluación de los mismos y en el diseño de acciones de mejora y de criterios de seguridad. Consta de cinco ítems (16 al 20) (tabla 6).

Tabla 6. Sección II. Planificación estratégica

SECCIÓN II. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA
II.16. En el Plan Estratégico del SALUD, sector, hospital, centro de salud se incluye una línea de trabajo en SP con objetivos a medio y largo plazo revisada periódicamente por el equipo directivo
II.17. Se han desarrollado indicadores del sistema de gestión de riesgos y de las líneas de trabajo en SP
II.18. Se realiza una evaluación mediante la revisión de indicadores de SP
II.19. Cuando se detecta algún aspecto de SP que precisa llevar a cabo acciones de mejora, se desarrolla un plan por escrito de dichas acciones
II.20. En el proceso de adquisición y compra de medicamentos, productos sanitarios, aparataje y dispositivos se incluyen criterios de seguridad

Sección III. Información y análisis. Esta sección valora la existencia de sistemas de notificación y sistemas de alerta en la organización y evalúa la integración en la planificación y en la priorización de acciones de mejora de las certificaciones, acreditaciones y sugerencias y reclamaciones de pacientes y profesionales. Consta de cinco ítems (21 al 25) (tabla 7).

Tabla 7. Sección III. Información y análisis

SECCIÓN III. INFORMACIÓN Y ANÁLISIS
III.21. El SALUD ofrece a todos sus profesionales un sistema de notificación sencillo, de fácil acceso y confidencial para los riesgos conocidos y los IRSP
III.22. Se utilizan de forma regular los resultados obtenidos a través de las no conformidades e incidencias de las certificaciones y acreditaciones para priorizar las acciones de mejora
III.23. Se integran en la planificación de la mejora de la calidad todos los conocimientos de SP obtenidos a través de las sugerencias y reclamaciones de los pacientes y de encuestas de satisfacción de los profesionales
III.24. El análisis de eventos adversos se lleva a cabo por profesionales con experiencia en SP y formación en gestión del riesgo
III.25. Cuando se produce un IRSP disponemos de un sistema de alertas que consigue informar a las personas adecuadas en el momento oportuno

Sección IV. Personal. En esta sección se pretende valorar por un lado, si se promueve la formación y el reconocimiento en SP y por otro, ver si se fomenta el trabajo en equipo, la comunicación, la innovación y la resolución de problemas (tabla 8).

Esta sección IV contiene dos subapartados (IV.1 y IV.2):

- IV.1. Valora si se promueve la formación y el reconocimiento en SP: dos ítems (26 y 27).
- IV.2. Valora si se fomenta un trabajo en equipo eficaz y una mejora de la comunicación: cinco ítems (28 a 32).

Tabla 8. Sección IV. Personal

SECCIÓN IV . PERSONAL
<i>IV.1. Valorar si se promueve la formación y reconocimiento en SP</i>
IV.26. El SALUD realiza actividades formativas para promocionar la SP entre sus profesionales
IV.27. Se reconoce la participación en proyectos de mejora de la seguridad y de la calidad en la carrera profesional, baremos de puntuación para oposiciones o movilidad interna
<i>IV.2 Valorar si se fomenta un trabajo en equipo eficaz y una mejora de la comunicación</i>
IV.28. Existe un programa formativo teórico práctico para desarrollar las competencias clínicas de forma interactiva y las habilidades de trabajo en equipo
IV.29. Se promueve la utilización de técnicas de simulación para mejorar la comunicación interpersonal y del equipo en entornos de alto riesgo
IV.30. Los sistemas de información potencian la comunicación entre profesionales de diferentes ámbitos asistenciales para evitar eventos adversos
IV.31. El equipo directivo pone los medios necesarios adecuando las plantillas y reestructurando la organización del centro/servicios para evitar que el personal trabaje bajo presión
IV.32. El equipo directivo potencia el desarrollo de planes formativos para fomentar las competencias básicas de la mejora continua, la comunicación abierta, la innovación y resolución de problemas

Sección V. Normativas y procedimientos. Esta sección valora la implementación de mejoras en la prestación de la asistencia sanitaria tales como listados de verificación, protocolos, procesos, etc, y la comprobación de la efectividad de los mismos mediante su pilotaje. Consta de dos ítems (33,34) (tabla 9).

Tabla 9. Sección V. Normativas y procedimientos.

SECCIÓN V. NORMATIVAS Y PROCEDIMIENTOS

V.33. El SALUD utiliza listados de verificación, protocolos, procesos, recordatorios y estandariza los equipos, las formas, tiempos y lugares para evitar depender de la memoria y reducir el riesgo en la prestación de la asistencia sanitaria

V.34. El rediseño de procesos es pilotado y se comprueba su efectividad antes de su aplicación generalizada para identificar nuevas fuentes de fallo del proceso y eventos derivados del cambio

Sección VI. La participación del paciente y su familia. Con esta sección se pretende valorar si se involucra a los pacientes y a sus familias en la asistencia sanitaria, si reciben la información y educación que precisan con los materiales adecuados y si está diseñada una respuesta inmediata para informar y pedir disculpas ante la ocurrencia de eventos adversos. Consta de cuatro ítems (35 al 38). (tabla 10).

Tabla 10. Sección VI. La participación del paciente y su familia

SECCIÓN VI. EL PACIENTE Y SU FAMILIA

VI.35. Se han establecido mecanismos de respuesta inmediata para informar y pedir disculpas al paciente y a su familia cuando ocurre un evento adverso con consecuencias sobre la salud del paciente

VI.36. Los pacientes y sus familias participan activamente en la resolución de problemas y en la mejora de la calidad

VI.37. Los pacientes y sus familias reciben la información y la educación que necesitan para participar plenamente en el cuidado de su salud

VI.38. La información para pacientes y los materiales para su formación se han diseñado y entregado en formatos útiles que se adecuen a las necesidades de alfabetización y culturales

El formato de respuesta de las Secciones de la I a la VI del primer bloque consiste en marcar con una cruz (X) la opción que más se adecue al grado de implantación de lo que se pregunta, siendo las opciones de respuesta (escala de Likert de cinco categorías) desde la A, no se ha considerado este punto a la E, completamente implementado en todas las áreas. La escala de medida utilizada es la siguiente:

- A: No se ha realizado ninguna iniciativa para implementar este punto.
- B: Este punto se ha debatido para su posible implementación, pero no se ha implementado.

- C: Este punto se ha implementado parcialmente en algunas o todas las áreas de la organización (sector, gerencia, hospital...).
- D: Este punto se ha implementado completamente en algunas áreas de la organización (sector, gerencia, hospital...).
- E: Este punto se ha implementado completamente en toda la organización (sector, gerencia, hospital...).

Existe la opción NS que significa no sabe.

Para los puntos de autoevaluación con varios componentes (ejemplo ítem V.33, El SALUD utiliza listados de verificación, protocolos, recordatorios...) hay que considerar una implementación completa (una valoración de D o E) sólo si están implementados todos los componentes. Si se han implementado sólo uno o algunos de los componentes parcial o totalmente en la organización, la puntuación no debe sobrepasar la C.

Un ejemplo está recogido en la tabla 11.

Tabla 11.Formato de respuesta de las Secciones I a VI

A	No se ha considerado este punto
B	Se ha considerado, pero no se han implementado
C	Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas
D	Completamente implementado en algunas áreas
E	Completamente implementado en todas las áreas
NS	No sabe

I. Liderazgo	<i>I.1. Valorar si la seguridad del paciente es una de las prioridades de la organización</i>	A	B	C	D	E	NS
La seguridad del paciente (SP) se ha adoptado como un objetivo estratégico del SALUD.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La seguridad del paciente se ha adoptado como un objetivo estratégico de nuestro equipo directivo.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección VII. Actitudes directivas frente a la seguridad del paciente. En esta sección que utiliza una escala de valoración diferente al resto de los apartados hasta ahora comentados se incide más en actitudes, opiniones y percepciones de los directivos sobre ellos mismos. Consta de ocho ítems (39 al 46), de los cuales, el 39, 43, 44 y 46 están formulados en negativo (tabla 12).

Tabla 12. Sección VII. Actitudes directivas frente a la seguridad del paciente

SECCIÓN VII. ACTITUDES DIRECTIVAS FRENTE A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
VII.39. Cuando ha ocurrido un evento adverso los profesionales de mi centro tienen una actitud temerosa al hablar conmigo
VII.40. Los profesionales de mi centro perciben que la seguridad del paciente es un aspecto prioritario de mi agenda y de mis prioridades como directivo
VII.41. Los directivos escuchamos con respeto las opiniones y valoraciones de los profesionales en relación con la SP con independencia de su rango
VII.42. Los directivos animamos al personal a expresar puntos de vista alternativos y a expresar libremente cualquier desacuerdo
VII.43. Los directivos pasamos por alto fallos relacionados con la asistencia sanitaria que ocurren una y otra vez
VII.44. Los directivos a menudo tomamos decisiones basadas en lo que es mejor para el centro, gerencia, sector en lugar de lo que es mejor para los pacientes
VII.45. Cuando hay un problema en nuestro centro, gerencia, sector, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas
VII.46. La gerencia, dirección solo parece que nos interesamos por la SP cuando ya ha ocurrido algún evento adverso en un paciente

El formato de respuesta a esta sección es también una escala de medida tipo Likert de 5 categorías pero en este caso las categorías van desde la A, muy en desacuerdo, hasta la E, muy de acuerdo. Las categorías son las siguientes: muy en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo, muy de acuerdo. Se mantiene la opción NS, no sabe. Un ejemplo está recogido en la tabla 13.

Tabla 13. Formato de respuesta de la Sección VII

VII. ACTITUDES DIRECTIVAS Y OPINIONES FRENTE A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SU CENTRO DE TRABAJO	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	NS
Cuando ha ocurrido un evento adverso, los profesionales de mi centro tienen una actitud temerosa al hablar conmigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los profesionales de mi centro perciben que la seguridad del paciente es un aspecto prioritario de mi agenda y de mis prioridades como directivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Todas las Secciones de la I a la VII se acompañan de un campo abierto, en el que se indica, "Si lo desea puede realizar algún comentario (1000 caracteres)" que posteriormente se tratará como una pregunta abierta.

Sección VIII. Puntuación Global. En esta sección que consta de dos subapartados se evalúa el grado de seguridad del paciente tanto en la organización como en su ámbito de trabajo de 1 a 10, marcando con una cruz el número de elección. Cada subapartado consta de un ítem en total dos ítems. Es la única sección que se pregunta por resultados.

B) El segundo bloque contiene tres secciones (IX, X y XI) con 27 ítems relacionados con Buenas Prácticas (BBPP).

El primero de ellos que se corresponde con la Sección IX. Priorización de Buenas Prácticas (1 ítems) consiste como indica el título de la sección en una priorización de trece BBPP. En esta sección se le indica al encuestado que asumiendo que en la gestión de su ámbito de trabajo debe desarrollar prácticas relacionadas con la SP, seleccione en su opinión diez de las trece prácticas que se le plantean ordenando las seleccionadas del 1 al 10, siendo la 1 la más prioritaria y la 10 la menos prioritaria. Estas BBPP están incluidas dentro del Set de Buenas Prácticas seleccionado conforme las BBPP priorizadas en la Estrategia de Seguridad de Pacientes del MSSSI y basadas en el documento "Indicadores de Buenas Prácticas en seguridad del paciente" que engloba las recomendaciones de BBPP del National Quality Forum y la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (tabla 14) (118, 119).

Tabla 14. Sección IX. Priorización de Buenas Prácticas

Práctica		Puntuación
1	Cuidado de la higiene (ej. Higiene de manos)	
2	Gestión de riesgos	
3	Sistemas de notificación	
4	Cirugía segura	
5	Involucrar a los pacientes en su propia seguridad	
6	Identificación del paciente	
7	Prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria	
8	Mejorar la comunicación	
9	Uso seguro del medicamento	
10	Alertas sanitarias y de productos sanitarios	
11	Prevención de las úlceras por presión	
12	Estandarizar equipos y procesos	
13	Implantación de la historia clínica electrónica	

En la segunda sección de este bloque (Sección X. Set de Buenas Prácticas) se pretende evaluar en el ámbito de trabajo de cada encuestado el grado de implementación de diversas acciones que, como en el apartado anterior, están incluidas en el documento de Indicadores de Buenas Prácticas en seguridad del paciente (118). Dicho documento recomienda treinta BBPP de las que para esta sección se han extraído trece, una de ellas se ha modificado. En la tabla 15 se muestran los ítems de nuestro cuestionario extraídos del Set de Buenas Prácticas adaptado del NQF (119).

Tabla 15. Ítems de la Sección X. Set de BBPP adaptados del Set de BBPP de NQF

Sección X. Set de Buenas Prácticas
<i>Cultura de seguridad</i>
X.1. Realizar una encuesta de seguridad entre los profesionales
X.2. Asegurar la distribución en la organización de artículos, información y documentos relacionados con la SP y prácticas seguras y estar al día en las últimas iniciativas en cuanto a SP
<i>Mejorar la comunicación y la transferencia de información en la asistencia</i>
X.3. Asegurar la comprensión del consentimiento informado
X.4. Implementar prescripciones computerizadas
X.5. Implementar protocolos para prevenir cirugía en sitio y paciente equivocado
X.6. Estandarizar el proceso de identificación de los usuarios en la prestación de la asistencia sanitaria
X.7. Instaurar programas y medidas que garanticen el correcto funcionamiento y mantenimiento del equipamiento
<i>Mejorar la seguridad en situaciones específicas</i>
X.8. Evaluación y prevención de úlceras de decúbito
X.9. Promover la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria
X.10. Higiene de manos
X.11. Vacunar al personal sanitario contra la gripe
<i>Mejorar el uso seguro del medicamento y los productos sanitarios</i>
X.12. Mejorar la identificación y el registro de alergias e intolerancias a fármacos y alimentos en la historia clínica
X.13. Métodos estandarizados para el etiquetado empaquetado y almacenaje de medicamentos

El formato de respuesta de esta sección es semejante a las Secciones de la I a la VI del primer bloque que consiste en marcar con una X la opción que más se adecúe al grado de implementación de lo que se pregunta, siendo las opciones de respuesta (escala de Likert de cinco categorías) desde la A, no se ha considerado este punto a la E, completamente implementado en todas las áreas.

La última sección del segundo bloque es la Sección XI. Efectividad de las Buenas Prácticas. Con esta sección se pretende que el encuestado valore la efectividad que en su ámbito de trabajo presentan las siguientes medidas destinadas a mejorar de forma permanente dos BBPP, la higiene de manos en el primer apartado de la sección XI.I y la cirugía segura en el segundo apartado XI.II. Esta sección está basada en el Cuestionario de percepción destinado a los directivos del Programa de Higiene de Manos de la OMS y para la Cirugía Segura se ha utilizado una adaptación al mismo(120).

La escala de valoración de la efectividad tiene cinco niveles que oscilan entre poco efectivo y muy efectivo (poco efectivo, algo efectivo, indiferente, bastante efectivo y muy efectivo). Un ejemplo de esta sección son las tablas 16 y 17.

Tabla 16.Efectividad de medidas destinadas a mejorar la higiene de manos

XI.I. HIGIENE DE MANOS
XI.I.1. Que los directivos de su institución apoyen y promuevan abiertamente la higiene de manos
XI.I.2. Que en su centro exista un preparado de base alcohólica en cada punto de atención
XI.I.3. Que existan carteles sobre higiene de manos en los puntos de atención a modo de recordatorio
XI.I.4. Que todos los profesionales sanitarios reciban formación sobre la higiene de manos
XI.I.5. Que todos los profesionales sanitarios reciban retroalimentación sobre como realizan la higiene de manos
XI.I.6. Que se invite a los pacientes a recordar a los profesionales sanitarios que deben realizar una buena higiene de manos

Tabla 17.Efectividad de medidas de implementación de cirugía segura

XI.II. CIRUGÍA SEGURA
XI.II.1. Que los directivos de su institución apoyen y promuevan abiertamente la cirugía segura
XI.II.2. Que en su centro exista un listado de verificación sobre la seguridad en cirugía
XI.II.3. Que todos los profesionales sanitarios reciban formación sobre cirugía segura
XI.II.4. Que los profesionales sanitarios reciban retroalimentación sobre los resultados en cirugía segura
XI.II.5. Que se invite a los pacientes a participar activamente en la cumplimentación de los listados de verificación cuando se les pregunte

C) En el tercer bloque que se corresponde con la Sección XII. Información complementaria, se recogen nueve variables sobre las características de los profesionales que trabajan en el centro: categoría profesional, cargo que ocupan, ámbito de atención, tamaño del centro de trabajo, si el centro cuenta con docencia postgrado, si compatibiliza tareas de gestión/calidad con asistenciales y tres en relación con tiempos, como el tiempo que llevan desempeñando su profesión, el tiempo que llevan trabajando en su centro de trabajo y el tiempo que llevan en su actual cargo.

Esta sección se contesta en su mayoría marcando con una X la opción adecuada de las respuestas posibles. Tan sólo los ítems (XII.2, XII.3, XII.4) que se refieren a periodos de tiempo, se contestan indicando el año con cuatro cifras y posteriormente se calcularán los

tiempos a partir de la fecha de recepción del cuestionario, dando los resultados del tiempo en años.

El último ítem (XII.10) es un campo abierto de texto libre donde el encuestado puede realizar comentarios adicionales sobre la SP, liderazgo, errores o notificaciones de incidentes en su organización, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés. Tiene una longitud del texto de 2000 caracteres. Un ejemplo de esta sección lo tenemos en la siguiente tabla 18.

Tabla 18. Sección XII. Información complementaria

1. ¿Cuál es su profesión?. Marque una sola respuesta.
<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Otra licenciatura/diplomatura
<input type="checkbox"/> Enfermero/a <input type="checkbox"/> Otros
2. ¿En qué año empezó a desempeñar su profesión? En el año .
3. ¿En que año empezó a trabajar en este hospital/gerencia/sector/Departamento/Servicios Centrales del SALUD? En el año .
4. ¿En qué año empezó a trabajar en el puesto directivo que ocupa ? En el año .
5. ¿Cuál es su cargo actual?
<input type="checkbox"/> Gerente de Sector <input type="checkbox"/> Subdirector de enfermería
<input type="checkbox"/> Director de centro <input type="checkbox"/> Subdirector de gestión
<input type="checkbox"/> Director de enfermería <input type="checkbox"/> Responsable médico de calidad
<input type="checkbox"/> Director de Gestión <input type="checkbox"/> Responsable de enfermería de calidad
<input type="checkbox"/> Subdirector médico <input type="checkbox"/> Otros
6. Ámbito de atención
<input type="checkbox"/> Atención primaria <input type="checkbox"/> Servicios centrales (SALUD, Departamento)
<input type="checkbox"/> Atención especializada <input type="checkbox"/> Universidad
7. Tamaño del centro (en caso de hospital)
<input type="checkbox"/> Grande (más de 500 camas) <input type="checkbox"/> Pequeño (hasta 200 camas)
<input type="checkbox"/> Mediano (entre 200 y 500 camas) <input type="checkbox"/> No se aplica/ no se sabe
8. Centro de trabajo con docencia postgrado (Formación acreditada de médicos/enfermería interna residente, entre otras)
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
9. Compatibiliza tareas de gestión/calidad con asistenciales. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
10. ¿Tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente, liderazgo, errores o notificaciones de incidentes en su organización, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés? (2000 caracteres).

El cuestionario consta a su vez, de una carta de presentación donde se describen los objetivos del mismo, el compromiso de los investigadores, lo que se espera conseguir y en qué consiste la colaboración de los encuestados. Asimismo se adjuntan unas instrucciones sencillas que se recomiendan leer antes de empezar a contestar el cuestionario y un glosario de términos con los más utilizados en el campo de la seguridad para facilitar la comprensión del cuestionario (Anexo XII.1. Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente).

El cuestionario está diseñado para personal con puestos directivos y gestores dentro de la organización sanitaria con independencia de la categoría profesional que posean. No está diseñado para cargos intermedios tales como jefes de servicios y supervisoras de enfermería.

III.2.1.2. Entrevistas abiertas para el diseño del cuestionario

Con el fin de recabar información sobre nuestra materia de estudio para incluirla en el diseño del cuestionario, se llevo a cabo un diálogo abierto con profesionales considerados como representativos de distintos ámbitos.

No existe un guión de la entrevista dado que las entrevistas abiertas se caracterizan porque el entrevistador tiene amplia libertad y flexibilidad para la realización de la misma a la hora de preguntar o realizar intervenciones (115).

III.2.1.2.1 Muestra de sujetos para las entrevistas abiertas

Los perfiles que interesaban en este caso era el de personas que habían ocupado cargos directivos o de gestión en los cinco últimos años pero no en la actualidad (exdirectivos) y otras variables de interés como sexo, categoría profesional, ámbito de atención y tamaño del centro en el que ocupaban el cargo directivo o gestor.

Se obtuvieron cuatro perfiles que se detallan en la tabla 19.

Tabla 19. Perfiles de las entrevistas abiertas

PERFILES DE LAS ENTREVISTAS ABIERTAS
Exdirectivo, mujer, médico, atención especializada, hospital grande
Exdirectivo, hombre, médico, atención primaria y especializada
Exdirectivo, mujer, médico, atención especializada, hospital mediano
Exdirectivo, mujer, enfermera, atención especializada, hospital grande

La captación se realizó telefónicamente a través de contacto personal.

Las entrevistas se realizaron entre los meses de febrero y marzo y todas se grabaron completamente para facilitar su transcripción. La duración aproximada de cada una de ellas fue de una hora.

III.2.1.2.2. Análisis cualitativo de los resultados de las entrevistas abiertas

El análisis cualitativo de los resultados se realizó extrayendo los descriptores y seleccionando los verbatim (reproducciones exactas de una sentencia, frase, cita u otra secuencia de texto desde una fuente a otra) más representativos que los avalan. Estos descriptores se han organizado en categorías para posteriormente verificar que todos aquellos descriptores están incluidos en el diseño de cuestionario.

III.2.1.3. Debriefing y legibilidad

La utilización del debriefing(31) en la fase previa a la utilización del cuestionario de medida permite identificar palabras o términos que no se entienden, que no han quedado claros, que no se interpretan o no se pueden responder conforme a lo que los investigadores pretenden. También ayuda a la evaluación de las opciones de respuesta en preguntas cerradas, de la sensibilidad de las preguntas y a la obtención de sugerencias sobre los ítems y/o el cuestionario en general.

Para la realización del debriefing previo al pilotaje del cuestionario se ha pasado la encuesta a expertos seleccionados (dos expertos en metodología y estadística, tres expertos en calidad y seguridad del paciente y diez directivos en activo) que posteriormente en entrevistas comentaron con el investigador la comprensión global del cuestionario, las opciones de respuesta, dudas concretas en ciertos ítems y la duración del mismo.

En el guión de las entrevistas existía una sección final de apoyo para el debriefing cuyo contenido está desarrollado en la tabla 20.

Tabla 20. Guión de las entrevistas semiestructuradas

GUIÓN DE LAS ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS
<p>"Me gustaría comentar brevemente una serie de cuestiones relacionadas con el proceso de respuesta y la estructura del cuestionario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Las preguntas resultan adecuadas? - ¿El lenguaje utilizado es correcto y comprensible? - ¿Las opciones de respuesta son suficientes y se comprenden en el proceso de respuesta? - ¿Existe un orden lógico en la estructura del cuestionario? - ¿Qué te ha parecido el coste en tiempo y esfuerzos para cumplimentarlo? - ¿Propondrías suprimir alguno de los 12 apartados para resumirlo?

Existen diversas fórmulas para evaluar la legibilidad de un cuestionario(121-123). Se entiende por legibilidad al conjunto de características tipográficas y lingüísticas del texto escrito que permiten leerlo y comprenderlo con facilidad. La legibilidad gramatical, que tiene que ver con la estructura y la construcción gramatical del texto, se apoya en el supuesto de que un texto es más fácil de leer cuanto más cortas son las palabras y frases que utiliza. Nosotros hemos seleccionado el programa informático INFLESZ disponible de forma gratuita en Internet (www.legibilidad.com).

La escala INFLESZ presenta 5 niveles de dificultad como se presentan en la siguiente tabla 21.

Tabla 21.Escala INFLESZ. Tipo de publicación, puntuación y grado

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

III.2.1.4. Distribución del cuestionario

Previo a la distribución del cuestionario se informó vía telefónica tanto a los gerentes como a los coordinadores de calidad de los sectores de los objetivos del estudio, invitándoles a colaborar en el mismo y a que animaran a sus equipos directivos a la cumplimentación del cuestionario. Además se les envió el cuestionario por correo electrónico y el listado de las personas de su equipo directivo a las que se les iba a remitir el cuestionario de seguridad.

Al resto de los profesionales, posteriormente, se les envió el cuestionario por correo electrónico de manera personal con un cuerpo de correo a modo de carta en el que se explicaban los objetivos del estudio y se les invitaba a colaborar en el mismo a través de la cumplimentación del cuestionario autoadministrado. Se diseñaron tres modelos de carta específicos según los destinatarios de los envíos (equipos directivos, responsables de calidad y representantes sindicales) detallados en el anexo XII.2. Cartas de presentación.

Se realizaron tres recordatorios, el primero y segundo tras dos semanas y cuatro semanas respectivamente desde la distribución del cuestionario a los sujetos que no habían contestado, y el tercero vía telefónica a todos los gerentes de sector con el objetivo de aumentar la tasa de respuesta. El formato de cuerpo de correo electrónico se desarrolla en el anexo XII.3. Cartas de recordatorio.

Los cuestionarios eran remitidos por correo interno o vía email a una segunda persona que les proporcionaba un código de identificación del sujeto encuestado, de forma que las encuestas que llegaban a los investigadores eran totalmente anónimas. Esta persona si que tenía la información de los no respondedores y era la que realizaba de forma individual los recordatorios. El periodo de recogida de cuestionarios fue desde el 7 de abril hasta el 4 de julio de 2011.

Posteriormente, conforme se iban recibiendo los cuestionarios por parte de los investigadores se incorporaban a una base de datos en Excel (Office 2003) que posteriormente se exportaba al programa informático IBM SPSS (V.19.0) para la realización de los análisis estadísticos.

Al finalizar el plazo de recepción de cuestionarios, se envió una carta de agradecimiento por la colaboración en esta investigación (Anexo XII.4. Carta de agradecimiento).

III.2.1.5. Validación de los resultados del cuestionario

La validez y la fiabilidad de los resultados del cuestionario para los fines del estudio se evaluaron a través de las siguientes fases:

- 1) Análisis del proceso de respuesta: falta de respuesta, patrones anómalos de respuesta.
- 2) Poder de discriminación de cada una de las sentencias del cuestionario: índice de discriminación.
- 3) Validez: se evaluó la validez de contenido y constructo. Primeramente la validez de contenido que se llevo a cabo a través de expertos en la materia y de los debriefing que permitieron conferir el grado de representatividad de los ítems del cuestionario a los objetivos del mismo y posteriormente la validez de constructo que se investigó mediante el análisis factorial para evaluar la estructura de las relaciones de los diferentes ítems del cuestionario (estructura interna) y la concordancia de las dimensiones con las secciones del modelo original.
- 4) No se ha podido evaluar la validez de criterio puesto que no se tiene otra medida directa de este concepto con la que podemos correlacionar los resultados de nuestro cuestionario.
- 5) Fiabilidad: se desarrolló mediante la evaluación de la consistencia interna (entendiendo consistencia en la medida en que sus preguntas sean contestadas de forma similar en situaciones similares) a través del alfa de Cronbach, considerando $>0,6$ aceptable, $>0,7$ buena y $>0,8$ excelente.
- 6) No se ha aplicado ningún método que mide estabilidad (test-retest) puesto que solamente se ha realizado una medición en el tiempo a través del cuestionario.

III.2.1.6. Análisis de los resultados del cuestionario

Se ha realizado un estudio descriptivo de la cultura sobre seguridad del paciente de equipos directivos y de gestión en el Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón y en el SALUD y se han analizado qué factores socio-laborales se asocian a una actitud y comportamientos favorables en relación con la seguridad del paciente. Además, se ha realizado una priorización sobre prácticas seguras, se ha podido valorar el desarrollo de buenas prácticas sobre SP en Aragón y conocer la opinión sobre la efectividad de las diversas formas de implementación de los programas de higiene de manos y de cirugía segura.

A continuación, se describe la metodología de análisis que se ha llevado a cabo en los 113 cuestionarios recibidos que suponen una tasa de respuesta global del 64,6%.

III.2.1.6.1 Análisis estadístico descriptivo

El cuestionario contiene casi todas las preguntas formuladas en positivo excepto cuatro formuladas en negativo. El análisis de las respuestas se realiza tanto para cada uno de los ítems como para cada dimensión en global (dimensiones obtenidas de la validación del instrumento según se explica en el apartado de resultados en el proceso de construcción del instrumento apartado VIII.1.3.4. Análisis factorial y análisis de los ítems). Para el análisis de frecuencias de cada ítem se mantienen las opciones de respuesta a las preguntas en negativo, pero cuando se realiza el análisis por dimensión se invierte la escala de las preguntas formuladas en sentido negativo para dar coherencia al análisis. Para facilitar y simplificar la presentación de las respuestas cuando se realiza la descripción de los resultados globales y las comparaciones entre las variables en relación con el grado de implementación y de eficacia de los proyectos y el grado de acuerdo, se han recodificado en tres categorías según el siguiente esquema expuesto en la tabla 22.

Tabla 22. Esquema con la recodificación de las respuestas en tres categorías

	NEGATIVO	EN TRANSICIÓN / NEUTRA	POSITIVO	
No se ha considerado este punto	Se ha considerado, pero no se han implementado	Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas	Completamente implementado en algunas áreas	Completamente implementado en todas las áreas
Poco efectivo	Algo efectivo	Indiferente	Bastante efectivo	Muy efectivo
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

Una vez recodificadas, se calculan las frecuencias relativas de cada una de las categorías, tanto para cada uno de los ítems como para el indicador compuesto de cada una de las dimensiones. Estas estimaciones puntuales se acompañan de la correspondiente desviación estándar (DE).

El estudio descriptivo de los resultados se presenta de forma global para toda la población y diferenciando por cargo actual (equipo directivo, responsable de calidad, representantes de los profesionales a través de las organizaciones sindicales), categoría profesional (medicina, enfermería, otros que incluye además otras licenciaturas), ámbito de atención (atención primaria, atención especializada, otros entre los que se incluye servicios centrales) y tamaño del centro en el caso de hospital (grande, mediano, pequeño).

El cálculo y la interpretación de los indicadores compuestos se realiza conforme a la metodología aplicada en el HSOPS y que posteriormente utilizó Saturno et al en su traducción y validación al español (86).

Las fórmulas utilizadas han sido las siguientes:

$$\frac{\sum \text{Número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión}}{\text{Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

$$\frac{\sum \text{Número de respuestas en transición en los ítems de una dimensión}}{\text{Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

$$\frac{\sum \text{Número de respuestas negativas en los ítems de una dimensión}}{\text{Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

Para clasificar un ítem o una dimensión como fortaleza se emplean los siguientes criterios alternativos:

- 75% de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo”, “totalmente implementado en algunas áreas/ en todas las áreas, “bastante efectivo/muy efectivo”) a preguntas formuladas en positivo.
- 75% de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo”, “no se ha considerado este punto/ se ha considerado, pero no se han implementado”, “poco eficaz/algo eficaz”) a preguntas formuladas en negativo.

Para clasificar un ítem o una dimensión como oportunidad de mejora se emplean los siguientes criterios alternativos:

- 50% de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo”, “no se ha considerado este punto/ se ha considerado, pero no se han implementado”, “poco eficaz/algo eficaz”) a preguntas formuladas en positivo.
- 50% de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo”, “totalmente implementado en algunas áreas/ en todas las áreas, “muy efectivo/bastante efectivo”) a preguntas formuladas en negativo.

El análisis de fortalezas y oportunidades de mejora se realiza para cada ítem y por dimensiones, tanto a nivel global como por tipo de cargo, categoría profesional, tamaño de centro y ámbito de atención.

Continuando con la metodología del HSOPS para una representación gráfica más específica y exhaustiva de las oportunidades de mejora de cada una de las dimensiones resultantes se realiza un diagrama de Pareto, tomando como base las respuestas negativas, una vez recodificadas según los indicadores compuestos.

III.2.1.6.2. Pruebas de significación estadística

En el análisis de los resultados, las preguntas destinadas a conocer la cultura de seguridad (dimensiones I a VII y secciones X a XI) se mostraron en forma de distribución de frecuencias a modo de tablas. Con el objetivo de comparar la frecuencia de respuesta (categorizada en tres categorías, positivas, en transición y negativas) por grupos de sujetos según sus factores sociolaborales (cargo que ocupan, el perfil profesional del encuestado, el ámbito de atención y el tamaño del centro donde ejerce su actividad), se utilizará el contraste chi-cuadrado para analizar si dichas frecuencias son diferentes entre los grupos. Sin embargo, este contraste de uso general exige ciertos requerimientos acerca del tamaño muestral y además, la prueba chi-cuadrado es aplicable a los datos de una tabla de contingencia solamente si las frecuencias esperadas son suficientemente grandes (normalmente mayores de 5). De esta forma, en caso de no cumplir alguno de estos requisitos se utilizó el test exacto de Fisher.

La sección VIII sobre la evaluación de la cultura de seguridad tanto global en la organización como en el ámbito de trabajo se muestra en medias, mediana, percentil 25 y

75 y el rango. Para la comparación de la distribución de las puntuaciones según grupos se ha utilizado el contraste no paramétrico H de Kruskal Wallis.

En la sección IX, de priorización de buenas prácticas, se ha elaborado una tabla resumen con los resultados obtenidos donde se van a presentar únicamente las cinco primeras posiciones y dentro de cada una de estas posiciones las prácticas según frecuencia de aparición (descendente). Con este análisis pudimos identificar las prácticas con mayor prioridad para los encuestados.

Se ha considerado como hipótesis nula la inexistencia de diferencias, rechazándose cuando el nivel de significación $p\text{-valor} \leq 0,05$. Todos los análisis se han realizado con el programa informático IBM SPSS (V.19.0).

Finalmente se realizaron unos modelos de relaciones basándose en matrices de correlaciones no paramétricas, rho de Spearman y posteriormente se estimaron unos modelos de regresión para cuantificar dichas relaciones con el objetivo de valorar la influencia de las dimensiones en la calificación global y del ámbito de trabajo de la seguridad del paciente. Esta metodología ha sido ya propuesta en trabajos anteriores de Saturno (86).

III.2. Entrevistas semiestructuradas para explorar la CSP

La realización de entrevistas semiestructuradas tenía como finalidad profundizar en el análisis del discurso y explorar los rasgos de la cultura de seguridad en los profesionales con cargos directivos o de gestión incluyéndose además profesionales que desempeñaban actividades de representación sindical y en el ámbito académico.

III.2.2.1. Muestra de sujetos para las entrevistas semiestructuradas

Para la realización de las entrevistas se seleccionaron diversos criterios de participación de los profesionales que obedecen a las variables: sexo, categoría profesional (medicina, enfermería, otra licenciatura, otros), cargo actual (equipo directivo, responsable de calidad, representantes de los profesionales a través de las organizaciones sindicales), ámbito de atención (atención primaria, atención especializada, servicios centrales, otros), tamaño del centro en el caso de hospital (grande, mediano, pequeño). También se tuvo en cuenta que fueran profesionales motivados y con más experiencia y conocimiento sobre la infraestructura, procesos y cuestiones relacionadas con la CSP(97).

Por último, se realizaron entrevistas semiestructuradas (ES) para explorar el ámbito académico a responsables de la formación de grado tanto en la Facultad de Medicina como en la Escuela de Ciencias de la Salud.

Se obtienen un total de 10 perfiles a los que se les realiza entrevista (tabla 23).

Tabla 23. Perfiles de las entrevistas semiestructuradas

PERFILES DE LAS ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS (ES)	Abreviatura
Hombre, médico, equipo directivo, servicios centrales	ES1
Hombre, médico, equipo directivo, atención especializada, hospital de pequeño tamaño	ES2
Hombre, otra licenciatura, equipo directivo, atención especializada, hospital grande	ES3
Mujer, médico, equipo directivo, atención primaria	ES4
Mujer, enfermera, equipo directivo, atención especializada, hospital grande	ES5
Hombre, médico, responsable de calidad, atención primaria y especializada	ES6
Hombre, médico, representante sindical	ES7
Mujer, enfermera, representante sindical	ES8
Hombre, médico, ámbito académico Facultad de Medicina	ES9
Hombre, médico, ámbito académico Escuela de Ciencias de la Salud	ES10

La captación se realiza telefónicamente a través de contacto personal.

Las entrevistas se realizaron entre los meses de abril y julio de 2011 y se grabaron completamente para facilitar su transcripción. La duración aproximada de cada una de ellas fue de una hora.

Para aplicar la técnica de entrevista semiestructurada se diseñó un guión de la entrevista que se utilizó en todas ellas con los siguientes puntos que se detallan más exhaustivamente en el anexo XII.5. Guión de la entrevista.

- Seguridad del paciente: concepto y problemas de seguridad
- Factores contribuyentes a la producción de problemas de SP
- Prioridad de la SP en la organización
- Líneas estratégicas desarrolladas
- Barreras en el desarrollo de la SP
- Agentes facilitadores para el desarrollo de la SP
- Organizaciones involucradas en SP
- Líneas estratégicas pendientes de desarrollar en SP

III.2.2.2. Análisis cualitativo de los resultados de las entrevistas semiestructuradas

El análisis cualitativo de los resultados se realizó extrayendo los descriptores y seleccionando los verbatim (datos cualitativos) más representativos. Estos descriptores se han organizado en categorías en relación a las dimensiones del cuestionario.

III.3. Aspectos éticos

En todo momento el equipo investigador se comprometió a cumplir las normas de buena práctica investigadora y garantizar la información sobre los objetivos del estudio a todos los profesionales que participaron así como el anonimato y la confidencialidad de la información correspondiente a cada participante en el estudio.

Capítulo IV. Resultados

IV. Resultados

IV.1. Análisis del instrumento

IV.1.1. Resultados de las entrevistas abiertas

El discurso obtenido durante las entrevistas abiertas de los profesionales que habían desempeñado un cargo directivo o de gestión confirmó todos los aspectos que atañen a la cultura de seguridad de los directivos incluidos en el desarrollo previo del instrumento.

Cabe destacar que en materia de seguridad, la mayoría de los participantes subrayaban la existencia de un enfoque más teórico que práctico. La coincidencia de los entrevistados en este punto nos hizo mantener la Sección X de prácticas seguras a modo de herramienta de evaluación del conocimiento del grado de desarrollo que la SP ha alcanzado en el ámbito de trabajo de los directivos.

IV.1.2. Resultados de la viabilidad, del debriefing y de la legibilidad del cuestionario

En primer lugar se construyó una primera versión del cuestionario contemplando todos los aspectos relacionados con el objetivo del estudio que han sido evaluados a través de la revisión de la literatura, de la realización de las entrevistas abiertas previas al diseño del cuestionario y posteriormente a través de los debriefing. Todo ello en referencia a la validez de contenido.

El cuestionario se probó en una muestra de 15 individuos con las mismas características que tuvieron los individuos en el momento de la aplicación final de la encuesta para evaluar la comprensión del texto apoyándonos en la técnica de debriefing mediante sesiones con los participantes.

En esta fase se analizaron aspectos propios de la escritura y de la utilidad de la escala. La prueba del cuestionario nos ha permitido encontrar fallos de escritura/traducción, mala interpretación de preguntas o ambigüedades en las respuestas.

En la evaluación de la validez de contenido mediante los debriefing previos al inicio del pilotaje, se tuvieron en cuenta en materia de escritura y viabilidad lo siguiente:

- El grado de comprensión: El cuestionario ha sido catalogado por los profesionales como de un lenguaje sencillo y fácilmente comprensible lo que permite una cumplimentación en aproximadamente unos doce minutos.
- Ambigüedad: Las preguntas han sido consideradas por los encuestados como claras y cortas, evitándose que puedan ser interpretadas de distintas maneras.
- Frecuencia de respuesta: Cabe destacar que además de existir una baja tasa de no respuesta (Apartado VIII.1.3.3. Análisis de la respuesta), no fue preciso excluir de la escala ningún ítem ya que todos aportan variabilidad, es decir, en ningún caso, más del 95% de los individuos a quienes se aplicaba la prueba preliminar calificaban de igual forma uno de los ítems.
- Restricción de Rango de Respuesta: La escala de respuesta ha sido considerada de fácil contestación siendo las opciones de respuesta no muy numerosas pero contemplando los diversos grados de implementación.

En relación a la estructura (secciones) del cuestionario las dificultades y las decisiones adoptadas al respecto han sido las siguientes:

- La primera sección resulta ser la más larga de todas y la más difícil de valorar. A pesar de esto, consideramos la necesidad de duplicar los ítems que con el mismo contenido se refieran a distinto ámbito de aplicación por lo que se continuará diferenciando en varios ítems para así poder precisar con más exactitud en el enunciado (I.1, I.2 y I.3; I.5, I.6 y I.7; y I.8 y I.9). Por eso se han mantenido los quince ítems de la misma.
- Existe también dificultad en la comprensión de los tres últimos ítems de esta primera sección que están en relación con las distintas asesorías. Pero se siguen conservando porque cada una de las asesorías, legal, psicológica y en relación a los medios de comunicación, es independiente y complementaria (I.13, I.14 y I.15).
- En la tercera sección se propone la adaptación de la misma a la realidad del SALUD y se genera un nuevo ítem en relación a si los resultados de las no conformidades e incidencias de las certificaciones y acreditaciones desarrolladas en los centros sanitarios se utilizan para priorizar acciones de mejora de los mismos (III.21).
- Respecto a la definición extensa de las opciones de respuesta se sugiere la abreviatura de las mismas a lo largo del cuestionario mediante una letra

mayúscula indicando a su vez en cada una de las páginas del mismo la explicación de cada letra para facilitar su comprensión.

- La expresión del texto es adecuada, si bien se insiste en la realización de un glosario de términos de palabras técnicas utilizadas a lo largo del cuestionario.

Tras esta valoración se considera que no existe ningún problema metodológico en cuanto a viabilidad se refiere.

El informe de legibilidad del cuestionario se ha realizado con el texto completo del cuestionario que se ha validado (instrucciones, glosario de términos y secciones de la I al VIII y XII, sin incluir la carta de presentación y las secciones IX, X y XI). El texto contiene 2486 palabras, 5612 sílabas y 372 frases. El promedio de sílabas por palabra es de 2,3 y el promedio de palabras por frase de 6,68.

El índice de Flesch-Szigriszt tiene un valor de 59,5 y según la escala Inflesz descrita en la metodología, el cuestionario se clasifica con índice de legibilidad normal.

IV.1.3. Análisis del pilotaje para la construcción del cuestionario

IV.1.3.1. Tasa de respuesta

La tasa de respuesta global es de 64,6% (113/175). La tasa de respuesta mayor es la de los responsables de calidad con un 82,8% (24/29), seguida de los equipos directivos con un 63,3% (81/128) y de los representantes sindicales que era inferior al 50%, 44,4% (8/18).

IV.1.3.2. Descripción de la muestra participante

Se han recogido 113 cuestionarios, siendo en su mayoría de equipos directivos (71,8%), un 20,9% de responsables de calidad y un 7,3% de representantes de los profesionales.

Profesión

En relación a la profesión que desempeñan son en su mayoría sanitarios (87,2%), y sobre todo médicos (un 53,6% del total, el 61,5% de los sanitarios, el 53,2% de los equipos directivos y un 69,6% de los responsables de calidad). Un 12,8% son profesionales no

sanitarios y todos ellos (100%) desempeñan su labor en equipos directivos. En cambio de los representantes sindicales el 87,5% son personal de enfermería (tabla 24).

Tabla 24. Profesión que desempeñan

	Global		Equipo Directivo		R. calidad		R. sindical	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Médico	59	53,6	42	53,2	16	69,6	1	12,5
Enfermero/a	37	33,6	23	29,1	7	30,4	7	87,5
Otros	14	12,8	14	17,7	0	0,0	0	0,0

R. Calidad: Responsable de calidad, R. Sindical: Representante sindical, N: número total, %: Porcentaje

Ámbito de atención

En relación a su ámbito de atención, en su mayoría trabajan en atención especializada (50,4%) y de éstos un 7,3% combina tanto atención primaria como especializada. De semejante forma, en los equipos directivos trabajan en atención especializada un 47,4%, un 50% de los responsables de calidad y un 87,5% de los representantes sindicales (tabla 25).

Tabla 25. Ámbito de atención

	Global		Equipo Directivo		R. calidad		R. sindical	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Atención Primaria	25	22,9	17	21,8	7	31,8	1	12,5
Atención Especializada	47	43,1	31	39,7	9	40,9	7	87,5
Servicios centrales	13	11,9	9	11,5	3	13,6	0	0,0
Otros	16	14,8	15	19,3	1	4,6	0	0,0
AP y AE	8	7,3	6	7,7	2	9,1	0	0,0

R. Calidad: Responsable de calidad, R. Sindical: Representante sindical, N: número total, %: Porcentaje, AP: Atención primaria, AE: Atención especializada

Compatibilidad de tareas

De igual manera, la inmensa mayoría (83,5%) no compatibiliza tareas de gestión y calidad con asistenciales. De los que sí que lo hacen (16,5%), casi la mitad (47,1%) son responsables de calidad, un 29,4% equipos directivos y un 23,5% representantes sindicales.

Antigüedad en la profesión

La mayoría (93,6%) llevan ejerciendo su profesión más de 11 años, y la mitad (50,5%) más de 24 años. Tanto en los equipos directivos, en los responsables de calidad como en los representantes de los sindicatos, aproximadamente la mitad (52,6%, 43,5%, 50% respectivamente) llevan más de 24 años de profesión (tabla 26). En relación con la profesión, el 52,5% de los médicos, el 54,1% del personal de enfermería y el 28,6% de las otras profesiones llevan más de 24 años de profesión.

Tabla 26. Antigüedad en la profesión

	Global		Equipo Directivo		R. calidad		R. sindical	
	N	%	N	%	N	%	N	%
De 1 a <3 años	3	2,8	3	3,8	0	0,0	0	0,0
De 3 a <6 años	2	1,8	1	1,3	1	4,3	0	0,0
De 6 a <11 años	2	1,8	1	1,3	1	4,3	0	0,0
De 11 a <24 años	47	43,1	32	41,0	11	47,8	4	50,0
Más de 24 años	55	50,5	41	52,6	10	43,5	4	50,0

R. Calidad: Responsable de calidad, R. Sindical: Representante sindical, N: número total, %: Porcentaje, <: Menos.

Antigüedad en el SALUD

En relación con el tiempo trabajado en el SALUD, también cabe destacar que más de la mitad (58,7%) llevan más de 11 años. Si diferenciamos por categoría profesional se observa que llevan trabajando más del 11 años en el SALUD el 55,9% de los médicos y el 70,2% de las enfermeras. Según el cargo, el 77,2% de profesionales de equipos directivos lleva más de 6 años trabajando en el SALUD mientras que los responsables de calidad y los representantes sindicales llevan más tiempo vinculados a la organización, un 65,2% lleva entre 11 y 24 años y un 71,4% lleva más de 11 años respectivamente (tabla 27).

Tabla 27. Antigüedad en el SALUD

	Global		Equipo Directivo		R. calidad		R. sindical	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Menos (>) 1 año	1	0,9	1	1,3	0	0,0	0	0,0
De 1 a <3 años	11	10,1	6	7,6	4	17,4	1	14,3
De 3 a <6 años	14	12,8	11	13,9	2	8,7	1	14,3
De 6 a <11 años	19	17,4	18	22,8	1	4,3	0	0,0
De 11 a <24 años	44	40,4	25	31,6	15	65,2	4	57,1
Más de 24 años	20	18,3	18	22,8	1	4,3	1	14,3

R. Calidad: Responsable de calidad, R. Sindical: Representante sindical, N: número total, %: Porcentaje, <: Menos.

Antigüedad en el cargo actual

Se observa que la más de la mitad (58,9%) lleva menos de 6 años en el cargo actual y un 41,1% llevan de 3 a 6 años. Los profesionales de los equipos directivos son los que tienen una vida media más corta (46,2% de 3 a 6 años), mientras que entre los responsables de calidad más de la mitad (57,2%) llevan más de 6 años y es destacable el 50% de los representantes sindicales llevan más de 11 años. No hay diferencias porcentuales de duración en el cargo con respecto a la profesión, siendo tanto para médicos como para personal de enfermería, el grupo más frecuente (25,9% y 22,2%), el que lleva en el cargo de 6 a 11 años (tabla 28).

Tabla 28. Antigüedad en el cargo actual

	Global		Equipo Directivo		R. calidad		R. sindical	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Menos (>) 1 año	2	1,9	1	1,3	1	4,8	0	0,0
De 1 a < 3 años	17	15,9	13	16,7	3	14,3	1	12,5
De 3 a < 6 años	44	41,1	36	46,2	5	23,8	3	37,5
De 6 a < 11 años	25	23,4	19	24,4	6	28,6	0	0,0
Más de 11 años	19	17,8	9	11,5	6	28,6	4	50,0

R. Calidad: Responsable de calidad, R. Sindical: Representante sindical, N: número total, %: Porcentaje, <: Menos.

Tamaño del centro

Con respecto al tamaño del centro, ítem que se responde en un 63,7% (72/113) de los cuestionarios, se observa que se reparten a partes iguales los que trabajan en centros grandes y centros pequeños con un 38,7% y un 37,1% respectivamente tanto para el total de los encuestados como para los equipos directivos (39,1% respectivamente). Un 38,5% de los responsables de calidad trabaja en un centro pequeño, mientras que tanto en los centros grandes como medianos trabajan un 30,8% respectivamente. En cambio, un 66,7% de los representantes sindicales trabajan en un centro grande (tabla 29).

Tabla 29. Tamaño del centro

	Global		Equipo Directivo		R. calidad		R. sindical	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Grande	24	38,7	18	39,1	4	30,8	2	66,7
Mediano	15	24,2	10	21,8	4	30,8	1	33,3
Pequeño	23	37,1	18	39,1	5	38,4	0	0,0

R. Calidad: Responsable de calidad, R. Sindical: Representante sindical, N: número total, %: Porcentaje

Docencia postgrado

En la mayoría de los centros de trabajo (86%) existe docencia postgrado. La mayoría de los encuestados tanto en los equipos directivos (85,1%) como de los responsables de calidad (95,5%) trabajan en centros con docencia postgrado.

IV.1.3.3. Análisis de la respuesta

De los 113 cuestionarios valorados solamente 11 (9,7%) participantes respondieron a la totalidad de las preguntas, 49 (43,7%) dejaron sin contestar o marcaron la opción “no sabe/no procede” (de ahora en adelante lo denominaremos “no responden”) entre 1 y 4 preguntas, 30 personas (26,5%) hicieron lo mismo en un rango de 5 a 10 preguntas.

Casi un 80% de los participantes respondieron al 86,1% de los ítems (es decir, dejaron sin responder menos de 10 ítems) y el 100% de los participantes respondieron al 72% de los ítems, es decir, a más de 51 ítems.

La media de preguntas en las que se observó el comportamiento de no respuesta cuando se analizan todas las secciones incluidas en el cuestionario es de 9 (Desviación Estándar (DE) 8,2).

Se analiza conjuntamente la respuesta de todas las secciones menos dos (la sección IX de priorización de buenas prácticas que presenta una frecuencia de no respuesta de 7,1% y la sección XII de información complementaria).

En cuanto a la respuesta a las preguntas abiertas sólo se han respondido 8 de ellas en la totalidad de los cuestionarios. Ningún encuestado ha respondido a los ítems XI.I.7 y XI.II.6 que daban la posibilidad de describir otras prácticas seguras.

En la tabla 30 se muestran según las diferentes secciones del cuestionario, la frecuencia de participantes que no responden, la media del número de ítems que los participantes dejaron sin responder, la frecuencia de respuestas a todas las sentencias y de no respuesta en el 50% o más de las sentencias. Mientras que en el anexo X.II.6 se describen la frecuencia de no respuesta global y por cargo que ocupa.

En relación a la frecuencia de personas que respondieron a todos los ítems de una sección varía entre el 92,9% (más alto) de la sección VIII “Puntuación Global” que consta de 2 ítems, y el 38,1% de la que menos sección I “Compromiso de la organización” que consta de 15 ítems. La sección X “Set de Buenas Prácticas” también destaca por la baja frecuencia de respuestas a todos los ítems (38,9%).

Tabla 30. Frecuencia de no respuesta y media de preguntas no contestadas según sección del cuestionario.

Sección (ítems)	Porcentaje de no respuesta		Media de preguntas no respondidas		Respuesta a todas las sentencias		No respuesta en el 50% o más de sentencias	
	%	DE	Media	DE	N	%	N	%
I (15)	13,3	1,6	2,0	2,6	43	38,1	7	6,2
II (5)	6,5	2,1	0,3	0,8	89	78,8	2	1,8
III (5)	12,7	2,8	0,6	1,2	79	69,9	10	8,8
IV (7)	6,4	1,7	0,4	1,0	82	72,6	2	1,8
V (2)	8,8	3,7	0,2	0,5	99	87,6	14	12,4
VI (4)	10,4	2,8	0,4	1,1	94	83,2	13	11,5
VII (8)	5,2	1,5	0,4	1,4	95	84,1	4	3,5
VIII (2)	4,9	2,9	0,1	0,4	105	92,9	8	7,1
X (13)	15,6	1,8	2,0	2,6	44	38,9	8	7,1
XI (11)	22,0	2,3	2,4	1,3	98	86,7	1	0,9

%. Porcentaje, DE: Desviación estándar; N: número total.

A continuación se analizará la “no respuesta” en cada una de las secciones y se valorará la diferente respuesta en relación al cargo dentro de cada sección.

La primera sección “Compromiso de la organización” es la que presenta un peor comportamiento de no respuesta. Tiene 4 ítems con frecuencias de no respuesta superiores al 15%, el I.8¹, I.13², I.14³, I.15⁴ siendo estos tres últimos relacionados con las distintas asesorías (legal, psicológica y de medios de comunicación) tras la ocurrencia de un IRSP. Son también estos tres ítems, los que presentan una mayor frecuencia de no respuesta al cuestionario 26,5%, 49,6% y 26,5% respectivamente, siendo mayor incluso en la categoría de responsables de calidad con unos porcentajes todavía mayores (60,9%, 73,9% y 52,2% respectivamente). Un 60% de los ítems tienen frecuencias de no respuesta inferiores al 8%.

¹ “El SALUD promueve desarrollar alianzas para involucrar a los pacientes/usuarios en su seguridad”

² “En el Gobierno de Aragón se dispone de asesoría legal a la que recurrir cuando ha ocurrido un IRSP”

³ “El SALUD dispone de asesoría psicológica a la que recurrir cuando ha ocurrido un IRSP”

⁴ “Cuando un IRSP trasciende a la opinión pública, el SALUD nos asesora en el momento de informar a los medios de comunicación”

No se observan diferencias entre los equipos directivos y los responsables de calidad en relación a todas las sentencias anteriormente comentadas. En cambio en los ítems I.5⁵, I.6⁶ y I.9⁷ que tratan de la supervisión de la SP en la organización y de la promoción por parte de los equipos directivos para involucrar a los pacientes en su propia seguridad, los responsables de calidad duplican la no respuesta a los directivos.

En concreto los representantes sindicales tienen una alta tasa de no respuesta en el ítem I.4⁸ que comenta si la gestión de riesgos está integrada en la organización (62,5%) y en los ítems I.5 y I.7⁹ de supervisión de la SP comentados anteriormente. La no respuesta se debe en su totalidad a la selección de la opción "no lo sé / no procede".

En la segunda sección "Planificación estratégica" cuatro de las cinco preguntas tienen una frecuencia de no respuesta inferior al 6,2%, excepto la II.20¹⁰ relacionada con el proceso de adquisición y compra de productos sanitarios con un 11,5%. Estos porcentajes varían en relación al cargo. Mientras que en los equipos directivos la frecuencia de no respuesta en todos los ítems es menor de 6,3%, en los responsables de calidad la frecuencia del II.20 es la frecuencia más alta de no respuesta con un 17,4%,. En cambio en los ítems II.17¹¹ y II.18¹² relacionados con el desarrollo y evaluación de indicadores éstos se responden en un 100%.

⁵ "El SALUD supervisa la seguridad del paciente en toda la organización"

⁶ "Una comisión supervisa la seguridad del paciente dentro de ámbitos concretos de trabajo"

⁷ "Nuestro Equipo de Dirección promueve que los pacientes se involucren en su seguridad"

⁸ "La gestión de riesgos está integrada en el SALUD"

⁹ "Un miembro de la dirección supervisa regularmente la implementación de las iniciativas de seguridad del paciente en su ámbito de trabajo"

¹⁰ "En el proceso de adquisición y compra de medicamentos, productos sanitarios, aparataje y dispositivos se incluyen criterios de seguridad"

¹¹ "Se han desarrollado indicadores del sistema de gestión de riesgos y de las líneas de trabajo en seguridad del paciente"

¹² "Se realiza una evaluación mediante la revisión de indicadores de SP"

En la tercera sección "Información y análisis" 3 ítems tienen frecuencias de no respuesta superiores al 10% destacando el ítem III.21¹³ sobre la existencia de sistemas de notificación que alcanza una frecuencia de hasta 19,5% (20,3% y 21,7% en equipos directivos y responsables de calidad respectivamente). El comportamiento de la no respuesta entre ellos es similar y los representantes sindicales tienen la mayor no respuesta en el III.24¹⁴ que trata sobre si el análisis de EA se lleva a cabo por profesionales con experiencia en SP con un 62,5%.

En la cuarta sección "Personal" solo uno de los siete ítems, el IV.29¹⁵ en relación a la utilización de técnicas de simulación tiene una frecuencia de no respuesta superior al 10% (13,3%). Se observa también en esta sección una baja frecuencia de no respuesta en representantes sindicales.

De esta quinta sección de "Normativas y procedimientos", de los dos ítems que presenta, uno de ellos el V.34¹⁶ que trata del pilotaje tras el rediseño de procesos, tiene una frecuencia de no respuesta superior al 10% (11,5%).

En la sexta sección "Participación del paciente y su familia", todos los ítems menos uno, el VI. 35¹⁷ (15,9%) relacionado con el establecimiento de mecanismos de respuesta inmediata para informar tras la ocurrencia de un EA, tienen frecuencias de no respuesta inferiores a 10,6%.

En la séptima sección en la que se encuesta sobre las "Actitudes directivas frente a la seguridad del paciente" hay un buen comportamiento de no respuesta tanto por parte de los equipos directivos como de los representantes sindicales, peor se encuentra en los

¹³ "El SALUD ofrece a todos sus profesionales un sistema de notificación sencillo, de fácil acceso y confidencial para los riesgos conocidos y los IRSP"

¹⁴ "El análisis de eventos adversos se lleva a cabo por profesionales con experiencia en seguridad del paciente y formación en gestión del riesgo"

¹⁵ "Se promueve la utilización de técnicas de simulación para mejorar la comunicación interpersonal y del equipo en entornos de alto riesgo"

¹⁶ "El rediseño de procesos es pilotado y se comprueba su efectividad antes de su aplicación generalizada para identificar nuevas fuentes de fallo del proceso y eventos derivados del cambio"

¹⁷ "Se han establecido mecanismos de respuesta inmediata para informar y pedir disculpas al paciente y a su familia cuando ocurre un evento adverso con consecuencias sobre la salud del paciente"

responsables de calidad con porcentajes de frecuencia de no respuesta superiores al 13% en cuatro ítems VII.39¹⁸, VII.40¹⁹, VII.43²⁰ y VII.44²¹ (13,0%, 17,4%, 17,4% y 13,0% respectivamente) relacionados los dos primeros sobre si existe actitud temerosa por parte de los profesionales para hablar con ellos y sobre si perciben la SP como un aspecto prioritario y los dos últimos sobre si se pasan por alto fallos reiteradamente o si se prioriza el centro antes que los pacientes a la hora de tomar decisiones.

En la octava sección "Puntuación Global" se encuentra una baja frecuencia de no respuesta en los dos ítems de los que consta, siempre menor a 6,2%.

La décima sección "Set de Buenas Prácticas" presenta un pobre comportamiento con un 70% de los ítems (X.4²², X.5²³, X.7²⁴, X.8²⁵, X.9²⁶, X.10²⁷, X.11²⁸, X.12²⁹, X.13³⁰) con frecuencias de no respuesta superiores al 10,6% destacando el ítem X.5 que trata de la

¹⁸ "Cuando ha ocurrido un evento adverso los profesionales de mi centro tienen una actitud temerosa al hablar conmigo"

¹⁹ "Los profesionales de mi centro perciben que la seguridad del paciente es un aspecto prioritario de mi agenda y de mis prioridades como directivo"

²⁰ "Los directivos pasamos por alto fallos relacionados con la asistencia sanitaria que ocurren una y otra vez"

²¹ "Los directivos a menudo tomamos decisiones basadas en lo que es mejor para el centro, gerencia, sector en lugar de lo que es mejor para los pacientes"

²² "Implementar prescripciones computerizadas"

²³ "Implementar protocolos para prevenir cirugía en sitio y paciente equivocado"

²⁴ "Instaurar programas y medidas que garanticen el correcto funcionamiento y mantenimiento del equipamiento"

²⁵ "Evaluación y prevención de úlceras de decúbito"

²⁶ "Promover la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria"

²⁷ "Higiene de manos"

²⁸ "Vacunar al personal sanitario contra la gripe"

²⁹ "Mejorar la identificación y el registro de alergias e intolerancias a fármacos y alimentos en la historia clínica"

³⁰ "Métodos estandarizados para el etiquetado empaquetado y almacenaje de medicamentos"

implementación de un protocolo para prevenir la cirugía en sitio y paciente equivocado con un 31,9%.

La undécima sección “Efectividad de Buenas Prácticas” es la que presenta un mejor comportamiento en todos los ítems e incluso en representantes sindicales excepto en el ítem XI.II.5³¹ que propone que se invite a los pacientes a participar en la cumplimentación de los listados de verificación de cirugía segura donde los representantes de calidad tiene un porcentaje de 17,4%.

IV.1.3.4. Análisis factorial y análisis de los ítems

La construcción del instrumento se va a realizar sobre siete de las doce secciones de las que consta, en concreto las siete primeras secciones de la I a la VII, que comprenden 46 ítems y que recogen el cuerpo del cuestionario.

En este apartado hemos valorado la validez de constructo que se establece por el grado de relación entre los resultados obtenidos y su consistencia con las hipótesis teóricas planteadas y se realiza a través del análisis factorial.

En primer lugar hemos hecho un análisis factorial exploratorio para valorar los ítems y después hemos seguido el proceso normal de construcción de test y escalas.

El tipo de análisis factorial confirmatorio que se ha realizado es el de Componentes Principales seguido de la Rotación Varimax, que maximiza las diferencias entre los factores/componentes y lleva con más facilidad a una estructura.

El KMO de dicho análisis fue de 0,75 cuyo valor se interpretaría como que los resultados obtenidos por el análisis factorial son satisfactorios. Además el p-valor asociado al test de esfericidad de Bartlett fue menor a 0,001, lo que corrobora dicha afirmación.

De igual forma la matriz de correlaciones en las que se basa el análisis factorial mostró coeficientes de correlación significativos en prácticamente todos los ítems (Anexo XII.7).

³¹ “Que se invite a los pacientes a participar activamente en la cumplimentación de los listados de verificación cuando se les pregunte”

Esto nos ha llevado a la selección de una estructura factorial con seis componentes o constructos subyacentes que explicarían la cultura de seguridad en directivos gestores y que engloban los 46 ítems originales:

- Se han eliminado los factores irrelevantes que estaban compuestos por muy pocos ítems.
- No se ha eliminado ningún ítem original aun cuando existían ítems con cargas factoriales o saturaciones en más de un componente porque se ha considerado que la información que recogían era fundamental y se ha seleccionado la pertenencia al componente en el cual tienen más carga (superior a 0,30, de hecho son todavía mayores); esto significa que los ítems que definen cada componente tienen entre sí correlaciones mayores que las que tienen con los ítems de otro componente. Este criterio se ha cumplido en todos los ítems excepto en V.33³², V.34³³ y VI.38³⁴ ya que conceptualmente se adecuaban mejor en otro componente.
- En cada uno de los componentes se observa una coherencia conceptual y una fácil interpretación de los ítems en cuanto a descriptores de un mismo constructo.

Tras la revisión de las comunalidades se observa que en su mayoría son elevadas, oscilando la menor desde un 0,388 perteneciente al ítem I.3 y la mayor al ítem IV.32 con 0,913. Mientras que en relación a los residuales, el 95,3% de los mismos son inferiores en valor absoluto a 0,15. Ambos resultados se consideran deseables puesto que interesa que las comunalidades sean elevadas y los residuales lo menores posibles.

Estos seis componentes, en los que se han mantenido los 46 ítems originales, se corresponden prácticamente con todas las secciones propuestas en el cuestionario inicial

³² "El SALUD utiliza listados de verificación, protocolos, procesos, recordatorios y estandariza los equipos, las formas, tiempos y lugares para evitar depender de la memoria y reducir el riesgo en la prestación de la asistencia sanitaria"

³³ "El rediseño de procesos es pilotado y se comprueba su efectividad antes de su aplicación generalizada para identificar nuevas fuentes de fallo del proceso y/o eventos adversos derivados del cambio"

³⁴ "La información para pacientes y los materiales para su formación se han diseñado y entregado en formatos útiles que se adecuen a las necesidades de alfabetización y culturales (diferentes idiomas...)"

menos con la quinta sección "Normativas y Procedimientos" cuyos dos ítems se han distribuido entre el cuarto componente "Participación de los profesionales" (ítem V.33), antes denominado "Personal" y el tercer componente "Gestión de la información" (ítem V.34), anteriormente "Información y análisis". Por lo tanto al examinar los ítems de cada uno podemos denominar los componentes de la siguiente manera:

1. Compromiso de la organización
2. Planificación estratégica
3. Gestión de la información
4. Participación de los profesionales
5. Participación del paciente y su familia
6. Actitudes directivas en SP

Posteriormente y, con cada uno de los componentes provisionales, hemos seguido el procedimiento habitual de construcción de escalas, es decir, hemos procedido al análisis de los ítems que es lo mismo que el análisis de la consistencia interna. En resumen, en todos los componentes, se ha evaluado la consistencia interna de cada uno de ellos que evalúa la homogeneidad entre los distintos ítems que componen un mismo factor y los resultados obtenidos muestran un alfa de Cronbach bastante alto en todos los casos, lo que nos indica que la estructura es consistente por lo tanto se han mantenido como definitivos los seis componentes propuestos anteriormente (tabla 31). La primera dimensión es la que presenta un mayor alfa de Cronbach 0,917 mientras que el alfa de la quinta dimensión es el menor con un 0,608.

Tabla 31. Fiabilidad de los seis componentes/dimensiones

DIMENSION	ITEMS (*)	Alfa de Cronbach (**)
Compromiso de la organización	I.1 – I.15	0,917
Planificación estratégica	II.16 – II.20	0,822
Gestión de la información	III.21 – III.25 y V.34	0,845
Participación de los profesionales	IV.26 – IV.32, V.33 y VI.38	0,864
Participación del paciente y su familia	VI.35 - VI.37	0,608
Actitudes directivas en SP	VII.39 – VII.46	0,778

(*) Ver cuestionario en el anexo XII.1.

(**): > 0.6 : aceptable; >0,7:buena ;> 0.8: excelente

La primera dimensión es la que contiene más ítems (15) y de más compleja definición ya que refleja el compromiso de la organización que presta la asistencia sanitaria con la SP. En ella se han mantenido los mismos ítems que en la primera sección inicial del cuestionario (tabla 32).

Tabla 32. Dimensión I. Compromiso de la organización

DIMENSIÓN I. Compromiso de la organización (15 ítems)
Alfa de Cronbach Total $\alpha = 0,917$
I.1. La seguridad del paciente se ha adoptado como un objetivo estratégico del SALUD
I.2. La seguridad del paciente se ha adoptado como un objetivo estratégico de nuestro Equipo Directivo
I.3. En su ámbito de trabajo se asignan recursos para llevar a cabo iniciativas de seguridad del paciente
I.4. La gestión de riesgos está integrada en el SALUD
I.5. El SALUD supervisa la seguridad del paciente en toda la organización
I.6. Una comisión supervisa la seguridad del paciente dentro de ámbitos concretos de trabajo
I.7. Un miembro de la dirección supervisa regularmente la implementación de las iniciativas de seguridad del paciente en su ámbito de trabajo
I.8. El SALUD promueve desarrollar alianzas para involucrar a los pacientes/usuarios en su seguridad
I.9. Nuestro Equipo de Dirección promueve que los pacientes se involucren en su seguridad
I.10. Se han desarrollado acciones para que los profesionales de los sectores, gerencias, servicios y unidades conozcan y apliquen la gestión del riesgo en su trabajo
I.11. Cuando ocurre un incidente relacionado con la seguridad del paciente en nuestro ámbito de trabajo se promueve una actitud no punitiva con el fin de implicar a pacientes y profesionales en la búsqueda de soluciones
I.12. En los diferentes Órganos de Dirección se tratan temas de seguridad del paciente, se informan los IRSP y sus posibles soluciones
I.13. En el Gobierno de Aragón se dispone de asesoría legal a la que recurrir cuando ha ocurrido un IRSP
I.14. El SALUD dispone de asesoría psicológica a la que recurrir cuando ha ocurrido un IRSP
I.15. Cuando un IRSP trasciende a la opinión pública, el SALUD nos asesora en el momento de informar a los medios de comunicación

El segundo componente, de planificación estratégica consta de los mismos 5 ítems que la sección de su mismo nombre (tabla 33).

Tabla 33. Dimensión II. Planificación estratégica

DIMENSIÓN II. Planificación estratégica (5 ítems)
Alfa de Cronbach Total $\alpha= 0,822$
I.16. En el Plan Estratégico del SALUD, sector, hospital, centro de salud se incluye una línea de trabajo en seguridad del paciente con objetivos a medio y largo plazo revisada periódicamente por el Equipo Directivo
I.17. Se han desarrollado indicadores del sistema de gestión de riesgos y de las líneas de trabajo en seguridad del paciente
I.18. Se realiza una evaluación mediante la revisión de indicadores de SP
II.19. Cuando se detecta algún aspecto de SP que precisa llevar a cabo acciones de mejora, se desarrolla un plan por escrito de dichas acciones
II.20. En el proceso de adquisición y compra de medicamentos, productos sanitarios, aparataje y dispositivos se incluyen criterios de seguridad

El tercer componente consta de 6 ítems, 5 de ellos se corresponden con toda la tercera sección a la que se le añade el ítem V.34. La denominación de este tercer componente ha pasado a ser “Gestión de la información” en vez de “Información y Análisis” porque con este título representa de una forma más adecuada y completa el contenido del componente (tabla 34).

Tabla 34. Dimensión III. Gestión de la información

DIMENSIÓN III. Gestión de la información (6 ítems)
Alfa de Cronbach Total $\alpha= 0,845$
III.21. El SALUD ofrece a todos sus profesionales un sistema de notificación sencillo, de fácil acceso y confidencial para los riesgos conocidos y los IRSP
III.22. Se utilizan de forma regular los resultados obtenidos a través de las no conformidades e incidencias de las certificaciones y acreditaciones para priorizar las acciones de mejora
III.23. Se integran en la planificación de la mejora de la calidad todos los conocimientos de SP obtenidos a través de las sugerencias y reclamaciones de los pacientes y de encuestas de satisfacción de los profesionales
III.24. El análisis de eventos adversos se lleva a cabo por profesionales con experiencia en seguridad del paciente y formación en gestión del riesgo
III.25. Cuando se produce un IRSP disponemos de un sistema de alertas que consigue informar a las personas adecuadas en el momento oportuno
V.34. El rediseño de procesos es pilotado y se comprueba su efectividad antes de su aplicación generalizada para identificar nuevas fuentes de fallo del proceso y eventos derivados del cambio

La cuarta dimensión, la segunda en frecuencia en número de ítems, engloba nueve ítems. Los siete primeros en relación con el personal, su formación (sección cuarta), el ítems V.33 y el ítem VII.38 que trata sobre formación e información entregada para pacientes y familiares. Esta cuarta dimensión ha pasado a denominarse “Participación de los profesionales”, ya que todos los ítems se refieren a la implicación que los profesionales tienen con la SP, en la que destaca la comunicación entre profesionales y pacientes reflejada en la información proporcionada al paciente (tabla 35).

Tabla 35. Dimensión IV. Participación de los profesionales

DIMENSIÓN IV. Participación de los profesionales (9 ítems)
Alfa de Cronbach Total $\alpha=0,864$
IV.26. El SALUD realiza actividades formativas para promocionar la SP entre sus profesionales
IV.27. Se reconoce la participación en proyectos de mejora de la seguridad y de la calidad en la carrera profesional, baremos de puntuación para oposiciones o movilidad interna.
IV.28. Existe un programa formativo teórico-práctico para desarrollar las competencias clínicas de forma interactiva y las habilidades de trabajo en equipo.
IV.29. Se promueve la utilización de técnicas de simulación (role playing) para mejorar la comunicación interpersonal y del equipo en entornos de alto riesgo.
IV.30. Los sistemas de información potencian la comunicación entre profesionales de diferentes ámbitos asistenciales (atención primaria, especializada, centros sociosanitarios) para evitar eventos adversos.
IV.31. El Equipo Directivo pone los medios necesarios adecuando las plantillas y reestructurando la organización del centro/servicios para evitar que el personal trabaje bajo presión
IV.32. El Equipo Directivo potencia el desarrollo de planes formativos para fomentar las competencias básicas de la mejora continua, la comunicación franca, la innovación y resolución de problemas.
V.33. El SALUD utiliza listados de verificación, protocolos, procesos, recordatorios y estandariza los equipos, las formas, tiempos y lugares para evitar depender de la memoria y reducir el riesgo en la prestación de la asistencia sanitaria
VI.38. La información para pacientes y los materiales para su formación se han diseñado y entregado en formatos útiles que se adecuen a las necesidades de alfabetización y culturales

El quinto componente es el que consta de menos ítems, 3. Y prácticamente se corresponde con la sección del mismo nombre (tabla 36).

Tabla 36. Dimensión V. Participación del paciente y su familia

DIMENSIÓN V. Participación del paciente y su familia (3 ítems)
Alfa de Cronbach Total $\alpha=0,608$
VI.35. Se han establecido mecanismos de respuesta inmediata para informar y pedir disculpas al paciente y a su familia cuando ocurre un evento adverso con consecuencias sobre la salud del paciente
VI.36. Los pacientes y sus familias participan activamente en la resolución de problemas y en la mejora de la calidad.
VI.37. Los pacientes y sus familias reciben la información y la educación que necesitan para participar plenamente en el cuidado de su salud

El sexto componente engloba los ocho ítems correspondientes a la sección séptima de "Actitudes directivas frente a la seguridad del paciente" que presentan una escala de respuesta conforme al grado de acuerdo diferente a las anteriores. (tabla 37).

Tabla 37. Dimensión VI. Actitudes directivas de SP

DIMENSIÓN VI. Actitudes directivas de SP (8 ítems)
Alfa de Cronbach Total $\alpha=0,778$
VII.39. Cuando ha ocurrido un evento adverso los profesionales de mi centro tienen una actitud temerosa al hablar conmigo
VII.40. Los profesionales de mi centro perciben que la seguridad del paciente es un aspecto prioritario de mi agenda y de mis prioridades como directivo.
VII.41. Los directivos escuchamos con respeto las opiniones y valoraciones de los profesionales en relación con la seguridad del paciente con independencia de su rango
VII.42. Los directivos animamos al personal a expresar puntos de vista alternativos y a expresar libremente cualquier desacuerdo
VII.43. Los directivos pasamos por alto fallos relacionados con la asistencia sanitaria que ocurren una y otra vez
VII.44. Los directivos a menudo tomamos decisiones basadas en lo que es mejor para el centro, gerencia, sector en lugar de lo que es mejor para los pacientes
VII.45. Cuando hay un problema en nuestro centro, gerencia, sector, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas
VII.46. La gerencia, dirección solo parece que nos interesamos por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún evento adverso en un paciente

La validez de criterio, en cambio, no pudo ser evaluada por no existir un patrón de referencia, medida directa de este concepto con la que podamos correlacionar los resultados de nuestro cuestionario.

De igual forma, al realizarse una única medición en el tiempo, tampoco se ha podido aplicar ningún método para medir la estabilidad (test-retest).

IV.2. Análisis cuantitativo de la cultura de la seguridad: resultados del instrumento

En este apartado se van a describir los resultados según las secciones del cuestionario tras la validación de los mismos. Por lo tanto el orden de los ítems será distinto al del cuestionario original. También se describirán las secciones IX, X y XI no incluidas en la validación.

El cuestionario proporciona una puntuación global de la seguridad del paciente en la organización sanitaria y más concretamente en el ámbito de trabajo del encuestado y un total de seis dimensiones sobre diversos aspectos relacionados con cultura de la SP.

Además de proporcionar una visión general, la proporción de respuestas positivas o negativas a las dimensiones y a cada uno de los ítems, según se indica en la metodología,

nos va a servir para detectar las fortalezas y las oportunidades de mejora en relación a este tema.

Las descripciones generales se completarán con las comparaciones de los resultados según cargo, categoría profesional, tamaño del centro y ámbito de atención y por último se valorará la influencia de las dimensiones en la puntuación global que se otorga a la cultura de seguridad.

Los resultados obtenidos de los 113 cuestionarios analizados son los siguientes:

IV.2.1. Resultados globales de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores

Dimensión “Compromiso de la organización”

Se incluyen en esta dimensión los quince ítems correspondientes a la primera sección del cuestionario previo donde se valora la importancia que se da a la seguridad del paciente por parte de la organización sanitaria.

Esta dimensión no destaca como fortaleza pero los resultados obtenidos son moderadamente altos. Contiene dos ítems identificados como oportunidades de mejora con más de un 50% de respuestas negativas. El primero sería el I.9 en relación a promover que se involucren los pacientes en su seguridad y el segundo, I.14. relativo a la existencia de asesoría psicológica a la que recurrir cuando ha ocurrido un IRSP.

La tabla 38 contiene la descripción completa de los resultados.

Tabla 38.Descriptivo Dimensión I. "Compromiso de la organización"

DIMENSIÓN I. COMPROMISO DE LA ORGANIZACIÓN			
	N (%)	P (%)	C (%)
I.1.La seguridad del paciente se ha adoptado como un objetivo estratégico del SALUD	10,1	42,2	47,7
I.2. La seguridad del paciente se ha adoptado como un objetivo estratégico de nuestro Equipo Directivo	14,5	45,5	40,0
I.3.En su ámbito de trabajo se asignan recursos para llevar a cabo iniciativas de seguridad del paciente	19,3	46,8	33,9
I.4. La gestión de riesgos está integrada en el SALUD	14,4	52,9	32,7
I.5. El SALUD supervisa la seguridad del paciente en toda la organización	26,0	46,0	28,0
I.6. Una comisión supervisa la seguridad del paciente dentro de ámbitos concretos de trabajo	26,9	36,6	36,5
I.7. Un miembro de la dirección supervisa regularmente la implementación de las iniciativas de seguridad del paciente en su ámbito de trabajo	30,3	36,4	33,3
I.8. El SALUD promueve desarrollar alianzas para involucrar a los pacientes/usuarios en su seguridad	30,1	39,8	30,1
I.9. Nuestro Equipo de Dirección promueve que los pacientes se involucren en su seguridad	58,7	24,0	17,3
I.10. Se han desarrollado acciones para que los profesionales de los sectores, gerencias, servicios y unidades conozcan y apliquen la gestión del riesgo en su trabajo	21,7	49,1	29,2
I.11. Cuando ocurre un incidente relacionado con la seguridad del paciente en nuestro ámbito de trabajo se promueve una actitud no punitiva con el fin de implicar a pacientes y profesionales en la búsqueda de soluciones	29,5	40,0	30,5
I.12. En los diferentes Órganos de Dirección se tratan temas de seguridad del paciente, se informan los IRSP y sus posibles soluciones	31,7	43,3	25,0
I.13. En el Gobierno de Aragón se dispone de asesoría legal a la que recurrir cuando ha ocurrido un IRSP	22,9	18,1	59,0
I.14. El SALUD dispone de asesoría psicológica a la que recurrir cuando ha ocurrido un IRSP	57,9	15,8	26,3
I.15. Cuando un IRSP trasciende a la opinión pública, el SALUD nos asesora en el momento de informar a los medios de comunicación	28,9	25,3	45,8
Total dimensión:			
% de respuestas positivas:34,2±2,5			
% de respuestas en transición: 38,6±2,5			
% de respuestas negativas: 27,2±2,3			

%: Porcentaje

N: No se ha considerado este punto/Se ha considerado, pero no se han implementado

P: Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas

C: Completamente implementado en algunas áreas / Completamente implementado en todas las áreas

Dimensión “Planificación estratégica”

Esta dimensión se corresponde con la sección segunda del cuestionario previo he incluye cinco ítems.

Ni la dimensión ni sus ítems destacan ni como fortaleza ni como debilidad (tabla 39). En positivo destaca el ítem II.20. “En el proceso de adquisición y compra de medicamentos, productos sanitarios, aparataje y dispositivos se incluyen criterios de seguridad” (56% de respuestas positivas); en cambio el ítem que más respuestas negativas ha recibido es el ítem II.19. “Cuando se detecta algún aspecto de SP que precisa llevar a cabo acciones de mejora, se desarrolla un plan por escrito de dichas acciones” (31,1% de respuestas negativas).

Tabla 39.Descriptivo Dimensión II. “Planificación Estratégica”

DIMENSIÓN II. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA			
	N (%)	P (%)	C (%)
II.16. En el Plan Estratégico del SALUD, sector, hospital, centro de salud se incluye una línea de trabajo en seguridad del paciente con objetivos a medio y largo plazo revisada periódicamente por el Equipo Directivo	13,1	53,3	33,6
II.17. Se han desarrollado indicadores del sistema de gestión de riesgos y de las líneas de trabajo en seguridad del paciente	22,2	37,1	40,7
II.18. Se realiza una evaluación mediante la revisión de indicadores de SP	24,3	44,9	30,8
II.19. Cuando se detecta algún aspecto de SP que precisa llevar a cabo acciones de mejor, se desarrolla un plan por escrito de dichas acciones	31,1	47,2	21,7
II.20. En el proceso de adquisición y compra de medicamentos, productos sanitarios, aparataje y dispositivos se incluyen criterios de seguridad	10,0	34,0	56,0
Total dimensión:			
% de respuestas positivas: 36,3±4,2			
% de respuestas en transición: 43,4±4,3			
% de respuestas negativas: 20,3±3,6			

#: Porcentaje

N: No se ha considerado este punto/Se ha considerado, pero no se han implementado

P: Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas

C: Completamente implementado en algunas áreas / Completamente implementado en todas las áreas

Dimensión “Gestión de la información”

Esta dimensión que consta de seis ítems (cinco pertenecientes a la tercera sección del cuestionario original) ni en su conjunto ni cada uno de los ítems son considerados como una fortaleza o una debilidad.

Cabe destacar que casi el 50% de los encuestados responden negativamente al ítem III.21 referido a si el SALUD ofrece a todos sus profesionales un sistema de notificación sencillo, de fácil acceso y confidencial para los riesgos e IRSP mientras que un 24,2% responden positivamente a la misma pregunta. Un 41,2% de los encuestados responde que no se ha considerado o implementado un sistema de alertas para informar a las personas sobre IRSP (tabla 40).

Tabla 40.Descriptivo Dimensión III. “Gestión de la Información”

DIMENSIÓN III. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN			
	N (%)	P (%)	C (%)
III.21. El SALUD ofrece a todos sus profesionales un sistema de notificación sencillo, de fácil acceso y confidencial para los riesgos conocidos y los IRSP	48,4	27,4	24,2
III.22. Se utilizan de forma regular los resultados obtenidos a través de las no conformidades e incidencias de las certificaciones y acreditaciones para priorizar las acciones de mejora	25,3	31,3	43,4
III.23. Se integran en la planificación de la mejora de la calidad todos los conocimientos de SP obtenidos a través de las sugerencias y reclamaciones de los pacientes y de encuestas de satisfacción de los profesionales	25,5	51,0	23,5
III.24. El análisis de eventos adversos se lleva a cabo por profesionales con experiencia en seguridad del paciente y formación en gestión del riesgo	30,3	42,4	27,3
III.25. Cuando se produce un IRSP disponemos de un sistema de alertas que consigue informar a las personas adecuadas en el momento oportuno	41,2	39,2	19,6
V.34. El rediseño de procesos es pilotado y se comprueba su efectividad antes de su aplicación generalizada para identificar nuevas fuentes de fallo del proceso y eventos derivados del cambio	34,0	53,0	13,0
Total dimensión:			
% de respuestas positivas: 25,1±3,6			
% de respuestas en transición: 41,0±4,0			
% de respuestas negativas: 33,9±3,9			
%: Porcentaje			
N: No se ha considerado este punto/Se ha considerado, pero no se han implementado			
P: Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas			
C: Completamente implementado en algunas áreas / Completamente implementado en todas las áreas			

Dimensión “Participación de los profesionales”

Esta dimensión consta de nueve ítems relacionados con la participación de los profesionales en cuestiones sobre SP. Es la dimensión con mayor porcentaje global de respuestas en transición ($44,5\pm 3,2$) y también por ítems con siete de ellos cercanos al 50% y uno de ellos de más del 62,3% (ítem V.33. “El SALUD utiliza listados de verificación, protocolos, procesos, recordatorios y estandariza los equipos, las formas, tiempos y lugares para evitar depender de la memoria y reducir el riesgo en la prestación de la asistencia sanitaria”).

Dos de los ítems que la componen, los dos primeros, relacionados con la realización de actividades formativas en SP y con el reconocimiento de la SP para los profesionales, presentan una implementación parcial o total con un 95,3% y un 87,3% respectivamente (IV.26. “El SALUD realiza actividades formativas para promocionar la SP entre sus profesionales” y IV.27. “Se reconoce la participación en proyectos de mejora de la seguridad y de la calidad en la carrera profesional, baremos de puntuación para oposiciones o movilidad interna”). Sin embargo aunque describe que se han implementado ampliamente las actividades formativas, las técnicas de simulación para mejorar la comunicación interpersonal y del equipo no han sido una de ellas ya que presentan un porcentaje de respuestas negativas de 68,4% que es considerado como una oportunidad de mejora (tabla 41).

Tabla 41.Descriptivo Dimensión IV. "Participación de los profesionales"

DIMENSIÓN IV. PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES			
	N (%)	P (%)	C (%)
IV.26. El SALUD realiza actividades formativas para promocionar la SP entre sus profesionales	4,7	50,4	44,9
IV.27. Se reconoce la participación en proyectos de mejora de la seguridad y de la calidad en la carrera profesional, baremos de puntuación para oposiciones o movilidad interna	12,7	26,5	60,8
IV.28. Existe un programa formativo teórico práctico para desarrollar las competencias clínicas de forma interactiva y las habilidades de trabajo en equipo	26,0	51,9	22,1
IV.29. Se promueve la utilización de técnicas de simulación para mejorar la comunicación interpersonal y del equipo en entornos de alto riesgo	68,4	21,4	10,2
IV.30. Los sistemas de información potencian la comunicación entre profesionales de diferentes ámbitos asistenciales para evitar eventos adversos	37,6	45,9	16,5
IV.31. El Equipo Directivo pone los medios necesarios adecuando las plantillas y reestructurando la organización del centro/servicios para evitar que el personal trabaje bajo presión	35,7	45,0	19,3
IV.32. El Equipo Directivo potencia el desarrollo de planes formativos para fomentar las competencias básicas de la mejora continua, la comunicación abierta, la innovación y resolución de problemas	19,8	46,8	33,4
V.33. El SALUD utiliza listados de verificación, protocolos, procesos, recordatorios y estandariza los equipos, las formas, tiempos y lugares para evitar depender de la memoria y reducir el riesgo en la prestación de la asistencia sanitaria	15,1	62,3	22,6
VI.38. La información para pacientes y los materiales para su formación se han diseñado y entregado en formatos útiles que se adecuen a las necesidades de alfabetización y culturales	26,7	47,6	25,7
Total dimensión:			
% de respuestas positivas:28,4±2,9			
% de respuestas en transición:44,5±3,2			
% de respuestas negativas:27,1±2,9			
%: Porcentaje			
N: No se ha considerado este punto/Se ha considerado, pero no se han implementado			
P: Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas			
C: Completamente implementado en algunas áreas / Completamente implementado en todas las áreas			

Dimensión "Participación del paciente y su familia"

Esta es la dimensión con mayor proporción de respuestas negativas, casi un 50% (47,7±5,6) y aunque no puede ser considerada según los criterios establecidos como una oportunidad de mejora, si tiene un amplio margen para la mejora de la misma. Destaca como debilidad con un 69,3% el ítem VI.36 "Los pacientes y sus familias participan activamente en la resolución de problemas y en la mejora de la calidad" (tabla 42).

Tabla 42.Descriptivo Dimensión V. "Participación del paciente y su familia"

DIMENSIÓN V. PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA			
	N (%)	P (%)	C (%)
VI.35. Se han establecido mecanismos de respuesta inmediata para informar y pedir disculpas al paciente y a su familia cuando ocurre un evento adverso con consecuencias sobre la salud del paciente	48,4	22,1	29,5
VI.36. Los pacientes y sus familias participan activamente en la resolución de problemas y en la mejora de la calidad	69,3	28,7	2,0
VI.37. Los pacientes y sus familias reciben la información y la educación que necesitan para participar plenamente en el cuidado de su salud	26,0	57,7	16,3
Total dimensión:			
% de respuestas positivas:15,7±4,5			
% de respuestas en transición:36,6±5,6			
% de respuestas negativas:47,7±5,6			

#: Porcentaje

N: No se ha considerado este punto/Se ha considerado, pero no se han implementado

P: Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas

C: Completamente implementado en algunas áreas / Completamente implementado en todas las áreas

Dimensión “Actitudes directivas frente a la SP”

Sin llegar a cumplir en su conjunto con los criterios para ser considerada como una fortaleza de la cultura de la SP, esta dimensión es de todas ellas la que cuenta con el porcentaje más alto de respuestas positivas (68,3±3,0). Cuatro ítems si son considerados como fortaleza superando el 75% (VII.41. “Los directivos escuchamos con respeto las opiniones y valoraciones de los profesionales en relación con la seguridad del paciente con independencia de su rango”, VII.42 “Los directivos animamos al personal a expresar puntos de vista alternativos y a expresar libremente cualquier desacuerdo”, VII.43. “Los directivos pasamos por alto fallos relacionados con la asistencia sanitaria que ocurren una y otra vez” y VII.45 “Cuando hay un problema en nuestro centro, gerencia, sector, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas”) (tabla 43).

Tabla 43.Descriptivo Dimensión VI. “Actitudes directivas frente a la seguridad del paciente”

DIMENSIÓNVI. ACTITUDES DIRECTIVAS FRENTE A LA SP			
	Muy en desacuerdo / En desacuerdo (%)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (%)	De acuerdo / Muy acuerdo (%)
VII.39. Cuando ha ocurrido un evento adverso los profesionales de mi centro tienen una actitud temerosa al hablar conmigo	54,8	18,3	26,9
VII.40. Los profesionales de mi centro perciben que la seguridad del paciente es un aspecto prioritario de mi agenda y de mis prioridades como directivo	15,5	39,8	44,7
VII.41. Los directivos escuchamos con respeto las opiniones y valoraciones de los profesionales en relación con la seguridad del paciente con independencia de su rango	9,2	2,7	88,1
VII.42. Los directivos animamos al personal a expresar puntos de vista alternativos y a expresar libremente cualquier desacuerdo	11,2	8,4	80,4
VII.43. Los directivos pasamos por alto fallos relacionados con la asistencia sanitaria que ocurren una y otra vez	78,5	11,2	10,3
VII.44. Los directivos a menudo tomamos decisiones basadas en lo que es mejor para el centro, gerencia, sector en lugar de lo que es mejor para los pacientes	58,9	22,4	18,7
VII.45. Cuando hay un problema en nuestro centro, gerencia, sector, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas	6,4	5,4	88,2
VII.46. La gerencia, dirección solo parece que nos interesamos por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún evento adverso en un paciente	50,9	20,0	29,1
Total dimensión:			
% de respuestas positivas:68,3±3,0			
% de respuestas en transición:15,8±2,6			
% de respuestas negativas:15,9±2,6			
%: Porcentaje			

Calificación global de la cultura de seguridad

La calificación global de la cultura de seguridad que se valora a través de una escala de 0 a 10, ha conseguido con respecto a la puntuación global de la organización una media de 6,6, una mediana de 7,0, con un 25% de los casos con una calificación por debajo de 6 y otro 25% por encima de 7 (tabla 44). El 50% de los encuestados otorgaron una puntuación entre 6,0 y 7,0 por lo que podríamos calificar de poco dispersa y elevada.

En la puntuación global de su ámbito de trabajo encontramos puntuaciones muy semejantes, con una media de 6,9 y un 50% de los encuestados con puntuaciones entre 6 y 8.

Si categorizamos dicha variable en 4 categorías se observa que la seguridad del paciente en la organización obtiene puntuaciones de un 57,8% de notables y sobresalientes mientras que si nos referimos a su ámbito de trabajo este porcentaje se eleva hasta el 67% de calificaciones entre notable y sobresaliente.

Tabla 44.Descriptivo de la Sección VIII. Puntuación Global

SECCIÓN VIII. PUNTUACIÓN GLOBAL	
	Total
VIII.a. Puntuación global de la Organización	
o Media	6,6
o Mediana	7,0
o Percentil 25	6,0
o Percentil 75	7,0
o Rango	1 a 9
VIII.b. Puntuación global de su ámbito de trabajo	
o Media	6,9
o Mediana	7,0
o Percentil 25	6,0
o Percentil 75	8,0
o Rango	2 a 10
Frecuencia de calificaciones en SP de la Organización	
	Porcentaje
Suspense (< 5)	6,4
Aprobado (5-6)	35,8
Notable (7-8)	50,5
Sobresaliente (>8)	7,3
Frecuencia de calificaciones en SP de su ámbito de trabajo	
	Porcentaje
Suspense (< 5)	2,8
Aprobado (5-6)	30,2
Notable (7-8)	53,8
Sobresaliente (>8)	13,2

Sección X. “Set de Buenas Prácticas”

En esta sección se ha descrito el grado de implementación de trece prácticas seguras.

En orden descendiente, las prácticas con una mayor proporción de respuestas positivas, es decir, un mayor grado de implementación son las siguientes: evaluación y prevención de úlceras por presión (88,6%), higiene de manos (81,7%), promover la prevención de IRAS (79,5%), estandarización del proceso de identificación del paciente (72,9%) y mejorar la identificación y el registro de alergias e intolerancia a fármacos y alimentos en la historia clínica (70,4%).

En cambio, el 71,6% de los encuestados responden que no se ha considerado o implementado la realización de una encuesta de seguridad del paciente entre los profesionales (tabla 45).

Tabla 45.Descriptivo de la Sección X. Set de Buenas Prácticas

SECCIÓN X. SET DE BUENAS PRÁCTICAS			
	N (%)	P (%)	C (%)
X.1. Realizar una encuesta de seguridad entre los profesionales	71,6	18,6	9,8
X.2. Asegurar la distribución en la organización de artículos, información y documentos relacionados con la SP y prácticas seguras y estar al día en las últimas iniciativas en cuanto a SP	32,7	51,4	15,9
X.3. Asegurar la comprensión del consentimiento informado	14,2	44,3	41,5
X.4. Implementar prescripciones computerizadas	21,8	47,5	30,7
X.5. Implementar protocolos para prevenir cirugía en sitio y paciente equivocado	19,5	41,5	39,0
X.6. Estandarizar el proceso de identificación de los usuarios en la prestación de la asistencia sanitaria	5,2	21,9	72,9
X.7. Instaurar programas y medidas que garanticen el correcto funcionamiento y mantenimiento del equipamiento	4,3	38,1	57,6
X.8. Evaluación y prevención de úlceras de decúbito	0,0	11,4	88,6
X.9. Promover la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria	1,1	19,3	79,5
X.10. Higiene de manos	1,1	17,2	81,7
X.11. Vacunar al personal sanitario contra la gripe	3,0	36,0	61,0
X.12. Mejorar la identificación y el registro de alergias e intolerancias a fármacos y alimentos en la historia clínica	12,2	17,4	70,4
X.13. Métodos estandarizados para el etiquetado empaquetado y almacenaje de medicamentos	12,0	19,5	68,5

#: Porcentaje

N: No se ha considerado este punto/Se ha considerado, pero no se han implementado

P: Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas

C: Completamente implementado en algunas áreas / Completamente implementado en todas las áreas

Sección XI. "Efectividad de las Buenas Prácticas"

En esta sección se ha evaluado la efectividad de dos prácticas seguras, la higiene de manos y la cirugía segura. En las dos prácticas seguras, el orden según el porcentaje de respuestas bastante y muy efectivas es similar, encontrándose como lo más efectivo la existencia en el centro tanto de preparado de base alcohólica como de listado de verificación, en segundo lugar se encontraría la formación, el tercero la importancia de la retroalimentación de la información y en las dos últimas posiciones el apoyo de los directivos de la institución y la participación de los pacientes. En la tabla 46 hay una descripción completa de los resultados.

Tabla 46.Descriptivo de la Sección XI. Efectividad de las Buenas Prácticas

SECCIÓN XI. EFECTIVIDAD DE LAS BUENAS PRACTICAS			
XI.I. HIGIENE DE MANOS	Poco/Algo efectivo(%)	Indiferente (%)	Bastante / Muy efectivo (%)
XI.I.1. Que los directivos de su institución apoyen y promuevan abiertamente la higiene de manos	1,8	18,6	79,6
XI.I.2. Que en su centro exista un preparado de base alcohólica en cada punto de atención	0,0	2,7	97,3
XI.I.3. Que existan carteles sobre higiene de manos en los puntos de atención a modo de recordatorio	0,0	11,5	88,5
XI.I.4. Que todos los profesionales sanitarios reciban formación sobre la higiene de manos	0,0	6,2	93,8
XI.I.5. Que todos los profesionales sanitarios reciban retroalimentación sobre como realizan la higiene de manos	0,0	10,8	89,2
XI.I.6. Que se invite a los pacientes a recordar a los profesionales sanitarios que deben realizar una buena higiene de las manos	11,9	13,8	74,3
XI.II. CIRUGÍA SEGURA	Poco /Algo efectivo (%)	Indiferente (%)	Bastante / Muy efectivo (%)
XI.II.1. Que los directivos de su institución apoyen y promuevan abiertamente la cirugía segura	0,0	9,4	90,6
XI.II.2. Que en su centro exista un listado de verificación sobre la seguridad en cirugía	1,0	1,9	97,1
XI.II.3. Que todos los profesionales sanitarios reciban formación sobre cirugía segura	0,0	4,8	95,2
XI.II.4. Que los profesionales sanitarios reciban retroalimentación sobre los resultados en cirugía segura	0,9	5,7	93,4
XI.II.5. Que se invite a los pacientes a participar activamente en la cumplimentación de los listados de verificación cuando se les pregunte	4,8	13,5	81,7

En los siguientes cuatro apartados se va a describir y analizar la cultura de seguridad según cargo directivo, categoría profesional, tamaño del centro y ámbito de atención. La mayoría de las diferencias encontradas en casi todas las dimensiones se hallan entre equipos directivos, responsables de calidad y sindicatos, mientras que cuando se analiza según categoría profesional, tamaño del centro y ámbito de atención estas discrepancias disminuyen, encontrándose más semejanzas.

IV.2.2. Análisis comparativo según cargo de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores

Dimensión “Compromiso de la organización”

Esta dimensión destaca por ser la que presenta más diferencias significativas, siete, en los ítems que la componen (tabla 47). El sentido de estas diferencias muestra una mayor proporción de respuestas de carácter positivo en los equipos directivos frente a los responsables de calidad y sindicatos, llegando a identificar estos dos últimos, cuatro de ellos como oportunidades de mejora (I.2. “La seguridad del paciente se ha adoptado como un objetivo estratégico de nuestro Equipo Directivo”, I.11. “Cuando ocurre un incidente relacionado con la seguridad del paciente en nuestro ámbito de trabajo se promueve una actitud no punitiva con el fin de implicar a pacientes y profesionales en la búsqueda de soluciones”, I.12. “En los diferentes Órganos de Dirección se tratan temas de seguridad del paciente, se informan los IRSP y sus posibles soluciones” y I.15. “Cuando un IRSP trasciende a la opinión pública, el SALUD nos asesora en el momento de informar a los medios de comunicación”).

Todos los cargos muestran también como debilidades I.9. “Nuestro Equipo de Dirección promueve que los pacientes se involucren en su seguridad” y I.14. “El SALUD dispone de asesoría psicológica a la que recurrir cuando ha ocurrido un IRSP”.

Tabla 47. Análisis comparativo según cargo directivo de la Dimensión I. "Compromiso de la organización"

DIMENSIÓN I. COMPROMISO DE LA ORGANIZACIÓN					
		Equipo Directivo (%)	R. calidad (%)	R. sindical (%)	p - valor
I.1. La seguridad del paciente se ha adoptado como un objetivo estratégico del SALUD	N	6,4	17,4	40,0	0,057
	P	39,8	47,8	40,0	
	C	53,8	34,8	20,0	
I.2. La seguridad del paciente se ha adoptado como un objetivo estratégico de nuestro Equipo Directivo	N	14,1	8,7	50,0	0,000**
	P	34,6	73,9	50,0	
	C	51,3	17,4	0,0	
I.3. En su ámbito de trabajo se asignan recursos para llevar a cabo iniciativas de seguridad del paciente	N	14,1	30,4	40,0	0,013*
	P	43,6	56,6	60,0	
	C	42,3	13,0	0,0	
I.4. La gestión de riesgos está integrada en el SALUD	N	10,5	31,8	0,0	0,013*
	P	50,0	59,1	66,7	
	C	39,5	9,1	33,3	
I.5. El SALUD supervisa la seguridad del paciente en toda la organización	N	20,3	45,0	66,7	0,019*
	P	45,9	45,0	0,0	
	C	33,8	10,0	33,3	
I.6. Una comisión supervisa la seguridad del paciente dentro de ámbitos concretos de trabajo	N	25,0	33,3	20,0	0,436
	P	34,2	47,7	40,0	
	C	40,8	19,0	40,0	
I.7. Un miembro de la dirección supervisa regularmente la implementación de las iniciativas de seguridad del paciente en su ámbito de trabajo	N	30,1	33,3	25,0	0,223
	P	32,9	52,4	25,0	
	C	37,0	14,3	50,0	
I.8. El SALUD promueve desarrollar alianzas para involucrar a los pacientes/usuarios en su seguridad	N	26,1	52,6	0,0	0,153
	P	42,0	26,3	66,7	
	C	31,9	21,1	33,3	
I.9. Nuestro Equipo de Dirección promueve que los pacientes se involucren en su seguridad	N	51,3	80,0	80,0	0,114
	P	27,6	15,0	0,0	
	C	21,1	5,0	20,0	
I.10. Se han desarrollado acciones para que los profesionales de los sectores, gerencias, servicios y unidades conozcan y apliquen la gestión del riesgo en su trabajo	N	19,7	23,8	42,9	0,435
	P	46,1	57,2	42,9	
	C	34,2	19,0	14,2	
I.11. Cuando ocurre un incidente relacionado con la seguridad del paciente en nuestro ámbito de trabajo se promueve una actitud no punitiva con el fin de implicar a pacientes y profesionales en la búsqueda de soluciones	N	21,1	57,1	40,0	0,007*
	P	40,7	28,6	60,0	
	C	38,2	14,3	0,0	
I.12. En los diferentes Órganos de Dirección se tratan temas de seguridad del paciente, se informan los IRSP y sus posibles soluciones	N	23,7	60,0	42,9	0,001**
	P	43,4	40,0	57,1	
	C	32,9	0,0	0,0	
I.13. En el Gobierno de Aragón se dispone de asesoría legal a la que recurrir cuando ha ocurrido un IRSP	N	23,9	22,2	25,0	1,000
	P	7,9	22,2	25,0	
	C	58,2	55,6	50,0	
I.14. El SALUD dispone de asesoría psicológica a la que recurrir cuando ha ocurrido un IRSP	N	52,2	83,3	75,0	0,525
	P	17,4	0,0	25,0	
	C	30,4	16,7	0,0	
I.15. Cuando un IRSP trasciende a la opinión pública, el SALUD nos asesora en el momento de informar a los medios de comunicación	N	20,0	72,7	60,0	0,002*
	P	30,8	0,0	20,0	
	C	49,2	27,3	20,0	
Total dimensión:					
% de respuestas positivas:		39,8±2,9	16,8±4,8	18,3±10,5	

% de respuestas en transición:	37,1±2,9	42,9±5,9	42,3±11,6
% de respuestas negativas:	23,1±2,6	40,3±5,8	39,4±11,6

?: Porcentaje

N: No se ha considerado este punto/Se ha considerado, pero no se han implementado

P: Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas

C: Completamente implementado en algunas áreas / Completamente implementado en todas las áreas

(*): Resultado significativo, p-valor <0,05

(**): Resultado significativo, p-valor <0,001

Dimensión “Planificación estratégica”

No hay diferencias significativas entre cargos ni para el global de la dimensión ni para los ítems que la componen. Tampoco se identifica ningún ítem ni como fortaleza ni como debilidad (tabla 48).

Tabla 48. Análisis comparativo según cargo directivo de la Dimensión II. “Planificación Estratégica”

DIMENSIÓN II. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA					
		Equipo Directivo (%)	R. calidad (%)	R. sindical (%)	p - valor
II.16. En el Plan Estratégico del SALUD, sector, hospital, centro de salud se incluye paciente con objetivos a medio y una línea de trabajo en seguridad del largo plazo revisada periódicamente por el Equipo Directivo	N	12,8	9,5	40,0	0,334
	P	51,3	66,7	40,0	
	C	35,9	23,8	20,0	
II.17. Se han desarrollado indicadores del sistema de gestión de riesgos y de las líneas de trabajo en seguridad del paciente	N	21,8	17,4	75,0	0,126
	P	34,6	47,8	25,0	
	C	43,6	34,8	0,0	
II.18. Se realiza una evaluación mediante la revisión de indicadores de SP	N	27,6	17,4	20,0	0,260
	P	38,2	56,5	80,0	
	C	34,2	26,1	0,0	
II.19. Cuando se detecta algún aspecto de SP que precisa llevar a cabo acciones de mejor, se desarrolla un plan por escrito de dichas acciones	N	27,3	36,4	80,0	0,173
	P	46,7	50,0	20,0	
	C	26,0	13,6	0,0	
II.20. En el proceso de adquisición y compra de medicamentos, productos sanitarios, aparataje y dispositivos se incluyen criterios de seguridad	N	8,1	15,8	20,0	0,226
	P	31,1	36,8	60,0	
	C	60,8	47,4	20,0	
Total dimensión:					
% de respuestas positivas:		39,9±5,0	28,7±9,1	8,4±17,5	
% de respuestas en transición:		40,5±5,0	51,9±9,2	45,8±19,1	
% de respuestas negativas:		19,6±4,3	19,4±8,5	45,8±19,1	
%: Porcentaje					
N: No se ha considerado este punto/Se ha considerado, pero no se han implementado					
P: Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas					
C: Completamente implementado en algunas áreas / Completamente implementado en todas las áreas					

Dimensión “Gestión de la información”

Esta dimensión resulta moderadamente positiva para todos los cargos aunque encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuatro ítems. Estas diferencias son en el sentido de que los equipos directivos tienen un mayor número de respuestas con carácter positivo y en transición cuando nos referimos a los ítems III.21, III.24, III.25 y V.34 (“El SALUD ofrece a todos sus profesionales un sistema de notificación sencillo, de

fácil acceso y confidencial para los riesgos conocidos y los IRSP, “El análisis de eventos adversos se lleva a cabo por profesionales con experiencia en seguridad del paciente y formación en gestión del riesgo”, “Cuando se produce un IRSP disponemos de un sistema de alertas que consigue informar a las personas adecuadas en el momento oportuno” y “El rediseño de procesos es pilotado y se comprueba su efectividad antes de su aplicación generalizada para identificar nuevas fuentes de fallo del proceso y eventos derivados del cambio”, respectivamente) mientras que los responsables de calidad y sindicatos las consideran como una debilidad. Los datos completos se describen en la tabla 49.

Tabla 49. Análisis comparativo según cargo directivo de la Dimensión III. “Gestión de la información”

DIMENSIÓN III. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN					
		Equipo Directivo (%)	R. calidad (%)	R. sindical (%)	p - valor
III.21. El SALUD ofrece a todos sus profesionales un sistema de notificación sencillo, de fácil acceso y confidencial para los riesgos conocidos y los IRSP	N	36,5	77,8	71,4	0,008*
	P	33,3	16,7	0,0	
	C	30,2	5,5	28,6	
III.22. Se utilizan de forma regular los resultados obtenidos a través de las no conformidades e incidencias de las certificaciones y acreditaciones para priorizar las acciones de mejora	N	23,9	19,0	75,0	0,186
	P	29,6	38,1	25,0	
	C	46,5	42,9	0,0	
III.23. Se integran en la planificación de la mejora de la calidad todos los conocimientos de SP obtenidos a través de las sugerencias y reclamaciones de los pacientes y de encuestas de satisfacción de los profesionales	N	21,9	36,4	50,0	0,438
	P	53,4	40,9	25,0	
	C	24,7	22,7	25,0	
III.24. El análisis de eventos adversos se lleva a cabo por profesionales con experiencia en seguridad del paciente y formación en gestión del riesgo	N	23,6	47,6	100,0	0,026*
	P	45,8	38,1	0,0	
	C	30,6	14,3	0,0	
III.25. Cuando se produce un IRSP disponemos de un sistema de alertas que consigue informar a las personas adecuadas en el momento oportuno	N	36,1	59,1	20,0	0,023*
	P	38,9	40,9	60,0	
	C	25,0	0,0	20,0	
V.34. El rediseño de procesos es pilotado y se comprueba su efectividad antes de su aplicación generalizada para identificar nuevas fuentes de fallo del proceso y eventos derivados del cambio	N	26,8	52,4	60,0	0,044*
	P	54,9	47,6	40,0	
	C	18,3	0,0	0,0	
Total dimensión:					
% de respuestas positivas:		29,1±4,5	14,4±7,2	14,3±17,2	
% de respuestas en transición:		43,0±4,8	48,0±8,7	25±18,3	
% de respuestas negativas:		27,9±4,5	37,6±8,7	60,7±15,7	

#: Porcentaje

N: No se ha considerado este punto/Se ha considerado, pero no se han implementado

P: Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas

C: Completamente implementado en algunas áreas / Completamente implementado en todas las áreas

(*): Resultado significativo, p- valor <0,05

Dimensión “Participación de los profesionales”

En esta dimensión tampoco hay diferencias en su conjunto según cargo (tabla 50). Analizando los ítems, destaca como oportunidad de mejora, la utilización de técnicas de simulación para mejorar la comunicación con más del 60% de respuestas negativas en todas las categorías sin encontrar diferencias significativas entre ellas. Las diferencias significativas se encuentran, en cambio, en cuatro ítems, siendo el sentido de las mismas más positivo en los equipos directivos frente responsables de calidad y sindicatos que las llegan a considerar como debilidad en tres de ellos (IV.31. “El Equipo Directivo pone los medios necesarios adecuando las plantillas y reestructurando la organización del centro/servicios para evitar que el personal trabaje bajo presión”, IV.32. “El Equipo Directivo potencia el desarrollo de planes formativos para fomentar las competencias básicas de la mejora continua, la comunicación abierta, la innovación y resolución de problemas”, V.33. “El SALUD utiliza listados de verificación, protocolos, procesos, recordatorios y estandariza los equipos, las formas, tiempos y lugares para evitar depender de la memoria y reducir el riesgo en la prestación de la asistencia sanitaria), mientras que en otro “IV.27 “Se reconoce la participación en proyectos de mejora de la seguridad y de la calidad en la carrera profesional, baremos de puntuación para oposiciones o movilidad interna” el sentido positivo es de los equipos directivos y responsables de calidad frente a sindicatos.

Tabla 50. Análisis comparativo según cargo directivo de la Dimensión IV. "Participación de los profesionales"

DIMENSIÓN IV. PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES					
		Equipo Directivo (%)	R. calidad (%)	R. sindical (%)	p - valor
IV.26. El SALUD realiza actividades formativas para promocionar la SP entre sus profesionales	N	5,2	0,0	25,0	0,157
	P	49,4	52,2	75,0	
	C	45,4	47,8	0,0	
IV.27. Se reconoce la participación en proyectos de mejora de la seguridad y de la calidad en la carrera profesional, baremos de puntuación para oposiciones o movilidad interna	N	9,7	9,5	57,1	0,008*
	P	30,6	14,3	28,6	
	C	59,7	76,2	14,3	
IV.28. Existe un programa formativo teórico práctico para desarrollar las competencias clínicas de forma interactiva y las habilidades de trabajo en equipo	N	25,0	23,8	40,0	0,320
	P	48,7	66,7	60,0	
	C	26,3	9,5	0,0	
IV.29. Se promueve la utilización de técnicas de simulación para mejorar la comunicación interpersonal y del equipo en entornos de alto riesgo	N	62,3	81,0	83,3	0,609
	P	24,7	14,2	16,7	
	C	13,0	4,8	0,0	
IV.30. Los sistemas de información potencian la comunicación entre profesionales de diferentes ámbitos asistenciales para evitar eventos adversos	N	32,9	47,6	66,7	0,053
	P	45,6	52,4	33,3	
	C	21,5	0,0	0,0	
IV.31. El Equipo Directivo pone los medios necesarios adecuando las plantillas y reestructurando la organización del centro/servicios para evitar que el personal trabaje bajo presión	N	25,6	52,4	85,7	0,011*
	P	51,3	33,3	14,3	
	C	23,1	14,3	0,0	
IV.32. El Equipo Directivo potencia el desarrollo de planes formativos para fomentar las competencias básicas de la mejora continua, la comunicación abierta, la innovación y resolución de problemas	N	13,9	22,7	71,4	0,017*
	P	49,4	45,5	28,6	
	C	36,7	31,8	0,0	
V.33. El SALUD utiliza listados de verificación, protocolos, procesos, recordatorios y estandariza los equipos, las formas, tiempos y lugares para evitar depender de la memoria y reducir el riesgo en la prestación de la asistencia sanitaria	N	9,3	22,7	50,0	0,021*
	P	62,7	68,2	50,0	
	C	28,0	9,1	0,0	
VI.38. La información para pacientes y los materiales para su formación se han diseñado y entregado en formatos útiles que se adecuen a las necesidades de alfabetización y culturales	N	28,4	31,8	0,0	0,628
	P	47,3	40,9	66,7	
	C	24,3	27,3	33,3	
Total dimensión:					
% de respuestas positivas:		30,9±3,6	24,7±6,5	5,6±9,6	
% de respuestas en transición:		45,8±3,8	43,3±7,0	38,8±13,3	
% de respuestas negativas:		23,3±3,3	32,0±6,9	55,6±12,4	

#: Porcentaje

N: No se ha considerado este punto/Se ha considerado, pero no se han implementado

P: Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas

C: Completamente implementado en algunas áreas / Completamente implementado en todas las áreas

(*): Resultado significativo, p- valor <0,05

Dimensión "Participación del paciente y su familia"

Sin llegar a ser una oportunidad de mejora en su conjunto, esta dimensión muestra el mayor porcentaje de respuestas negativas para todos los cargos (tabla 51). En todos ellos destaca como debilidad el ítem VI.36. "Los pacientes y sus familias participan activamente en la resolución de problemas y en la mejora de la calidad" con más del 60% de respuestas negativas. En relación ítem VI. 35. "Se han establecido mecanismos de respuesta inmediata para informar y pedir disculpas al paciente y a su familia cuando ocurre un evento adverso con consecuencias sobre la salud del paciente" se observan diferencias estadísticamente significativas en la respuesta con mayor proporción de respuestas carácter negativo en los responsables de calidad y representantes sindicales que en el equipo directivo.

Tabla 51. Análisis comparativo según cargo directivo de la Dimensión V. "Participación del paciente y su familia"

DIMENSIÓN V. PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA					
		Equipo Directivo (%)	R. calidad (%)	R. sindical (%)	p-valor
VI.35. Se han establecido mecanismos de respuesta inmediata para informar y pedir disculpas al paciente y a su familia cuando ocurre un evento adverso con consecuencias sobre la salud del paciente	N	35,3	80,0	100,0	0,001**
	P	29,4	5,0	0,0	
	C	35,3	15,0	0,0	
VI.36. Los pacientes y sus familias participan activamente en la resolución de problemas y en la mejora de la calidad	N	63,4	86,4	60,0	0,266
	P	33,8	13,6	40,0	
	C	2,8	0,0	0,0	
VI.37. Los pacientes y sus familias reciben la información y la educación que necesitan para participar plenamente en el cuidado de su salud	N	27,4	31,8	0,0	0,511
	P	57,5	54,6	66,7	
	C	15,1	13,6	33,3	
Total dimensión:					
% de respuestas positivas:		17,5±5,7	9,4±9,6	13,3±24,5	
% de respuestas en transición:		40,5±6,7	25,0±11,8	40,0±24,3	
% de respuestas negativas:		42,0±6,7	65,6±10,5	46,7±23,2	

%; Porcentaje

N: No se ha considerado este punto/Se ha considerado, pero no se han implementado

P: Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas

C: Completamente implementado en algunas áreas / Completamente implementado en todas las áreas

(**): Resultado significativo, p-valor <0,001

Dimensión "Actitudes directivas frente a la SP"

Esta dimensión resulta ser moderadamente positiva para todos los cargos, sobre todo para el equipo directivo (tabla 52). En cuatro ítems (VII.41, VII.42, VII.45 y VII.46) encontramos diferencias significativas en el sentido de que en los equipos directivos es

mayor la proporción de respuestas positivas, hasta tal punto de aparecer como fortaleza en tres de ellos (VII.41 “Los directivos escuchamos con respeto las opiniones y valoraciones de los profesionales en relación con la seguridad del paciente con independencia de su rango”, VII.42 “Los directivos animamos al personal a expresar puntos de vista alternativos y a expresar libremente cualquier desacuerdo” y VII.45 “Cuando hay un problema en nuestro centro, gerencia, sector, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas”).

Tabla 52. Análisis comparativo según cargo directivo de la Dimensión VI. “Actitudes directivas frente a la SP”

DIMENSIÓN VI. ACTITUDES DIRECTIVAS FRENTE A LA SP					
		Equipo Directivo (%)	R. calidad (%)	R. sindical (%)	p - valor
VII.39. Cuando ha ocurrido un evento adverso los profesionales de mi centro tienen una actitud temerosa al hablar conmigo	D	57,3	60,0	14,3	0,140
	N	18,7	10,0	42,8	
	A	24,0	30,0	42,9	
VII.40. Los profesionales de mi centro perciben que la seguridad del paciente es un aspecto prioritario de mi agenda y de mis prioridades como directivo	D	14,7	15,8	33,3	0,644
	N	37,3	47,4	33,4	
	A	48,0	36,8	33,3	
VII.41. Los directivos escuchamos con respeto las opiniones y valoraciones de los profesionales en relación con la seguridad del paciente con independencia de su rango	D	3,8	14,3	57,1	0,000**
	N	1,3	9,5	0,0	
	A	94,9	76,2	42,9	
VII.42. Los directivos animamos al personal a expresar puntos de vista alternativos y a expresar libremente cualquier desacuerdo	D	3,9	28,6	28,6	0,000**
	N	3,9	19,0	28,6	
	A	92,2	52,4	42,8	
VII.43. Los directivos pasamos por alto fallos relacionados con la asistencia sanitaria que ocurren una y otra vez	D	83,3	63,2	57,1	0,080
	N	9,0	15,7	28,6	
	A	7,7	21,1	14,3	
VII.44. Los directivos a menudo tomamos decisiones basadas en lo que es mejor para el centro, gerencia, sector en lugar de lo que es mejor para los pacientes	D	64,9	45,0	42,9	0,094
	N	23,4	25,0	14,3	
	A	11,7	30,0	42,9	
VII.45. Cuando hay un problema en nuestro centro, gerencia, sector, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas	D	1,3	13,6	42,9	0,001**
	N	3,8	13,7	0,0	
	A	94,9	72,7	57,1	
VII.46. La gerencia, dirección solo parece que nos interesamos por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún evento adverso en un paciente	D	60,3	27,3	28,6	0,019*
	N	16,6	36,3	14,3	
	A	23,1	36,4	57,1	
Total dimensión:					
% de respuestas positivas:		74,5±3,3	54,2±7,4	40,0±13,2	
% de respuestas en transición:		14,3±3,0	22,0±6,9	20,0±12,4	
% de respuestas negativas:		11,2±2,7	23,8±7,1	40,0±13,2	

#: Porcentaje

D: Muy en desacuerdo / En desacuerdo

N: Ni en acuerdo ni en desacuerdo

A: De acuerdo / Muy acuerdo

(*): Resultado significativo, p- valor <0,05

(**): Resultado significativo, p- valor <0,001

Calificación global de la cultura de seguridad

En líneas generales, según muestra la tabla 53, la puntuación global de seguridad del paciente resulta significativamente mayor en los equipos directivos que en el resto de los cargos tanto en relación a la organización como al ámbito de trabajo, siendo estas diferencias de hasta 2 puntos en la mediana. La respuesta es más homogénea en los responsables de calidad, situándose el 50% de los valores entre 6 y 7, mientras que en el resto puede oscilar hasta de 4 a 8 en los representantes sindicales.

Tabla 53. Análisis comparativo según cargo directivo de la Sección VIII. "Puntuación global"

SECCIÓN VIII. PUNTUACIÓN GLOBAL				
	Equipo Directivo (%)	R. calidad (%)	R. sindical (%)	p - valor
VIII.a. Puntuación global de la Organización				
o Media	6,8	6,1	5,4	0,030*
o Mediana	7,0	6,0	5,0	
o Percentil 25	6,0	5,8	4,0	
o Percentil 75	8,0	7,0	8,0	
o Rango	4 a 9	3 a 8	1 a 9	
VIII.b. Puntuación global de su ámbito de trabajo				
o Media	7,2	6,5	5,3	0,002*
o Mediana	7,0	7,0	5,0	
o Percentil 25	6,8	6,0	4,3	
o Percentil 75	8,0	7,0	6,5	
o Rango	5 a 10	4 a 8	2 a 9	

Sección X. "Set de Buenas Prácticas"

En esta sección todos los cargos han identificado como fortalezas dos prácticas seguras, X.8. "Evaluación y prevención de úlceras de decúbito" y X.9. "Promover la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria" y como debilidad, una, X.1. "Realizar una encuesta de seguridad entre los profesionales". Existen diferencias significativas con una proporción de respuestas positivas mayor en los equipos directivos frente al resto de grupos en el ítem X.2. "Asegurar la distribución en la organización de artículos, información y documentos relacionados con la SP y prácticas seguras y estar al día en las últimas iniciativas en cuanto a SP" (tabla 54).

Tabla 54. Análisis comparativo según cargo directivo de la Sección X. "Set de Buenas Prácticas"

SECCIÓN X. SET DE BUENAS PRÁCTICAS					
		Equipo Directivo (%)	R. calidad (%)	R. sindical (%)	p - valor
X.1. Realizar una encuesta de seguridad entre los profesionales	N	67,1	78,3	100,0	0,353
	P	22,9	8,7	0,0	
	C	10,0	13,0	0,0	
X.2. Asegurar la distribución en la organización de artículos, información y documentos relacionados con la SP y prácticas seguras y estar al día en las últimas iniciativas en cuanto a SP	N	22,7	52,2	85,7	0,003*
	P	58,6	39,1	14,3	
	C	18,7	8,7	0,0	
X.3. Asegurar la comprensión del consentimiento informado	N	11,8	23,8	16,7	0,660
	P	44,8	38,1	50,0	
	C	43,4	38,1	33,3	
X.4. Implementar prescripciones computerizadas	N	17,6	26,3	40,0	0,399
	P	47,3	47,4	60,0	
	C	35,1	26,3	0,0	
X.5. Implementar protocolos para prevenir cirugía en sitio y paciente equivocado	N	18,2	25,0	25,0	0,307
	P	36,3	56,2	25,0	
	C	45,5	18,8	50,0	
X.6. Estandarizar el proceso de identificación de los usuarios en la prestación de la asistencia sanitaria	N	1,5	14,3	25,0	0,057
	P	23,5	19,0	25,0	
	C	75,0	66,7	50,0	
X.7. Instaurar programas y medidas que garanticen el correcto funcionamiento y mantenimiento del equipamiento	N	2,9	5,0	33,3	0,128
	P	34,8	50,0	33,4	
	C	62,3	45,0	33,3	
X.8. Evaluación y prevención de úlceras de decúbito	N	0,0	0,0	0,0	0,489
	P	11,9	4,8	16,7	
	C	88,1	95,2	83,3	
X.9. Promover la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria	N	1,6	0,0	0,0	0,750
	P	19,7	23,8	0,0	
	C	78,7	76,2	100,0	
X.10. Higiene de manos	N	0,0	4,8	0,0	0,224
	P	15,4	23,8	0,0	
	C	84,6	71,4	100,0	
X.11. Vacunar al personal sanitario contra la gripe	N	2,8	5,0	0,0	0,948
	P	33,8	35,0	33,3	
	C	63,4	60,0	66,7	
X.12. Mejorar la identificación y el registro de alergias e intolerancias a fármacos y alimentos en la historia clínica	N	8,7	23,8	16,7	0,302
	P	18,8	14,3	0,0	
	C	72,5	61,9	83,3	
X.13. Métodos estandarizados para el etiquetado empaquetado y almacenaje de medicamentos	N	9,0	16,7	25,0	0,563
	P	20,9	22,2	0,0	
	C	70,1	61,1	75,0	

#: Porcentaje

N: No se ha considerado este punto/Se ha considerado, pero no se han implementado

P: Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas

C: Completamente implementado en algunas áreas / Completamente implementado en todas las áreas

(*): Resultado significativo, p- valor <0,05

Sección XI. "Efectividad de las Buenas Prácticas"

La respuesta a esta sección es bastante homogénea, incluso en aquellos ítems con diferencias significativas en el sentido de una mayor proporción de respuestas positivas en los equipos directivos frente al resto (XI.I.1. Que los directivos de su institución apoyen y promuevan abiertamente la higiene de manos y XI.I.6. Que se invite a los pacientes a recordar a los profesionales sanitarios que deben realizar una buena higiene de las manos). Los ítems que se refieren a invitar a la participación a los pacientes son los que menor proporción de respuestas positivas presentan de toda la sección (tabla 55).

Tabla 55. Análisis comparativo según cargo directivo de la Sección XI. "Efectividad de las Buenas Prácticas"

XI. EFECTIVIDAD DE LAS BUENAS PRACTICAS					
XI.I. HIGIENE DE MANOS					
		Equipo Directivo (%)	R. calidad (%)	R. sindical (%)	p - valor
XI.I.1. Que los directivos de su institución apoyen y promuevan abiertamente la higiene de manos	P	0,0	0,0	25,0	0,009*
	I	17,7	26,1	0,0	
	B	82,3	73,9	75,0	
XI.I.2. Que en su centro exista un preparado de base alcohólica en cada punto de atención	P	0,0	0,0	0,0	1,000
	I	3,8	0,0	0,0	
	B	96,2	100,0	100,0	
XI.I.3. Que existan carteles sobre higiene de manos en los puntos de atención a modo de recordatorio	P	0,0	0,0	0,0	0,131
	I	13,9	0,0	12,5	
	B	86,1	100,0	87,5	
XI.I.4. Que todos los profesionales sanitarios reciban formación sobre la higiene de manos	P	0,0	0,0	0,0	1,000
	I	7,7	4,3	0,0	
	B	92,3	95,7	100,0	
XI.I.5. Que todos los profesionales sanitarios reciban retroalimentación sobre como realizan la higiene de manos	P	0,0	0,0	0,0	0,574
	I	13,0	4,3	12,5	
	B	87,0	95,7	87,5	
XI.I.6. Que se invite a los pacientes a recordar a los profesionales sanitarios que deben realizar una buena higiene de las manos	P	10,5	4,5	50,0	0,013*
	I	18,4	4,6	0,0	
	B	71,1	90,9	50,0	
XI.II. CIRUGÍA SEGURA					
		Equipo Directivo (%)	R. calidad (%)	R. sindical (%)	p - valor
XI.II.1. Que los directivos de su institución apoyen y promuevan abiertamente la cirugía segura	P	0,0	0,0	0,0	0,381
	I	6,8	14,3	12,5	
	B	93,2	85,7	87,5	
XI.II.2. Que en su centro exista un listado de verificación sobre la seguridad en cirugía	P	0,0	0,0	12,5	0,181
	I	2,8	0,0	0,0	
	B	97,2	100,0	87,5	
XI.II.3. Que todos los profesionales sanitarios reciban formación sobre cirugía segura	P	0,0	0,0	0,0	0,726
	I	6,8	0,0	0,0	
	B	93,2	100,0	100,0	
XI.II.4. Que los profesionales sanitarios reciban retroalimentación sobre los resultados en cirugía segura	P	0,0	0,0	12,5	0,220
	I	6,8	4,8	0,0	
	B	93,2	95,2	87,5	
XI.II.5. Que se invite a los pacientes a participar activamente en la cumplimentación de los listados de verificación cuando se les pregunte	P	2,7	5,3	25,0	0,090
	I	16,2	5,2	12,5	
	B	81,1	89,5	62,5	

%; Porcentaje

P: Poco/Algo efectivo

I: Indiferente

B: Bastante/Muy efectivo

(*): Resultado significativo, p- valor <0,05

IV.2.3. Análisis comparativo según categoría profesional de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores

Dimensión “Compromiso de la organización”

Cuando analizamos esta dimensión en global y por ítems observamos que existen menos discrepancias según categoría profesional que según cargo (tabla 56). Solamente identificamos dos diferencias significativas en los ítems I.14 “El SALUD dispone de asesoría psicológica a la que recurrir cuando ha ocurrido un IRSP” y I.15. “Cuando un IRSP trasciende a la opinión pública, el SALUD nos asesora en el momento de informar a los medios de comunicación”. El primero de ellos presenta una mayor proporción de respuestas negativas, llegando a considerarse debilidad, tanto para médicos como para personal de enfermería. En las tres categorías destaca también como debilidad el ítem I.9 “Nuestro Equipo de Dirección promueve que los pacientes se involucren en su seguridad”.

Tabla 56. Análisis comparativo según categoría profesional de la Dimensión I. “Compromiso de la organización”

Página siguiente.

DIMENSIÓN I. COMPROMISO DE LA ORGANIZACIÓN					
		Médico/a (%)	Enfermero/a (%)	Otros (%)	p - valor
I.1. La seguridad del paciente se ha adoptado como un objetivo estratégico del SALUD	N	8,5	14,7	7,1	0,762
	P	39,0	44,1	50,0	
	C	52,5	41,2	42,9	
I.2. La seguridad del paciente se ha adoptado como un objetivo estratégico de nuestro Equipo Directivo	N	10,2	17,1	28,6	0,516
	P	47,4	42,9	35,7	
	C	42,4	40,0	35,7	
I.3. En su ámbito de trabajo se asignan recursos para llevar a cabo iniciativas de seguridad del paciente	N	18,6	20,6	21,4	0,588
	P	44,1	55,9	35,7	
	C	37,3	23,5	42,9	
I.4. La gestión de riesgos está integrada en el SALUD	N	16,1	15,2	7,7	0,833
	P	51,8	48,4	69,2	
	C	32,1	36,4	23,1	
I.5. El SALUD supervisa la seguridad del paciente en toda la organización	N	26,4	25,0	30,8	0,832
	P	41,5	46,9	53,8	
	C	32,1	28,1	15,4	
I.6. Una comisión supervisa la seguridad del paciente dentro de ámbitos concretos de trabajo	N	28,6	20,6	33,3	0,507
	P	30,3	47,0	41,7	
	C	41,1	32,4	25,0	
I.7. Un miembro de la dirección supervisa regularmente la implementación de las iniciativas de seguridad del paciente en su ámbito de trabajo	N	31,4	29,4	30,8	0,995
	P	37,2	35,3	38,4	
	C	31,4	35,3	30,8	
I.8. El SALUD promueve desarrollar alianzas para involucrar a los pacientes/usuarios en su seguridad	N	30,6	30,0	30,8	0,219
	P	49,0	26,7	38,4	
	C	20,4	43,3	30,8	
I.9. Nuestro Equipo de Dirección promueve que los pacientes se involucren en su seguridad	N	58,2	57,6	57,1	0,761
	P	23,6	21,2	35,8	
	C	18,2	21,2	7,1	
I.10. Se han desarrollado acciones para que los profesionales de los sectores, gerencias, servicios y unidades conozcan y apliquen la gestión del riesgo en su trabajo	N	19,6	22,9	30,8	0,712
	P	50,0	42,8	53,8	
	C	30,4	34,3	15,4	
I.11. Cuando ocurre un incidente relacionado con la seguridad del paciente en nuestro ámbito de trabajo se promueve una actitud no punitiva con el fin de implicar a pacientes y profesionales en la búsqueda de soluciones	N	31,5	28,6	21,4	0,874
	P	35,2	42,8	50,0	
	C	33,3	28,6	28,6	
I.12. En los diferentes Órganos de Dirección se tratan temas de seguridad del paciente, se informan los IRSP y sus posibles soluciones	N	36,4	34,3	7,7	0,190
	P	45,4	37,1	53,8	
	C	18,2	28,6	38,5	
I.13. En el Gobierno de Aragón se dispone de asesoría legal a la que recurrir cuando ha ocurrido un IRSP	N	34,1	11,1	15,4	0,158
	P	19,6	14,8	23,1	
	C	46,3	74,1	61,5	
I.14. El SALUD dispone de asesoría psicológica a la que recurrir cuando ha ocurrido un IRSP	N	76,7	50,0	11,1	0,001**
	P	3,3	16,7	55,6	
	C	20,0	33,3	33,3	
I.15. Cuando un IRSP trasciende a la opinión pública, el SALUD nos asesora en el momento de informar a los medios de comunicación	N	39,5	25,0	0,0	0,002*
	P	20,9	14,3	72,7	
	C	39,6	60,7	27,3	
Total dimensión:					
% de respuestas positivas:		33,4±3,4	36,7±4,4	30,6±6,8	
% de respuestas en transición:		37,5±3,5	37,0±4,4	46,6±7,0	
% de respuestas negativas:		29,1±3,3	26,3±4,1	22,8±6,4	

#: Porcentaje (*): Resultado significativo, p- valor <0,05, (**): Resultado significativo, p-valor <0,001

N: No se ha considerado este punto/Se ha considerado, pero no se han implementado

P: Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas /

C: Completamente implementado en algunas áreas / Completamente implementado en todas las áreas

Dimensión “Planificación Estratégica”

Para esta dimensión los resultados son homogéneos (tabla 57), no apreciándose diferencias significativas para ninguno de los ítems ni para el global de la dimensión.

Tabla 57. Análisis comparativo según categoría profesional de la Dimensión II. “Planificación Estratégica”

DIMENSIÓN II. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA					
		Médico/a (%)	Enfermero/a (%)	Otros (%)	p- valor
II.16. En el Plan Estratégico del SALUD, sector, hospital, centro de salud se incluye una línea de trabajo en seguridad del paciente con objetivos a medio y largo plazo revisada periódicamente por el Equipo Directivo	N	12,3	11,8	21,4	0,749
	P	56,1	50,0	57,2	
	C	31,6	38,2	21,4	
II.17. Se han desarrollado indicadores del sistema de gestión de riesgos y de las líneas de trabajo en seguridad del paciente	N	23,7	17,6	30,8	0,798
	P	39,0	35,3	38,4	
	C	37,3	47,1	30,8	
II.18. Se realiza una evaluación mediante la revisión de indicadores de SP	N	28,1	14,3	38,5	0,126
	P	47,4	40,0	46,1	
	C	24,6	45,7	15,4	
II.19. Cuando se detecta algún aspecto de SP que precisa llevar a cabo acciones de mejor, se desarrolla un plan por escrito de dichas acciones	N	30,4	28,6	42,9	0,559
	P	42,8	51,4	50,0	
	C	26,8	20,0	7,1	
II.20. En el proceso de adquisición y compra de medicamentos, productos sanitarios, aparataje y dispositivos se incluyen criterios de seguridad	N	9,4	9,1	15,4	0,330
	P	34,0	27,3	53,8	
	C	56,6	63,6	30,8	
Total dimensión:					
% de respuestas positivas:		35,1±5,7	42,7±7,5	20,9±11,2	
% de respuestas en transición:		44,0±5,8	40,9±7,5	49,2±11,7	
% de respuestas negativas:		20,9±5,1	16,4±6,3	29,9±11,8	

#: Porcentaje

N: No se ha considerado este punto/Se ha considerado, pero no se han implementado

P: Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas

C: Completamente implementado en algunas áreas / Completamente implementado en todas las áreas

Dimensión “Gestión de la información”

Tampoco hay diferencias significativas para la dimensión en su conjunto. Analizando los ítems observamos que el ítem III.21 “El SALUD ofrece a todos sus profesionales un sistema de notificación sencillo, de fácil acceso y confidencial para los riesgos conocidos y los IRSP” tiene una mayor proporción de respuestas negativas, incluso identificándose como debilidad entre los médicos en relación al resto de los grupos, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Reconocemos también como debilidad para los médicos el ítem III.25 “Cuando se produce un IRSP disponemos de un sistema de alertas que consigue informar a las personas adecuadas en el momento oportuno” sin encontrar

diferencias significativas con el resto de los grupos. En los ítems III.24 y V.34 (“El análisis de eventos adversos se lleva a cabo por profesionales con experiencia en seguridad del paciente y formación en gestión del riesgo” y “El rediseño de procesos es pilotado y se comprueba su efectividad antes de su aplicación generalizada para identificar nuevas fuentes de fallo del proceso y eventos derivados del cambio”) encontramos mayor porcentaje de respuestas con carácter negativo entre los médicos y entre médicos y enfermería respectivamente en relación a otros grupos, siendo estas diferencias significativas (tabla 58).

Tabla 58. Análisis comparativo según categoría profesional de la Dimensión III. “Gestión de la información”

DIMENSIÓN III. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN					
		Médico/a	Enfermero/a	Otros	p -
		(%)	(%)	(%)	valor
III.21. El SALUD ofrece a todos sus profesionales un sistema de notificación sencillo, de fácil acceso y confidencial para los riesgos conocidos y los IRSP	N	59,6	39,4	22,2	0,037*
	P	19,1	27,3	66,7	
	C	21,3	33,3	11,1	
III.22. Se utilizan de forma regular los resultados obtenidos a través de las no conformidades e incidencias de las certificaciones y acreditaciones para priorizar las acciones de mejora	N	25,0	26,5	27,3	0,949
	P	34,6	26,5	27,2	
	C	40,4	47,1	45,5	
III.23. Se integran en la planificación de la mejora de la calidad todos los conocimientos de SP obtenidos a través de las sugerencias y reclamaciones de los pacientes y de encuestas de satisfacción de los profesionales	N	18,5	38,2	25,0	0,188
	P	51,9	41,2	66,7	
	C	29,6	20,6	8,3	
III.24. El análisis de eventos adversos se lleva a cabo por profesionales con experiencia en seguridad del paciente y formación en gestión del riesgo	N	35,2	28,1	18,2	0,013*
	P	46,3	25,0	72,7	
	C	18,5	46,9	9,1	
III.25. Cuando se produce un IRSP disponemos de un sistema de alertas que consigue informar a las personas adecuadas en el momento oportuno	N	51,9	31,4	23,1	0,111
	P	34,6	40,0	61,5	
	C	13,5	28,6	15,4	
V.34. El rediseño de procesos es pilotado y se comprueba su efectividad antes de su aplicación generalizada para identificar nuevas fuentes de fallo del proceso y eventos derivados del cambio	N	38,9	39,4	0,0	0,037*
	P	50,0	42,4	90,9	
	C	11,1	18,2	9,1	
Total dimensión:					
% de respuestas positivas:		22,3±4,9	32,3±6,7	16,4±10,6	
% de respuestas en transición:		40,0±5,5	33,9±6,8	64,2±10,4	
% de respuestas negativas:		37,7±5,5	33,8±6,8	19,4±11,0	

#: Porcentaje

N: No se ha considerado este punto/Se ha considerado, pero no se han implementado

P: Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas

C: Completamente implementado en algunas áreas / Completamente implementado en todas las áreas

(*): Resultado significativo, p- valor <0,05

Dimensión “Participación de los profesionales”

Para esta dimensión los resultados son muy homogéneos sin encontrar diferencias significativas en el global de la dimensión ni por ítems, salvo en el ítem IV.32 “El Equipo Directivo potencia el desarrollo de planes formativos para fomentar las competencias básicas de la mejora continua, la comunicación abierta, la innovación y resolución de problemas” donde si se encuentran, existiendo una mayor proporción de respuestas positivas para médicos que para el resto de los grupos. Destaca como debilidad en todos los grupos y ya identificada en anteriores apartados el ítem IV.29 “Se promueve la utilización de técnicas de simulación para mejorar la comunicación interpersonal y del equipo en entornos de alto riesgo” (tabla 59).

Tabla 59. Análisis comparativo según categoría profesional de la Dimensión IV. "Participación de los profesionales"

DIMENSIÓN IV. PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES					
		Médico/a (%)	Enfermero/a (%)	Otros (%)	p - valor
IV.26. El SALUD realiza actividades formativas para promocionar la SP entre sus profesionales	N	3,4	6,3	7,1	0,225
	P	52,5	40,6	71,5	
	C	44,1	53,1	21,4	
IV.27. Se reconoce la participación en proyectos de mejora de la seguridad y de la calidad en la carrera profesional, baremos de puntuación para oposiciones o movilidad interna	N	7,5	20,0	16,7	0,100
	P	26,5	20,0	50,0	
	C	66,0	60,0	33,3	
IV.28. Existe un programa formativo teórico práctico para desarrollar las competencias clínicas de forma interactiva y las habilidades de trabajo en equipo	N	20,0	31,4	38,5	0,173
	P	54,5	45,7	61,5	
	C	25,5	22,9	0,0	
IV.29. Se promueve la utilización de técnicas de simulación para mejorar la comunicación interpersonal y del equipo en entornos de alto riesgo	N	64,0	71,4	75,0	0,776
	P	24,0	17,2	25,0	
	C	12,0	11,4	0,0	
IV.30. Los sistemas de información potencian la comunicación entre profesionales de diferentes ámbitos asistenciales para evitar eventos adversos	N	43,1	34,3	28,6	0,481
	P	43,1	42,8	64,3	
	C	13,8	22,9	7,1	
IV.31. El Equipo Directivo pone los medios necesarios adecuando las plantillas y reestructurando la organización del centro/servicios para evitar que el personal trabaje bajo presión	N	29,8	44,4	35,7	0,194
	P	42,1	44,5	57,2	
	C	28,1	11,1	7,1	
IV.32. El Equipo Directivo potencia el desarrollo de planes formativos para fomentar las competencias básicas de la mejora continua, la comunicación abierta, la innovación y resolución de problemas	N	10,2	30,6	35,7	0,037*
	P	52,5	36,1	50,0	
	C	37,3	33,3	14,3	
V.33. El SALUD utiliza listados de verificación, protocolos, procesos, recordatorios y estandariza los equipos, las formas, tiempos y lugares para evitar depender de la memoria y reducir el riesgo en la prestación de la asistencia sanitaria	N	15,8	20,0	0,0	0,170
	P	68,4	54,3	58,3	
	C	15,8	25,7	41,7	
VI.38. La información para pacientes y los materiales para su formación se han diseñado y entregado en formatos útiles que se adecuen a las necesidades de alfabetización y culturales	N	31,0	16,7	44,4	0,360
	P	43,1	58,3	33,4	
	C	25,9	25,0	22,2	
Total dimensión:					
% de respuestas positivas:		29,8±4,1	29,2±5,2	15,8±7,8	
% de respuestas en transición:		45,7±4,4	40,0±5,5	53,5±8,9	
% de respuestas negativas:		24,5±3,9	30,8±5,3	30,7±9,0	

#: Porcentaje

N: No se ha considerado este punto/Se ha considerado, pero no se han implementado

P: Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas

C: Completamente implementado en algunas áreas / Completamente implementado en todas las áreas

(*): Resultado significativo, p- valor <0,05

Dimensión "Participación del paciente y su familia"

En esta dimensión tampoco hay diferencias significativas en su conjunto y por ítems (tabla 60). Los médicos reconocen como oportunidades de mejora dos ítems, el VI.35. "Se han establecido mecanismos de respuesta inmediata para informar y pedir disculpas al paciente y a su familia cuando ocurre un evento adverso con consecuencias sobre la salud del paciente" y el VI.36. "Los pacientes y sus familias participan activamente en la resolución de problemas y en la mejora de la calidad", este segundo también identificado como oportunidad de mejora por el personal de enfermería.

Tabla 60. Análisis comparativo según categoría profesional de la Dimensión V. "Participación del paciente y su familia"

DIMENSIÓN V. PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA					
		Médico/a (%)	Enfermero/a (%)	Otros (%)	p-valor
VI.35. Se han establecido mecanismos de respuesta inmediata para informar y pedir disculpas al paciente y a su familia cuando ocurre un evento adverso con consecuencias sobre la salud del paciente	N	54,7	46,9	12,5	0,154
	P	22,7	21,8	25,0	
	C	22,6	31,3	62,5	
VI.36. Los pacientes y sus familias participan activamente en la resolución de problemas y en la mejora de la calidad	N	76,4	64,7	40,0	0,110
	P	21,8	32,4	60,0	
	C	1,8	2,9	0,0	
VI.37. Los pacientes y sus familias reciben la información y la educación que necesitan para participar plenamente en el cuidado de su salud	N	31,6	20,0	20,0	0,730
	P	54,4	60,0	70,0	
	C	14,0	20,0	10,0	
Total dimensión:					
% de respuestas positivas:		12,7±5,9	17,8±8,5	21,4±18,4	
% de respuestas en transición:		33,4±7,5	38,6±9,7	53,6±16,9	
% de respuestas negativas:		53,9±7,4	43,6±9,7	25,0±18,4	

#: Porcentaje

N: No se ha considerado este punto/Se ha considerado, pero no se han implementado

P: Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas

C: Completamente implementado en algunas áreas / Completamente implementado en todas las áreas

Dimensión "Actitudes directivas frente a la SP"

No hay diferencias significativas en la distribución de la respuesta entre categorías profesionales ni para el global de la dimensión ni por ítems (tabla 61). En todas las categorías profesionales destacan como fortalezas cuatro ítems, VII.41. "Los directivos escuchamos con respeto las opiniones y valoraciones de los profesionales en relación con la seguridad del paciente con independencia de su rango", VII.42. "Los directivos animamos al personal a expresar puntos de vista alternativos y a expresar libremente

cualquier desacuerdo”, VII.43. “Los directivos pasamos por alto fallos relacionados con la asistencia sanitaria que ocurren una y otra vez” y el VII.45. “Cuando hay un problema en nuestro centro, gerencia, sector, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas”.

Tabla 61. Análisis comparativo según categoría profesional de la Dimensión VI. “Actitudes directivas frente a la SP”

DIMENSIÓN VI. ACTITUDES DIRECTIVAS FRENTE A LA SP					
		Médico/a (%)	Enfermero/a (%)	Otros (%)	p - valor
VII.39. Cuando ha ocurrido un evento adverso los profesionales de mi centro tienen una actitud temerosa al hablar conmigo	D	61,8	45,7	53,8	0,610
	N	14,4	22,9	23,1	
	A	23,6	31,4	23,1	
VII.40. Los profesionales de mi centro perciben que la seguridad del paciente es un aspecto prioritario de mi agenda y de mis prioridades como directivo	D	16,4	18,8	7,1	0,600
	N	41,8	28,1	50,0	
	A	41,8	53,1	42,9	
VII.41. Los directivos escuchamos con respeto las opiniones y valoraciones de los profesionales en relación con la seguridad del paciente con independencia de su rango	D	12,3	8,3	0,0	0,780
	N	3,5	2,8	0,0	
	A	84,2	88,9	100,0	
VII.42. Los directivos animamos al personal a expresar puntos de vista alternativos y a expresar libremente cualquier desacuerdo	D	12,3	11,4	0,0	0,855
	N	8,8	8,6	7,7	
	A	78,9	80,0	92,3	
VII.43. Los directivos pasamos por alto fallos relacionados con la asistencia sanitaria que ocurren una y otra vez	D	80,4	68,6	92,9	0,323
	N	12,5	14,3	0,0	
	A	7,1	17,1	7,1	
VII.44. Los directivos a menudo tomamos decisiones basadas en lo que es mejor para el centro, gerencia, sector en lugar de lo que es mejor para los pacientes	D	70,2	45,7	53,8	0,157
	N	15,8	34,3	23,1	
	A	14,0	20,0	23,1	
VII.45. Cuando hay un problema en nuestro centro, gerencia, sector, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas	D	5,2	11,1	0,0	0,533
	N	5,1	8,3	0,0	
	A	89,7	80,6	100,0	
VII.46. La gerencia, dirección solo parece que nos interesamos por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún evento adverso en un paciente	D	55,2	47,2	50,0	0,756
	N	22,4	19,5	14,3	
	A	22,4	33,3	35,7	
Total dimensión:					
% de respuestas positivas:		70,4±4,0	63,9±5,4	73,4±7,4	
% de respuestas en transición:		14,1±3,5	17,2±4,9	14,7±7,8	
% de respuestas negativas:		15,5±3,6	18,9±5,0	11,9±7,4	

#: Porcentaje

D: Muy en desacuerdo / En desacuerdo

N: Ni en acuerdo ni en desacuerdo

A: De acuerdo / Muy acuerdo

Calificación global de la cultura de seguridad

A nivel general, según se muestra en la tabla 62, la calificación global de seguridad del paciente en el ámbito de trabajo es mayor que en la organización con una mayor calificación por parte de aquellos que no pertenecen al personal sanitario, pero sin encontrar estas diferencias significativas.

Tabla 62. Análisis comparativo según categoría profesional de la Sección VIII. "Puntuación Global"

SECCIÓN VIII. PUNTUACIÓN GLOBAL				
	Médico/a	Enfermero/a	Otros	p-valor
VIII.a. Puntuación global de la Organización				
o Media	6,8	6,2	6,9	0,082
o Mediana	7,0	6,0	7,0	
o Percentil 25	6,0	5,0	7,0	
o Percentil 75	8,0	7,0	7,0	
o Rango	3 a 9	1 a 9	5 a 8	
VIII.b. Puntuación global de su ámbito de trabajo				
o Media				0,404
o Mediana	7,0	6,6	7,3	
o Percentil 25	7,0	7,0	7,0	
o Percentil 75	6,0	5,0	7,0	
o Rango	8,0	8,0	7,3	
	5 a 9	2 a 9	6 a 10	

Sección X. "Set de Buenas Prácticas"

Sin encontrar diferencias significativas en esta sección, podemos observar como debilidad en todas las categorías profesionales X.1. "Realizar una encuesta de seguridad entre los profesionales". En cambio destacan como fortaleza en todas ellas los ítems X.8. "Evaluación y prevención de úlceras de decúbito" y X.10. "Higiene de manos" (tabla 63).

Tabla 63. Análisis comparativo según categoría profesional de la Sección X. "Set de Buenas Prácticas"

SECCIÓN X. SET DE BUENAS PRÁCTICAS					
		Médico /a (%)	Enfermero /a (%)	Otros (%)	p- valor
X.1. Realizar una encuesta de seguridad entre los profesionales	N	81,1	58,3	75,0	0,096
	P	11,4	30,6	8,3	
	C	7,5	11,1	16,7	
X.2. Asegurar la distribución en la organización de artículos, información y documentos relacionados con la SP y prácticas seguras y estar al día en las últimas iniciativas en cuanto a SP	N	35,7	27,8	38,5	0,840
	P	51,8	52,8	46,1	
	C	12,5	19,4	15,4	
X.3. Asegurar la comprensión del consentimiento informado	N	13,8	17,1	9,1	0,847
	P	48,3	40,0	36,4	
	C	37,9	42,9	54,5	
X.4. Implementar prescripciones computerizadas	N	13,0	30,3	25,0	0,251
	P	53,7	45,5	33,3	
	C	33,3	24,2	41,7	
X.5. Implementar protocolos para prevenir cirugía en sitio y paciente equivocado	N	19,4	24,1	10,0	0,601
	P	47,1	34,5	30,0	
	C	33,3	41,4	60,0	
X.6. Estandarizar el proceso de identificación de los usuarios en la prestación de la asistencia sanitaria	N	5,9	6,5	0,0	0,928
	P	25,5	19,3	16,7	
	C	68,6	74,2	83,3	
X.7. Instaurar programas y medidas que garanticen el correcto funcionamiento y mantenimiento del equipamiento	N	6,0	3,3	0,0	0,981
	P	38,0	40,0	33,3	
	C	56,0	56,7	66,7	
X.8. Evaluación y prevención de úlceras de decúbito	N	0,0	0,0	0,0	0,838
	P	10,2	14,7	0,0	
	C	89,8	85,3	100,0	
X.9. Promover la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria	N	2,0	0,0	0,0	0,450
	P	16,4	27,3	0,0	
	C	81,6	72,7	100,0	
X.10. Higiene de manos	N	2,0	0,0	0,0	0,434
	P	22,0	15,2	0,0	
	C	76,0	84,8	100,0	
X.11. Vacunar al personal sanitario contra la gripe	N	3,8	2,9	0,0	0,053
	P	39,6	38,3	0,0	
	C	56,6	58,8	100,0	
X.12. Mejorar la identificación y el registro de alergias e intolerancias a fármacos y alimentos en la historia clínica	N	10,7	17,6	0,0	0,127
	P	25,0	5,9	14,3	
	C	64,3	76,5	85,7	
X.13. Métodos estandarizados para el etiquetado, empaquetado y almacenaje de medicamentos	N	14,0	9,7	11,1	0,093
	P	10,0	32,2	33,3	
	C	76,0	58,1	55,6	

#: Porcentaje

N: No se ha considerado este punto/Se ha considerado, pero no se han implementado

P: Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas

C: Completamente implementado en algunas áreas / Completamente implementado en todas las áreas

Sección XI. "Efectividad de las Buenas Prácticas"

En esta sección la distribución de la respuesta por categoría profesional es bastante homogénea. La actividad con menor proporción de respuestas positivas en todos los grupos es la invitación a la participación por parte de los pacientes, ítems XI.I.6. "Que se invite a los pacientes a recordar a los profesionales sanitarios que deben realizar una buena higiene de las manos" y XI.II.5. "Que se invite a los pacientes a participar activamente en la cumplimentación de los listados de verificación cuando se les pregunte" (tabla 64).

Tabla 64. Análisis comparativo según categoría profesional de la Sección XI. "Efectividad de las Buenas Prácticas"

XI. EFECTIVIDAD DE LAS BUENAS PRACTICAS					
XI.I. HIGIENE DE MANOS		Médico/a (%)	Enfermero/a (%)	Otros (%)	p - valor
XI.I.1. Que los directivos de su institución apoyen y promuevan abiertamente la higiene de manos	P	1,7	2,7	0,0	0,030*
	I	28,3	5,4	14,3	
	B	70,0	91,9	85,7	
XI.I.2. Que en su centro exista un preparado de base alcohólica en cada punto de atención	P	0,0	0,0	0,0	0,232
	I	3,4	0,0	7,1	
	B	96,6	100,0	92,9	
XI.I.3. Que existan carteles sobre higiene de manos en los puntos de atención a modo de recordatorio	P	0,0	0,0	0,0	0,379
	I	15,0	10,8	0,0	
	B	85,0	89,2	100,0	
XI.I.4. Que todos los profesionales sanitarios reciban formación sobre la higiene de manos	P	0,0	0,0	0,0	0,644
	I	8,5	5,4	0,0	
	B	91,5	94,6	100,0	
XI.I.5. Que todos los profesionales sanitarios reciban retroalimentación sobre como realizan la higiene de manos	P	0,0	0,0	0,0	0,515
	I	12,1	13,5	0,0	
	B	87,9	86,5	100,0	
XI.I.6. Que se invite a los pacientes a recordar a los profesionales sanitarios que deben realizar una buena higiene de las manos	P	10,7	16,2	7,1	0,785
	I	14,3	10,8	21,5	
	B	75,0	73,0	71,4	
XI.II. CIRUGÍA SEGURA		Médico/a (%)	Enfermero/a (%)	Otros (%)	p - valor
XI.II.1. Que los directivos de su institución apoyen y promuevan abiertamente la cirugía segura	P	0,0	0,0	0,0	0,080
	I	16,4	2,9	0,0	
	B	83,6	97,1	100,0	
XI.II.2. Que en su centro exista un listado de verificación sobre la seguridad en cirugía	P	0,0	2,8	0,0	0,666
	I	1,9	2,8	0,0	
	B	98,1	94,4	100,0	
XI.II.3. Que todos los profesionales sanitarios reciban formación sobre cirugía segura	P	0,0	0,0	0,0	0,832
	I	5,5	2,9	7,1	
	B	94,5	97,1	92,9	
XI.II.4. Que los profesionales sanitarios reciban retroalimentación sobre los resultados en cirugía segura	P	0,0	2,9	0,0	0,391
	I	9,1	2,8	0,0	
	B	90,9	94,3	100,0	
XI.II.5. Que se invite a los pacientes a participar activamente en la cumplimentación de los listados de verificación cuando se les pregunte	P	3,8	8,6	0,0	0,809
	I	15,1	11,4	14,3	
	B	81,1	80,0	85,7	

%; Porcentaje

P: Poco/Algo efectivo

I: Indiferente

B: Bastante/Muy efectivo

(*): Resultado significativo, p- valor <0,05

IV.2.4. Análisis comparativo según tamaño del centro de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores

Al considerar separadamente el tamaño del centro, con independencia del resto de las variables, aparecen sobre todo en la dimensión I y en la sección X algunas diferencias dignas de mención, que hemos obtenido anteriormente al comparar con otras variables.

Dimensión “Compromiso de la organización”

No hay grandes diferencias entre los tamaños de hospitales en esta primera dimensión, salvo para los ítems I.6. “Una comisión supervisa la seguridad del paciente dentro de ámbitos concretos de trabajo”, I.7. “Un miembro de la dirección supervisa regularmente la implementación de las iniciativas de seguridad del paciente en su ámbito de trabajo” y I.8. “El SALUD promueve desarrollar alianzas para involucrar a los pacientes/usuarios en su seguridad”, donde encontramos una mayor proporción de respuestas negativas en hospitales medianos y pequeños frente a grandes. No hay fortalezas identificadas y la debilidad encontrada coincide con anteriores apartados (I.9. “Nuestro Equipo de Dirección promueve que los pacientes se involucren en su seguridad”) (tabla 65).

Tabla 65. Análisis comparativo según tamaño del centro de la Dimensión I. “Compromiso de la organización”

Página siguiente

DIMENSIÓN I. COMPROMISO DE LA ORGANIZACIÓN					
		Hospitales Grandes (%)	Hospitales Medianos (%)	Hospitales Pequeños (%)	p - valor
I.1.La seguridad del paciente se ha adoptado como un objetivo estratégico del SALUD	N	14,3	0,0	17,4	0,120
	P	28,6	50,0	56,5	
	C	57,1	50,0	26,1	
I.2. La seguridad del paciente se ha adoptado como un objetivo estratégico de nuestro Equipo Directivo	N	4,5	13,3	30,4	0,173
	P	50,0	60,0	39,2	
	C	45,5	26,7	30,4	
I.3.En su ámbito de trabajo se asignan recursos para llevar a cabo iniciativas de seguridad del paciente	N	18,2	13,3	21,7	0,524
	P	40,9	66,7	56,5	
	C	40,9	20,0	21,7	
I.4. La gestión de riesgos está integrada en el SALUD	N	23,8	7,7	26,1	0,406
	P	42,9	76,9	47,8	
	C	33,3	15,4	26,1	
I.5. El SALUD supervisa la seguridad del paciente en toda la organización	N	42,1	15,4	34,8	0,348
	P	26,3	61,5	43,5	
	C	31,6	23,1	21,7	
I.6. Una comisión supervisa la seguridad del paciente dentro de ámbitos concretos de trabajo	N	4,8	40,0	47,8	0,000**
	P	28,5	26,7	43,5	
	C	66,7	33,3	8,7	
I.7. Un miembro de la dirección supervisa regularmente la implementación de las iniciativas de seguridad del paciente en su ámbito de trabajo	N	23,8	40,0	36,4	0,000**
	P	9,5	40,0	59,1	
	C	66,7	20,0	4,5	
I.8. El SALUD promueve desarrollar alianzas para involucrar a los pacientes/usuarios en su seguridad	N	20,0	38,5	60,9	0,034*
	P	45,0	46,1	13,0	
	C	35,0	15,4	26,1	
I.9. Nuestro Equipo de Dirección promueve que los pacientes se involucren en su seguridad	N	56,5	42,9	73,9	0,175
	P	26,1	50,0	13,1	
	C	17,4	7,1	13,0	
I.10. Se han desarrollado acciones para que los profesionales de los sectores, gerencias, servicios y unidades conozcan y apliquen la gestión del riesgo en su trabajo	N	9,1	26,7	31,8	0,305
	P	50,0	46,6	50,0	
	C	40,9	26,7	18,2	
I.11. Cuando ocurre un incidente relacionado con la seguridad del paciente en nuestro ámbito de trabajo se promueve una actitud no punitiva con el fin de implicar a pacientes y profesionales en la búsqueda de soluciones	N	26,1	33,3	34,8	0,983
	P	43,5	40,0	39,1	
	C	30,4	26,7	26,1	
I.12. En los diferentes Órganos de Dirección se tratan temas de seguridad del paciente, se informan los IRSP y sus posibles soluciones	N	40,9	20,0	39,1	0,507
	P	31,8	60,0	34,8	
	C	27,3	20,0	26,1	
I.13. En el Gobierno de Aragón se dispone de asesoría legal a la que recurrir cuando ha ocurrido un IRSP	N	26,7	8,3	35,3	0,471
	P	20,0	33,4	11,8	
	C	53,3	58,3	52,9	
I.14. El SALUD dispone de asesoría psicológica a la que recurrir cuando ha ocurrido un IRSP	N	63,6	42,9	85,7	0,247
	P	9,1	14,2	7,2	
	C	27,3	42,9	7,1	
I.15. Cuando un IRSP trasciende a la opinión pública, el SALUD nos asesora en el momento de informar a los medios de comunicación	N	44,4	18,2	36,8	0,337
	P	11,2	18,2	31,6	
	C	44,4	63,6	31,6	
Total dimensión:					
% de respuestas positivas:		41,2±5,6	28,7±6,6	22,5±4,9	
% de respuestas en transición:		32,2±5,5	47,5±6,9	37,7±5,4	
% de respuestas negativas:		26,6±5,3	23,8±6,3	39,8±5,4	

%. Porcentaje, (*): Resultado significativo, p- valor <0,05, (**): Resultado significativo, p-valor <0,001

N: No se ha considerado este punto/Se ha considerado, pero no se han implementado

P: Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas . C: Completamente implementado en todas las áreas

Dimensión “Planificación Estratégica”

En esta dimensión no hay diferencias significativas en el global de la dimensión, entre los ítems ni tampoco destacan fortalezas ni oportunidades de mejora (tabla 66).

Tabla 66. Análisis comparativo según tamaño del centro de la Dimensión II. “Planificación Estratégica”

DIMENSIÓN II. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA					
		Hospitales Grandes (%)	Hospitales Medianos (%)	Hospitales Pequeños (%)	p- valor
II.16. En el Plan Estratégico del SALUD, sector, hospital, centro de salud se incluye una línea de trabajo en seguridad del paciente con objetivos a medio y largo plazo revisada periódicamente por el Equipo Directivo	N	8,7	15,4	21,7	0,758
	P	52,2	38,4	43,5	
	C	39,1	46,2	34,8	
II.17. Se han desarrollado indicadores del sistema de gestión de riesgos y de las líneas de trabajo en seguridad del paciente	N	8,7	21,4	22,7	0,443
	P	47,8	21,5	36,4	
	C	43,5	57,1	40,9	
II.18. Se realiza una evaluación mediante la revisión de indicadores de SP	N	9,1	20,0	19,0	0,312
	P	36,4	40,0	57,2	
	C	54,5	40,0	23,8	
II.19. Cuando se detecta algún aspecto de SP que precisa llevar a cabo acciones de mejor, se desarrolla un plan por escrito de dichas acciones	N	21,7	40,0	47,8	0,344
	P	52,2	40,0	26,1	
	C	26,1	20,0	26,1	
II.20. En el proceso de adquisición y compra de medicamentos, productos sanitarios, aparataje y dispositivos se incluyen criterios de seguridad	N	5,0	13,3	13,0	0,865
	P	40,0	26,7	34,8	
	C	55,0	60,0	52,2	
Total dimensión:					
% de respuestas positivas:		43,3±9,3	44,4±11,5	35,7±9,2	
% de respuestas en transición:		45,9±9,3	33,4±11,5	39,3±9,3	
% de respuestas negativas:		10,8±7,1	22,2±10,7	25,0±8,8	

#: Porcentaje

N: No se ha considerado este punto/Se ha considerado, pero no se han implementado

P: Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas

C: Completamente implementado en algunas áreas / Completamente implementado en todas las áreas

Dimensión “Gestión de la Información”

En esta dimensión nos encontramos como oportunidad de mejora en los hospitales grandes y pequeños el ítem III.21. “El SALUD ofrece a todos sus profesionales un sistema de notificación sencillo, de fácil acceso y confidencial para los riesgos conocidos y los IRSP”. En relación al ítem III.24. “El análisis de eventos adversos se lleva a cabo por profesionales con experiencia en seguridad del paciente y formación en gestión del riesgo” observamos un mayor porcentaje de respuestas negativas, llegando a

considerarse debilidad, en los hospitales medianos frente al resto, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (tabla 67).

Tabla 67. Análisis comparativo según tamaño del centro de la Dimensión III. "Gestión de la información"

DIMENSIÓN III. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN					
		Hospitales Grandes (%)	Hospitales Medianos (%)	Hospitales Pequeños (%)	p - valor
III.21. El SALUD ofrece a todos sus profesionales un sistema de notificación sencillo, de fácil acceso y confidencial para los riesgos conocidos y los IRSP	N	50,0	46,2	63,2	0,618
	P	30,0	15,3	15,7	
	C	20,0	38,5	21,1	
III.22. Se utilizan de forma regular los resultados obtenidos a través de las no conformidades e incidencias de las certificaciones y acreditaciones para priorizar las acciones de mejora	N	20,0	13,3	43,5	0,307
	P	35,0	40,0	21,7	
	C	45,0	46,7	34,8	
III.23. Se integran en la planificación de la mejora de la calidad todos los conocimientos de SP obtenidos a través de las sugerencias y reclamaciones de los pacientes y de encuestas de satisfacción de los profesionales	N	36,4	28,6	31,8	0,973
	P	40,9	50,0	50,0	
	C	22,7	21,4	18,2	
III.24. El análisis de eventos adversos se lleva a cabo por profesionales con experiencia en seguridad del paciente y formación en gestión del riesgo	N	14,3	61,5	45,5	0,024*
	P	38,1	30,8	36,3	
	C	47,6	7,7	18,2	
III.25. Cuando se produce un IRSP disponemos de un sistema de alertas que consigue informar a las personas adecuadas en el momento oportuno	N	45,5	40,0	50,0	0,442
	P	22,7	46,7	36,4	
	C	31,8	13,3	13,6	
V.34. El rediseño de procesos es pilotado y se comprueba su efectividad antes de su aplicación generalizada para identificar nuevas fuentes de fallo del proceso y eventos derivados del cambio	N	22,7	41,7	55,0	0,296
	P	63,7	50,0	35,0	
	C	13,6	8,3	10,0	
Total dimensión:					
% de respuestas positivas:		29,9±8,5	23,2±10,2	19,5±7,7	
% de respuestas en transición:		38,6±8,7	39,0±10,8	32,9±8,5	
% de respuestas negativas:		31,5±8,5	37,8±10,8	47,6±8,6	

#: Porcentaje

N: No se ha considerado este punto/Se ha considerado, pero no se han implementado

P: Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas

C: Completamente implementado en algunas áreas / Completamente implementado en todas las áreas

(*): Resultado significativo, p- valor <0,05

Dimensión “Participación de los profesionales”

Al categorizar esta dimensión por tamaño del centro se observa una distribución semejante a la que se obtiene de esta dimensión en anteriores apartados, incluso se identifica para los tres tipos de centros como debilidad el ítem IV.29. “Se promueve la utilización de técnicas de simulación para mejorar la comunicación interpersonal y del equipo en entornos de alto riesgo” (tabla 68).

Tabla 68. Análisis comparativo según tamaño del centro de la Dimensión IV. "Participación de los profesionales"

DIMENSIÓN IV. PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES					
		Hospitales Grandes (%)	Hospitales Medianos (%)	Hospitales Pequeños (%)	p - valor
IV.26. El SALUD realiza actividades formativas para promocionar la SP entre sus profesionales	N	0,0	13,3	4,5	0,591
	P	52,4	40,0	50,0	
	C	47,6	46,7	45,5	
IV.27. Se reconoce la participación en proyectos de mejora de la seguridad y de la calidad en la carrera profesional, baremos de puntuación para oposiciones o movilidad interna	N	4,5	7,1	9,5	0,564
	P	36,4	28,6	14,3	
	C	59,1	64,3	76,2	
IV.28. Existe un programa formativo teórico práctico para desarrollar las competencias clínicas de forma interactiva y las habilidades de trabajo en equipo	N	21,7	28,6	39,1	0,805
	P	52,2	50,0	39,2	
	C	26,1	21,4	21,7	
IV.29. Se promueve la utilización de técnicas de simulación para mejorar la comunicación interpersonal y del equipo en entornos de alto riesgo	N	63,6	64,3	85,7	0,469
	P	22,8	28,6	9,5	
	C	13,6	7,1	4,8	
IV.30. Los sistemas de información potencian la comunicación entre profesionales de diferentes ámbitos asistenciales para evitar eventos adversos	N	52,2	40,0	43,5	0,942
	P	34,8	40,0	39,1	
	C	13,0	20,0	17,4	
IV.31. El Equipo Directivo pone los medios necesarios adecuando las plantillas y reestructurando la organización del centro/servicios para evitar que el personal trabaje bajo presión	N	40,9	40,0	17,4	0,327
	P	50,0	40,0	65,2	
	C	9,1	20,0	17,4	
IV.32. El Equipo Directivo potencia el desarrollo de planes formativos para fomentar las competencias básicas de la mejora continua, la comunicación abierta, la innovación y resolución de problemas	N	8,7	26,7	30,4	0,165
	P	60,9	26,6	43,5	
	C	30,4	46,7	26,1	
V.33. El SALUD utiliza listados de verificación, protocolos, procesos, recordatorios y estandariza los equipos, las formas, tiempos y lugares para evitar depender de la memoria y reducir el riesgo en la prestación de la asistencia sanitaria	N	9,1	7,1	23,8	0,413
	P	77,3	64,3	52,4	
	C	13,6	28,6	23,8	
VI.38. La información para pacientes y los materiales para su formación se han diseñado y entregado en formatos útiles que se adecuen a las necesidades de alfabetización y culturales	N	31,8	26,7	27,3	0,465
	P	40,9	46,7	63,6	
	C	27,3	26,7	9,1	
Total dimensión:					
% de respuestas positivas:		26,5±6,5	31,3±8,4	26,6±6,5	
% de respuestas en transición:		47,5±6,9	40,5±8,5	42,2±6,9	
% de respuestas negativas:		26,0±6,5	28,2±8,2	31,2±6,7	

#: Porcentaje

N: No se ha considerado este punto/Se ha considerado, pero no se han implementado

P: Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas

C: Completamente implementado en algunas áreas / Completamente implementado en todas las áreas

Dimensión "Participación del paciente y su familia"

Igual que en la anterior dimensión, en ésta, al categorizar por tamaño del centro observamos una distribución semejante a la que se obtiene de esta dimensión en anteriores apartados, incluso destacando dos ítems como oportunidades de mejora para todos los centros (VI.35. "Se han establecido mecanismos de respuesta inmediata para informar y pedir disculpas al paciente y a su familia cuando ocurre un evento adverso con consecuencias sobre la salud del paciente" y VI.36. "Los pacientes y sus familias participan activamente en la resolución de problemas y en la mejora de la calidad") (tabla 69).

Tabla 69. Análisis comparativo según tamaño del centro de la Dimensión V. "Participación del paciente y su familia"

DIMENSIÓN V. PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA					
		Hospitales Grandes (%)	Hospitales Medianos (%)	Hospitales Pequeños (%)	p- valor
VI.35. Se han establecido mecanismos de respuesta inmediata para informar y pedir disculpas al paciente y a su familia cuando ocurre un evento adverso con consecuencias sobre la salud del paciente	N	63,2	60,0	52,4	0,385
	P	26,3	6,7	23,8	
	C	10,5	33,3	23,8	
VI.36. Los pacientes y sus familias participan activamente en la resolución de problemas y en la mejora de la calidad	N	70,0	80,0	72,7	0,921
	P	30,0	20,0	22,8	
	C	0,0	0,0	4,5	
VI.37. Los pacientes y sus familias reciben la información y la educación que necesitan para participar plenamente en el cuidado de su salud	N	35,0	40,0	22,7	0,746
	P	50,0	53,3	59,1	
	C	15,0	6,7	18,2	
Total dimensión:					
% de respuestas positivas:		8,5±9,9	13,3±12,8	15,4±10,7	
% de respuestas en transición:		35,6±12,8	26,7±14,4	35,4±12,1	
% de respuestas negativas:		55,9±11,9	60,0±13,0	49,2±11,9	

=: Porcentaje

N: No se ha considerado este punto/Se ha considerado, pero no se han implementado

P: Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas

C: Completamente implementado en algunas áreas / Completamente implementado en todas las áreas

Dimensión "Actitudes directivas frente a la SP"

En esta dimensión no se observan diferencias significativas en el grado de respuesta cuando se categorizan por el tamaño del centro (tabla 70). Destacan como fortalezas las que se han venido observando en apartados anteriores donde se describe esta dimensión y que son los ítems VII.41. "Los directivos escuchamos con respeto las opiniones y valoraciones de los profesionales en relación con la seguridad del paciente con independencia de su rango", VII.42. "Los directivos animamos al personal a expresar

puntos de vista alternativos y a expresar libremente cualquier desacuerdo” y VII.45. “Cuando hay un problema en nuestro centro, gerencia, sector, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas”.

Tabla 70. Análisis comparativo según tamaño del centro de la Dimensión VI. “Actitudes directivas frente a la SP”

DIMENSIÓN VI. ACTITUDES DIRECTIVAS FRENTE A LA SP					
		Hospitales Grandes (%)	Hospitales Medianos (%)	Hospitales Pequeños (%)	p - valor
VII.39. Cuando ha ocurrido un evento adverso los profesionales de mi centro tienen una actitud temerosa al hablar conmigo	D	69,6	42,9	60,9	0,328
	N	17,4	21,4	8,7	
	A	13,0	35,7	30,4	
VII.40. Los profesionales de mi centro perciben que la seguridad del paciente es un aspecto prioritario de mi agenda y de mis prioridades como directivo	D	19,0	8,3	26,1	0,206
	N	23,9	50,0	47,8	
	A	57,1	41,7	26,1	
VII.41. Los directivos escuchamos con respeto las opiniones y valoraciones de los profesionales en relación con la seguridad del paciente con independencia de su rango	D	8,3	7,1	4,5	0,897
	N	4,2	0,0	9,1	
	A	87,5	92,9	86,4	
VII.42. Los directivos animamos al personal a expresar puntos de vista alternativos y a expresar libremente cualquier desacuerdo	D	13,0	7,1	9,5	0,871
	N	4,4	14,3	9,5	
	A	82,6	78,6	81,0	
VII.43. Los directivos pasamos por alto fallos relacionados con la asistencia sanitaria que ocurren una y otra vez	D	86,4	64,3	77,3	0,555
	N	9,1	21,4	9,1	
	A	4,5	14,3	13,6	
VII.44. Los directivos a menudo tomamos decisiones basadas en lo que es mejor para el centro, gerencia, sector en lugar de lo que es mejor para los pacientes	D	52,2	57,1	52,4	0,843
	N	34,8	21,5	23,8	
	A	13,0	21,4	23,8	
VII.45. Cuando hay un problema en nuestro centro, gerencia, sector, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas	D	8,3	7,1	0,0	0,646
	N	8,4	7,2	4,3	
	A	83,3	85,7	95,7	
VII.46. La gerencia, dirección solo parece que nos interesamos por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún evento adverso en un paciente	D	58,3	35,7	43,5	0,558
	N	20,9	28,6	17,4	
	A	20,8	35,7	39,1	
Total dimensión:					
% de respuestas positivas:		72,3±6,0	62,7±8,5	65,2±6,6	
% de respuestas en transición:		15,2±5,9	20,0±8,4	16,3±6,1	
% de respuestas negativas:		12,5±5,6	17,3±8,1	18,5±6,4	

%: Porcentaje

D: Muy en desacuerdo / En desacuerdo

N: Ni en acuerdo ni en desacuerdo

A: De acuerdo / Muy acuerdo

Calificación global de la cultura de seguridad

Se observa que las puntuaciones de los hospitales medianos son menores que las del resto en todas las medidas de puntuación, pero sin ser estas diferencias estadísticamente significativas (tabla 71).

Tabla 71. Análisis comparativo según tamaño del centro de la Sección VIII. "Puntuación Global"

SECCIÓN VIII. PUNTUACIÓN GLOBAL				
	Hospitales Grandes	Hospitales Medianos	Hospitales Pequeños	p - valor
VIII.a. Puntuación global de la Organización				
o Media	6,8	6,2	6,9	
o Mediana	7,0	6,0	7,0	0,169
o Percentil 25	6,0	5,0	7,0	
o Percentil 75	8,0	7,0	7,0	
o Rango	3 a 9	1 a 9	5 a 8	
VIII.b. Puntuación global de su ámbito de trabajo				
o Media	7,3	6,3	7,0	
o Mediana	7,5	6,0	7,0	0,109
o Percentil 25	6,0	5,0	6,0	
o Percentil 75	8,3	7,0	8,0	
o Rango	4 a 10	5 a 9	4 a 9	

Sección X. "Set de Buenas Prácticas"

Sin encontrar diferencias significativas en el conjunto de la sección ni en cada uno de los ítems si que cabe destacar como debilidad en todos los centros el ítem X.1. "Realizar una encuesta de seguridad entre los profesionales" y como fortaleza en todos los centros dos, los ítems X.8. "Evaluación y prevención de úlceras de decúbito" y X.10. "Higiene de manos". En los hospitales medianos y grandes sobresalen como fortalezas los ítems X.6. "Estandarizar el proceso de identificación de los usuarios en la prestación de la asistencia sanitaria" y X.9. "Promover la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria" y en los hospitales grandes aquellas prácticas relacionadas con medicamentos X.12. "Mejorar la identificación y el registro de alergias e intolerancias a fármacos y alimentos en la historia clínica" y X.13. "Métodos estandarizados para el etiquetado empaquetado y almacenaje de medicamentos" (tabla 72).

Tabla 72. Análisis comparativo según tamaño del centro de la Sección X. "Set de Buenas Prácticas"

SECCIÓN X. SET DE BUENAS PRÁCTICAS		Hospitales Grandes (%)	Hospitales Medianos (%)	Hospitales Pequeños (%)	p - valor
X.1. Realizar una encuesta de seguridad entre los profesionales	N	52,2%	86,7%	76,2%	0,066
	P	34,8%	0,0%	14,3%	
	C	13,0%	13,3%	9,5%	
X.2. Asegurar la distribución en la organización de artículos, información y documentos relacionados con la SP y prácticas seguras y estar al día en las últimas iniciativas en cuanto a SP	N	30,4%	26,7%	47,8%	0,613
	P	52,2%	53,3%	43,5%	
	C	17,4%	20,0%	8,7%	
X.3. Asegurar la comprensión del consentimiento informado	N	27,3%	6,7%	13,0%	0,547
	P	36,3%	53,3%	52,2%	
	C	36,4%	40,0%	34,8%	
X.4. Implementar prescripciones computerizadas	N	25,0%	20,0%	38,1%	0,795
	P	45,8%	53,3%	42,9%	
	C	29,2%	26,7%	19,0%	
X.5. Implementar protocolos para prevenir cirugía en sitio y paciente equivocado	N	13,6%	23,1%	38,9%	0,052
	P	40,9%	23,1%	50,0%	
	C	45,5%	53,8%	11,1%	
X.6. Estandarizar el proceso de identificación de los usuarios en la prestación de la asistencia sanitaria	N	4,5%	0,0%	5,0%	0,368
	P	22,8%	14,3%	40,0%	
	C	72,7%	85,7%	55,0%	
X.7. Instaurar programas y medidas que garanticen el correcto funcionamiento y mantenimiento del equipamiento	N	8,7%	0,0%	4,8%	0,384
	P	26,1%	46,2%	52,3%	
	C	65,2%	53,8%	42,9%	
X.8. Evaluación y prevención de úlceras de decúbito	N	0,0%	0,0%	0,0%	1,000
	P	10,0%	7,7%	5,0%	
	C	90,0%	92,3%	95,0%	
X.9. Promover la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria	N	0,0%	0,0%	0,0%	0,148
	P	19,0%	7,7%	36,8%	
	C	81,0%	92,3%	63,2%	
X.10. Higiene de manos	N	0,0%	0,0%	4,8%	0,357
	P	10,0%	0,0%	19,0%	
	C	90,0%	100,0%	76,2%	
X.11. Vacunar al personal sanitario contra la gripe	N	0,0%	0,0%	8,7%	0,785
	P	40,9%	36,4%	30,4%	
	C	59,1%	63,6%	60,9%	
X.12. Mejorar la identificación y el registro de alergias e intolerancias a fármacos y alimentos en la historia clínica	N	4,8%	15,4%	30,0%	0,236
	P	14,2%	23,1%	15,0%	
	C	81,0%	61,5%	55,0%	
X.13. Métodos estandarizados para el etiquetado, empaquetado y almacenaje de medicamentos	N	0,0%	0,0%	33,3%	0,016*
	P	21,1%	36,4%	14,3%	
	C	78,9%	63,6%	52,4%	

#: Porcentaje

N: No se ha considerado este punto/Se ha considerado, pero no se han implementado

P: Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas

C: Completamente implementado en algunas áreas / Completamente implementado en todas las áreas

(*): Resultado significativo, p- valor <0,05

Sección XI. "Efectividad de las Buenas Prácticas"

Esta sección presenta unos resultados homogéneos al analizar por tamaño del centro y semejantes al análisis realizado por categoría profesional (tabla 73).

Tabla 73. Análisis comparativo según tamaño del centro de la Sección XI. "Efectividad de las Buenas Prácticas"

XI. EFECTIVIDAD DE LAS BUENAS PRACTICAS					
XI.I. HIGIENE DE MANOS		Hospitales Grandes (%)	Hospitales Medianos (%)	Hospitales Pequeños (%)	p - valor
XI.I.1. Que los directivos de su institución apoyen y promuevan abiertamente la higiene de manos	P	0,0	0,0	0,0	0,488
	I	8,3	20,0	17,4	
	B	91,7	80,0	82,6	
XI.I.2. Que en su centro exista un preparado de base alcohólica en cada punto de atención	P	0,0	0,0	0,0	-
	I	0,0	0,0	0,0	
	B	100,0	100,0	100,0	
XI.I.3. Que existan carteles sobre higiene de manos en los puntos de atención a modo de recordatorio	P	0,0	0,0	0,0	0,595
	I	8,3	6,7	17,4	
	B	91,7	93,3	82,6	
XI.I.4. Que todos los profesionales sanitarios reciban formación sobre la higiene de manos	P	0,0	0,0	0,0	0,189
	I	0,0	0,0	8,7	
	B	100,0	100,0	91,3	
XI.I.5. Que todos los profesionales sanitarios reciban retroalimentación sobre como realizan la higiene de manos	P	0,0	0,0	0,0	0,354
	I	4,2	0,0	13,0	
	B	95,8	100,0	87,0	
XI.I.6. Que se invite a los pacientes a recordar a los profesionales sanitarios que deben realizar una buena higiene de las manos	P	9,1	13,3	4,3	0,021*
	I	0,0	6,7	30,5	
	B	90,9	80,0	65,2	
XI.II. CIRUGÍA SEGURA		Hospitales Grandes (%)	Hospitales Medianos (%)	Hospitales Pequeños (%)	p - valor
XI.II.1. Que los directivos de su institución apoyen y promuevan abiertamente la cirugía segura	P	0,0	0,0	0,0	0,332
	I	0,0	7,1	9,1	
	B	100,0	92,9	90,9	
XI.II.2. Que en su centro exista un listado de verificación sobre la seguridad en cirugía	P	0,0	0,0	0,0	1,000
	I	4,2	0,0	0,0	
	B	95,8	100,0	100,0	
XI.II.3. Que todos los profesionales sanitarios reciban formación sobre cirugía segura	P	0,0	0,0	0,0	0,176
	I	0,0	0,0	9,5	
	B	100,0	100,0	90,5	
XI.II.4. Que los profesionales sanitarios reciban retroalimentación sobre los resultados en cirugía segura	P	0,0	0,0	0,0	0,600
	I	0,0	0,0	4,5	
	B	100,0	100,0	95,5	
XI.II.5. Que se invite a los pacientes a participar activamente en la cumplimentación de los listados de verificación cuando se les pregunte	P	8,7	0,0	0,0	0,175
	I	4,3	7,7	22,7	
	B	87,0	92,3	77,3	

%; Porcentaje

P: Poco/Algo efectivo

I: Indiferente

B: Bastante/Muy efectivo

IV.2.5. Análisis comparativo según ámbito de atención de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores

Al analizar los resultados según ámbito de atención se observa también como en comparaciones anteriores que las diferencias encontradas al categorizar por cargo desaparecen.

Dimensión “Compromiso de la organización”

En esta dimensión se identifican dos debilidades, el ítem I.9 “Nuestro Equipo de Dirección promueve que los pacientes se involucren en su seguridad” para atención primaria y especializada y el ítem I.14 “El SALUD dispone de asesoría psicológica a la que recurrir cuando ha ocurrido un IRSP” en atención especializada y otros. La única diferencia significativa que existe con mayor proporción de respuestas positivas en atención primaria es el ítem I.5. “El SALUD supervisa la seguridad del paciente en toda la organización” (tabla 74).

Tabla 74. Análisis comparativo según ámbito de atención de la Dimensión I. “Compromiso de la organización”

Página siguiente

DIMENSIÓN I. COMPROMISO DE LA ORGANIZACIÓN					
		Atención Primaria (%)	Atención especializada (%)	Otros (%)	p - valor
I.1.La seguridad del paciente se ha adoptado como un objetivo estratégico del SALUD	N	4,2	18,2	5,4	0,152
	P	33,3	45,4	43,2	
	C	62,5	36,4	51,4	
I.2. La seguridad del paciente se ha adoptado como un objetivo estratégico de nuestro Equipo Directivo	N	8,0	17,8	16,7	0,364
	P	40,0	51,1	36,1	
	C	52,0	31,1	47,2	
I.3.En su ámbito de trabajo se asignan recursos para llevar a cabo iniciativas de seguridad del paciente	N	16,0	22,7	19,4	0,365
	P	56,0	52,3	36,2	
	C	28,0	25,0	44,4	
I.4. La gestión de riesgos está integrada en el SALUD	N	13,0	19,0	11,4	0,369
	P	39,2	50,0	62,9	
	C	47,8	31,0	25,7	
I.5. El SALUD supervisa la seguridad del paciente en toda la organización	N	4,8	36,6	23,5	0,042*
	P	47,6	39,0	52,9	
	C	47,6	24,4	23,6	
I.6. Una comisión supervisa la seguridad del paciente dentro de ámbitos concretos de trabajo	N	24,0	28,6	27,3	0,930
	P	36,0	40,4	33,3	
	C	40,0	31,0	39,4	
I.7. Un miembro de la dirección supervisa regularmente la implementación de las iniciativas de seguridad del paciente en su ámbito de trabajo	N	33,3	34,1	22,6	0,708
	P	41,7	31,8	38,7	
	C	25,0	34,1	38,7	
I.8. El SALUD promueve desarrollar alianzas para involucrar a los pacientes/usuarios en su seguridad	N	15,8	39,0	26,7	0,372
	P	42,1	34,2	46,6	
	C	42,1	26,8	26,7	
I.9. Nuestro Equipo de Dirección promueve que los pacientes se involucren en su seguridad	N	68,2	59,1	47,1	0,250
	P	9,1	25,0	35,3	
	C	22,7	15,9	17,6	
I.10. Se han desarrollado acciones para que los profesionales de los sectores, gerencias, servicios y unidades conozcan y apliquen la gestión del riesgo en su trabajo	N	26,1	27,3	14,3	0,221
	P	43,5	36,3	62,8	
	C	30,4	36,4	22,9	
I.11. Cuando ocurre un incidente relacionado con la seguridad del paciente en nuestro ámbito de trabajo se promueve una actitud no punitiva con el fin de implicar a pacientes y profesionales en la búsqueda de soluciones	N	30,4	34,1	20,6	0,524
	P	30,5	36,4	50,0	
	C	39,1	29,5	29,4	
I.12. En los diferentes Órganos de Dirección se tratan temas de seguridad del paciente, se informan los IRSP y sus posibles soluciones	N	28,0	43,2	15,6	0,080
	P	48,0	40,9	46,9	
	C	24,0	15,9	37,5	
I.13. En el Gobierno de Aragón se dispone de asesoría legal a la que recurrir cuando ha ocurrido un IRSP	N	23,5	21,9	23,3	0,602
	P	11,8	28,1	13,4	
	C	64,7	50,0	63,3	
I.14. El SALUD dispone de asesoría psicológica a la que recurrir cuando ha ocurrido un IRSP	N	45,5	68,2	50,0	0,107
	P	0,0	13,6	27,3	
	C	54,5	18,2	22,7	
I.15. Cuando un IRSP trasciende a la opinión pública, el SALUD nos asesora en el momento de informar a los medios de comunicación	N	17,6	40,0	17,9	0,071
	P	11,8	25,7	35,7	
	C	70,6	34,3	46,4	
Total dimensión:					
% de respuestas positivas:		42,0±5,4	29,3±3,7	35,9±4,4	
% de respuestas en transición:		34,9±5,3	37,8±3,9	42,1±4,4	
% de respuestas negativas:		23,1±4,9	32,9±3,8	22,0±3,9	

%. Porcentaje, (*): Resultado significativo, p- valor <0,05, N: No se ha considerado este punto/Se ha considerado, pero no se han implementado, P: Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas, C: Completamente implementado en algunas áreas / Completamente implementado en todas las áreas

Dimensión “Planificación Estratégica”

Ninguno de los ítems de esta dimensión presenta diferencias significativas ni destaca como fortaleza ni como debilidad (tabla 75).

Tabla 75. Análisis comparativo según ámbito de atención de la Dimensión II. “Planificación Estratégica”

DIMENSIÓN II. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA					
		Atención Primaria (%)	Atención especializada (%)	Otros (%)	p - valor
II.16. En el Plan Estratégico del SALUD, sector, hospital, centro de salud se incluye una línea de trabajo en seguridad del paciente con objetivos a medio y largo plazo revisada periódicamente por el Equipo Directivo	N	13,0	18,2	8,3	0,804
	P	56,6	50,0	55,6	
	C	30,4	31,8	36,1	
II.17. Se han desarrollado indicadores del sistema de gestión de riesgos y de las líneas de trabajo en seguridad del paciente	N	29,2	22,7	19,4	0,907
	P	37,5	36,4	36,2	
	C	33,3	40,9	44,4	
II.18. Se realiza una evaluación mediante la revisión de indicadores de SP	N	43,5	18,2	22,2	0,226
	P	39,1	45,4	44,5	
	C	17,4	36,4	33,3	
II.19. Cuando se detecta algún aspecto de SP que precisa llevar a cabo acciones de mejor, se desarrolla un plan por escrito de dichas acciones	N	33,3	36,4	25,7	0,866
	P	41,7	43,3	51,4	
	C	25,0	20,5	22,9	
II.20. En el proceso de adquisición y compra de medicamentos, productos sanitarios, aparataje y dispositivos se incluyen criterios de seguridad	N	10,0	14,3	5,7	0,414
	P	30,0	26,2	45,7	
	C	60,0	59,5	48,6	
Total dimensión:					
% de respuestas positivas:		32,5±9,0	37,6±6,6	37,1±7,3	
% de respuestas en transición:		41,2±9,2	40,4±6,6	46,6±7,3	
% de respuestas negativas:		26,3±8,8	22,0±6,0	16,3±6,1	

%; Porcentaje

N: No se ha considerado este punto/Se ha considerado, pero no se han implementado

P: Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas

C: Completamente implementado en algunas áreas / Completamente implementado en todas las áreas

Dimensión “Gestión de la Información”

En esta dimensión identificamos como debilidad para atención especializada el ítem III.21. “El SALUD ofrece a todos sus profesionales un sistema de notificación sencillo, de fácil acceso y confidencial para los riesgos conocidos y los IRSP”. Como diferencia significativa encontramos con una mayor proporción de respuestas negativas para AE y otros el ítem III.24. “El análisis de eventos adversos se lleva a cabo por profesionales con experiencia en seguridad del paciente y formación en gestión del riesgo” (tabla 76).

Tabla 76. Análisis comparativo según ámbito de atención de la Dimensión III. “Gestión de la información”

DIMENSIÓN III. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN					
		Atención Primaria (%)	Atención especializada (%)	Otros (%)	p - valor
III.21. El SALUD ofrece a todos sus profesionales un sistema de notificación sencillo, de fácil acceso y confidencial para los riesgos conocidos y los IRSP	N	42,9	56,0	36,0	0,403
	P	23,8	22,0	40,0	
	C	33,3	22,0	24,0	
III.22. Se utilizan de forma regular los resultados obtenidos a través de las no conformidades e incidencias de las certificaciones y acreditaciones para priorizar las acciones de mejora	N	17,4	32,5	21,9	0,408
	P	26,1	25,0	40,6	
	C	56,5	42,5	37,5	
III.23. Se integran en la planificación de la mejora de la calidad todos los conocimientos de SP obtenidos a través de las sugerencias y reclamaciones de los pacientes y de encuestas de satisfacción de los profesionales	N	13,0	38,6	12,9	0,074
	P	56,6	40,9	61,3	
	C	30,4	20,5	25,8	
III.24. El análisis de eventos adversos se lleva a cabo por profesionales con experiencia en seguridad del paciente y formación en gestión del riesgo	N	15,0	39,0	26,5	0,027*
	P	50,0	26,9	58,8	
	C	35,0	34,1	14,7	
III.25. Cuando se produce un IRSP disponemos de un sistema de alertas que consigue informar a las personas adecuadas en el momento oportuno	N	45,5	48,8	24,2	0,094
	P	40,9	27,9	57,6	
	C	13,6	23,3	18,2	
V.34. El rediseño de procesos es pilotado y se comprueba su efectividad antes de su aplicación generalizada para identificar nuevas fuentes de fallo del proceso y eventos derivados del cambio	N	34,8	42,9	19,4	0,266
	P	52,2	42,8	67,7	
	C	13,0	14,3	12,9	
Total dimensión:					
% de respuestas positivas:		30,3±8,3	25,9±5,8	22,0±6,5	
% de respuestas en transición:		41,7±8,5	31,1±6,0	54,8±7,0	
% de respuestas negativas:		28,0±8,2	43,0±6,2	23,2±6,6	

%; Porcentaje

N: No se ha considerado este punto/Se ha considerado, pero no se han implementado

P: Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas

C: Completamente implementado en algunas áreas / Completamente implementado en todas las áreas

(*): Resultado significativo, p- valor <0,05

Dimensión “Participación de los profesionales”

Al categorizar esta dimensión según ámbito de atención se observa una distribución semejante a la que obtiene de esta dimensión en anteriores apartados, incluso se identifica para los diferentes ámbitos como debilidad el ítem IV.29. “Se promueve la utilización de técnicas de simulación para mejorar la comunicación interpersonal y del equipo en entornos de alto riesgo” (tabla 77).

Tabla 77. Análisis comparativo según ámbito de atención de la Dimensión IV. "Participación de los profesionales"

DIMENSIÓN IV. PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES					
		Atención Primaria (%)	Atención especializada (%)	Otros (%)	p - valor
IV.26. El SALUD realiza actividades formativas para promocionar la SP entre sus profesionales	N	4,0	4,8	5,6	0,985
	P	48,0	50,0	52,7	
	C	48,0	45,2	41,7	
IV.27. Se reconoce la participación en proyectos de mejora de la seguridad y de la calidad en la carrera profesional, baremos de puntuación para oposiciones o movilidad interna	N	23,8	6,8	12,1	0,410
	P	19,1	29,6	30,3	
	C	57,1	63,6	57,6	
IV.28. Existe un programa formativo teórico práctico para desarrollar las competencias clínicas de forma interactiva y las habilidades de trabajo en equipo	N	16,7	29,5	27,3	0,804
	P	62,5	47,8	51,5	
	C	20,8	22,7	21,2	
IV.29. Se promueve la utilización de técnicas de simulación para mejorar la comunicación interpersonal y del equipo en entornos de alto riesgo	N	61,9	69,8	67,7	0,645
	P	28,6	23,2	16,2	
	C	9,5	7,0	16,1	
IV.30. Los sistemas de información potencian la comunicación entre profesionales de diferentes ámbitos asistenciales para evitar eventos adversos	N	25,0	53,3	27,8	0,061
	P	50,0	33,4	58,3	
	C	25,0	13,3	13,9	
IV.31. El Equipo Directivo pone los medios necesarios adecuando las plantillas y reestructurando la organización del centro/servicios para evitar que el personal trabaje bajo presión	N	28,0	40,0	34,3	0,477
	P	40,0	46,7	45,7	
	C	32,0	13,3	20,0	
IV.32. El Equipo Directivo potencia el desarrollo de planes formativos para fomentar las competencias básicas de la mejora continua, la comunicación abierta, la innovación y resolución de problemas	N	12,0	21,7	22,2	0,072
	P	44,0	45,7	50,0	
	C	44,0	32,6	27,8	
V.33. El SALUD utiliza listados de verificación, protocolos, procesos, recordatorios y estandariza los equipos, las formas, tiempos y lugares para evitar depender de la memoria y reducir el riesgo en la prestación de la asistencia sanitaria	N	17,4	17,8	8,8	0,661
	P	60,9	64,4	61,8	
	C	21,7	17,8	29,4	
VI.38. La información para pacientes y los materiales para su formación se han diseñado y entregado en formatos útiles que se adecuen a las necesidades de alfabetización y culturales	N	28,0	22,7	31,3	0,922
	P	44,0	50,0	46,8	
	C	28,0	27,3	21,9	
Total dimensión:					
% de respuestas positivas:		31,9±6,5	26,9±4,6	27,8±5,3	
% de respuestas en transición:		44,6±6,7	43,5±4,9	46,4±5,6	
% de respuestas negativas:		23,5±6,1	29,6±4,7	25,8±5,2	
%: Porcentaje N: No se ha considerado este punto/Se ha considerado, pero no se han implementado P: Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas C: Completamente implementado en algunas áreas / Completamente implementado en todas las áreas					

Dimensión "Participación del paciente y su familia"

En esta dimensión encontramos en el ítem VI.35. "Se han establecido mecanismos de respuesta inmediata para informar y pedir disculpas al paciente y a su familia cuando ocurre un evento adverso con consecuencias sobre la salud del paciente" una mayor proporción de respuestas negativas en atención especializada, llegando a considerarse una debilidad, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Como oportunidad de mejora en todos los ámbitos destaca el ítem VI.36. "Los pacientes y sus familias participan activamente en la resolución de problemas y en la mejora de la calidad" (tabla 78).

Tabla 78. Análisis comparativo según ámbito de atención de la Dimensión V. "Participación del paciente y su familia"

DIMENSIÓN V. PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA					
		Atención Primaria (%)	Atención especializada (%)	Otros (%)	p- valor
VI.35. Se han establecido mecanismos de respuesta inmediata para informar y pedir disculpas al paciente y a su familia cuando ocurre un evento adverso con consecuencias sobre la salud del paciente	N	33,3	65,0	33,3	0,013*
	P	20,9	22,5	25,9	
	C	45,8	12,5	40,8	
VI.36. Los pacientes y sus familias participan activamente en la resolución de problemas y en la mejora de la calidad	N	66,7	73,8	61,3	0,572
	P	29,1	26,2	35,5	
	C	4,2	0,0	3,2	
VI.37. Los pacientes y sus familias reciben la información y la educación que necesitan para participar plenamente en el cuidado de su salud	N	28,0	23,8	24,2	0,823
	P	60,0	54,8	63,7	
	C	12,0	21,4	12,1	
Total dimensión:					
% de respuestas positivas:		20,5±10,6	11,3±6,8	17,6±9,1	
% de respuestas en transición:		37,0±11,5	34,7±8,7	42,8±10,3	
% de respuestas negativas:		42,5±11,4	54,0±8,5	39,6±10,3	

#: Porcentaje

N: No se ha considerado este punto/Se ha considerado, pero no se han implementado

P: Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas

C: Completamente implementado en algunas áreas / Completamente implementado en todas las áreas

(*): Resultado significativo, p- valor <0,05

Dimensión "Actitudes directivas frente a la SP"

En esta dimensión no encontramos diferencias estadísticamente significativas para ninguno de los ítems que la componen. Destacan las cuatro fortalezas identificadas ya en anteriores apartados que se corresponden con los ítems VII.41. "Los directivos escuchamos con respeto las opiniones y valoraciones de los profesionales en relación con

la seguridad del paciente con independencia de su rango”, VII.42. “Los directivos animamos al personal a expresar puntos de vista alternativos y a expresar libremente cualquier desacuerdo”, VII.43. “Los directivos pasamos por alto fallos relacionados con la asistencia sanitaria que ocurren una y otra vez” y VII.45. “Cuando hay un problema en nuestro centro, gerencia, sector, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas” (tabla 79).

Tabla 79. Análisis comparativo según ámbito de atención de la Dimensión VI. “Actitudes directivas frente a la SP”

DIMENSIÓN VI. ACTITUDES DIRECTIVAS FRENTE A LA SP					
		Atención Primaria (%)	Atención especializada (%)	Otros (%)	p - valor
VII.39. Cuando ha ocurrido un evento adverso los profesionales de mi centro tienen una actitud temerosa al hablar conmigo	D	38,1	58,7	64,7	0,298
	N	33,3	15,2	14,7	
	A	28,6	26,1	20,6	
VII.40. Los profesionales de mi centro perciben que la seguridad del paciente es un aspecto prioritario de mi agenda y de mis prioridades como directivo	D	13,0	23,8	8,8	0,532
	N	39,2	33,3	41,2	
	A	47,8	42,9	50,0	
VII.41. Los directivos escuchamos con respeto las opiniones y valoraciones de los profesionales en relación con la seguridad del paciente con independencia de su rango	D	8,3	10,6	8,8	1,000
	N	0,0	2,2	2,9	
	A	91,7	87,2	88,3	
VII.42. Los directivos animamos al personal a expresar puntos de vista alternativos y a expresar libremente cualquier desacuerdo	D	12,5	10,6	6,3	0,340
	N	0,0	8,5	15,6	
	A	87,5	80,9	78,1	
VII.43. Los directivos pasamos por alto fallos relacionados con la asistencia sanitaria que ocurren una y otra vez	D	87,5	80,0	73,5	0,598
	N	4,2	8,9	17,7	
	A	8,3	11,1	8,8	
VII.44. Los directivos a menudo tomamos decisiones basadas en lo que es mejor para el centro, gerencia, sector en lugar de lo que es mejor para los pacientes	D	70,8	56,5	60,6	0,752
	N	12,5	26,1	24,2	
	A	16,7	17,4	15,2	
VII.45. Cuando hay un problema en nuestro centro, gerencia, sector, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas	D	0,0	10,6	5,7	0,406
	N	4,2	8,5	2,9	
	A	95,8	80,9	91,4	
VII.46. La gerencia, dirección solo parece que nos interesamos por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún evento adverso en un paciente	D	58,3	48,9	54,3	0,741
	N	20,9	17,1	22,8	
	A	20,8	34,0	22,9	
Total dimensión:					
% de respuestas positivas:		72,9±5,9	67,3±4,6	70,1±5,1	
% de respuestas en transición:		13,7±5,7	14,7±4,0	17,7±5,0	
% de respuestas negativas:		13,4±5,6	18,0±4,3	12,2±4,4	
%: Porcentaje					
D: Muy en desacuerdo / En desacuerdo					
N: Ni en acuerdo ni en desacuerdo					
A: De acuerdo / Muy acuerdo					

Calificación global de la cultura de seguridad

No existen diferencias entre las diversas medidas de puntuación globales tanto de la organización como de su ámbito de trabajo según los distintos ámbitos de atención (tabla 80).

Tabla 80. Análisis comparativo según ámbito de atención de la Sección VIII. "Puntuación Global"

SECCIÓN VIII. PUNTUACIÓN GLOBAL				
	Atención Primaria	Atención especializada	Otros	p - valor
VIII.a. Puntuación global de la Organización				
o Media	6,6	6,6	6,7	0,863
o Mediana	7,0	7,0	7,0	
o Percentil 25	5,8	6,0	6,0	
o Percentil 75	8,0	7,0	7,0	
o Rango	1 a 9	5 a 8	4 a 9	
VIII.b. Puntuación global de su ámbito de trabajo				
o Media	6,8	7,0	7,1	0,943
o Mediana	7,0	7,0	7,0	
o Percentil 25	6,0	7,0	6,0	
o Percentil 75	8,0	7,8	8,0	
o Rango	2 a 9	5 a 9	5 a 10	

Sección X. "Set de Buenas Prácticas"

En esta sección encontramos dos diferencias significativas entre los ítems X.4. "Implementar prescripciones computerizadas" y X.6. "Estandarizar el proceso de identificación de los usuarios en la prestación de la asistencia sanitaria" con una mayor proporción de respuestas positivas en atención primaria frente al resto de los ámbitos en ambos casos. Destacan tres prácticas como fortalezas para todos los ámbitos los ítems X.8. "Evaluación y prevención de úlceras de decúbito", X.9. "Promover la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria" y X.10. "Higiene de manos". Como fortalezas en AP sobresalen dos ítems relacionados con el uso seguro del medicamento (X.12. "Mejorar la identificación y el registro de alergias e intolerancias a fármacos y alimentos en la historia clínica" y X.13. "Métodos estandarizados para el etiquetado empaquetado y almacenaje de medicamentos") (tabla 81).

Tabla 81. Análisis comparativo según ámbito de atención de la Sección X. "Set de Buenas Prácticas"

SECCIÓN X. SET DE BUENAS PRÁCTICAS					
		Atención Primaria (%)	Atención especializada (%)	Otros (%)	p- valor
X.1. Realizar una encuesta de seguridad entre los profesionales	N	72,7	65,2	80,6	0,600
	P	13,7	23,9	12,9	
	C	13,6	10,9	6,5	
X.2. Asegurar la distribución en la organización de artículos, información y documentos relacionados con la SP y prácticas seguras y estar al día en las últimas iniciativas en cuanto a SP	N	25,0	41,3	30,3	0,687
	P	58,3	43,5	54,5	
	C	16,7	15,2	15,2	
X.3. Asegurar la comprensión del consentimiento informado	N	8,3	18,2	8,8	0,206
	P	33,4	40,9	58,8	
	C	58,3	40,9	32,4	
X.4. Implementar prescripciones computerizadas	N	4,3	33,3	12,5	0,045*
	P	52,2	42,9	53,1	
	C	43,5	23,8	34,4	
X.5. Implementar protocolos para prevenir cirugía en sitio y paciente equivocado	N	11,1	30,8	8,0	0,257
	P	44,5	33,3	44,0	
	C	44,4	35,9	48,0	
X.6. Estandarizar el proceso de identificación de los usuarios en la prestación de la asistencia sanitaria	N	13,6	2,6	3,1	0,017*
	P	9,1	36,9	12,5	
	C	77,3	60,5	84,4	
X.7. Instaurar programas y medidas que garanticen el correcto funcionamiento y mantenimiento del equipamiento	N	5,0	5,3	3,1	0,973
	P	40,0	39,4	34,4	
	C	55,0	55,3	62,5	
X.8. Evaluación y prevención de úlceras de decúbito	N	0,0	0,0	0,0	0,910
	P	14,3	10,0	12,0	
	C	85,7	90,0	88,0	
X.9. Promover la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria	N	0,0	2,6	0,0	0,972
	P	19,0	21,1	15,4	
	C	81,0	76,3	84,6	
X.10. Higiene de manos	N	0,0	0,0	3,4	0,155
	P	20,8	8,1	23,3	
	C	79,2	91,9	73,3	
X.11. Vacunar al personal sanitario contra la gripe	N	4,2	2,4	3,2	0,704
	P	45,8	31,7	32,3	
	C	50,0	65,9	64,5	
X.12. Mejorar la identificación y el registro de alergias e intolerancias a fármacos y alimentos en la historia clínica	N	8,3	19,0	6,9	0,232
	P	8,4	16,7	27,6	
	C	83,3	64,3	65,5	
X.13. Métodos estandarizados para el etiquetado, empaquetado y almacenaje de medicamentos	N	0,0	13,9	17,2	0,216
	P	21,7	25,0	13,8	
	C	78,3	61,1	69,0	

#: Porcentaje

N: No se ha considerado este punto/Se ha considerado, pero no se han implementado

P: Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas

C: Completamente implementado en algunas áreas / Completamente implementado en todas las áreas

(*): Resultado significativo, p- valor <0,05

Sección XI. "Efectividad de las Buenas Prácticas"

Esta sección continúa presentando unos resultados homogéneos al analizar por ámbito y semejantes a cuando se ha realizado el análisis por categoría profesional y por tamaño del centro (tabla 82).

Tabla 82. Análisis comparativo según ámbito de atención de la Sección XI. "Efectividad de las Buenas Prácticas"

XI. EFECTIVIDAD DE LAS BUENAS PRACTICAS					
XI.I. HIGIENE DE MANOS		Atención Primaria (%)	Atención especializada (%)	Otros (%)	p - valor
XI.I.1. Que los directivos de su institución apoyen y promuevan abiertamente la higiene de manos	P	0,0	4,3	0,0	0,161
	I	24,0	10,6	27,0	
	B	76,0	85,1	73,0	
XI.I.2. Que en su centro exista un preparado de base alcohólica en cada punto de atención	P	0,0	0,0	0,0	0,245
	I	4,0	0,0	5,6	
	B	96,0	100,0	94,4	
XI.I.3. Que existan carteles sobre higiene de manos en los puntos de atención a modo de recordatorio	P	0,0	0,0	0,0	0,750
	I	8,0	14,9	10,8	
	B	92,0	85,1	89,2	
XI.I.4. Que todos los profesionales sanitarios reciban formación sobre la higiene de manos	P	0,0	0,0	0,0	0,476
	I	12,0	4,3	5,6	
	B	88,0	95,7	94,4	
XI.I.5. Que todos los profesionales sanitarios reciban retroalimentación sobre como realizan la higiene de manos	P	0,0	0,0	0,0	0,857
	I	12,0	12,8	8,6	
	B	88,0	87,2	91,4	
XI.I.6. Que se invite a los pacientes a recordar a los profesionales sanitarios que deben realizar una buena higiene de las manos	P	8,3	13,0	14,3	0,940
	I	12,5	13,1	17,1	
	B	79,2	73,9	68,6	
XI.II. CIRUGÍA SEGURA		Atención Primaria (%)	Atención especializada (%)	Otros (%)	p - valor
XI.II.1. Que los directivos de su institución apoyen y promuevan abiertamente la cirugía segura	P	0,0	0,0	0,0	0,127
	I	18,2	4,3	12,1	
	B	81,8	95,7	87,9	
XI.II.2. Que en su centro exista un listado de verificación sobre la seguridad en cirugía	P	0,0	2,2	0,0	0,774
	I	4,3	2,2	0,0	
	B	95,7	95,6	100,0	
XI.II.3. Que todos los profesionales sanitarios reciban formación sobre cirugía segura	P	0,0	0,0	0,0	0,437
	I	9,1	2,2	6,1	
	B	90,9	97,8	93,9	
XI.II.4. Que los profesionales sanitarios reciban retroalimentación sobre los resultados en cirugía segura	P	0,0	2,1	0,0	0,228
	I	13,6	2,2	6,1	
	B	86,4	95,7	93,9	
XI.II.5. Que se invite a los pacientes a participar activamente en la cumplimentación de los listados de verificación cuando se les pregunte	P	4,5	6,4	3,2	0,990
	I	13,7	14,9	12,9	
	B	81,8	78,7	83,9	

%: Porcentaje

P: Poco / Algo efectivo

I: Indiferente

B: Bastante / Muy efectivo

IV.2.6. Resumen y análisis global de las dimensiones y oportunidades de mejora en la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores

IV.2.6.1. Fortalezas y debilidades identificadas

Para la identificación de fortalezas y debilidades se han seguido los criterios de clasificación propuestos por la AHRQ (86), donde se considera fortaleza tanto para un componente como para un ítem si tienen carácter positivo >75% de las respuestas y debilidades u oportunidades de mejora si tienen carácter negativo >50% de las respuestas. Según esto no podemos identificar globalmente como fortaleza ni como debilidad ninguna de las dimensiones que mide la encuesta pero destacan con un porcentaje global positivo de casi el 70% "Actitudes directivas frente a la SP" con un $68,3 \pm 3,0$.

La información obtenida en cuanto a ítems específicos señala como fortalezas 4 de los 68 ítems todos pertenecientes a la dimensión "Actitudes directivas frente a la SP" que son los siguientes:

- "Los directivos escuchamos con respeto las opiniones y valoraciones de los profesionales en relación con la seguridad del paciente con independencia de su rango" (VII.41.): 88,1% de las respuestas positivas.
- "Los directivos animamos al personal a expresar puntos de vista alternativos y a expresar libremente cualquier desacuerdo" (VII.42.): 80,4% de las respuestas positivas.
- "Los directivos pasamos por alto fallos relacionados con la asistencia sanitaria que ocurren una y otra vez" (VII.43.): 78,5% de las respuestas positivas.
- "Cuando hay un problema en nuestro centro, gerencia, sector, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas" (VII.45.): 88,2% de las respuestas positivas.

En relación a las oportunidades de mejora no aparece globalmente como debilidad ninguna de las dimensiones que mide la encuesta; si bien está muy cerca de serlo "Participación del paciente y de su familia" con un $47,7 \pm 5,6$.

Los ítems identificados como debilidades son los siguientes:

- “Nuestro Equipo de Dirección promueve que los pacientes se involucren en su seguridad” (I.9. de la dimensión: “Compromiso con la organización”), con un 58,7% de las respuestas con carácter negativo.
- “El SALUD dispone de asesoría psicológica a la que recurrir cuando ha ocurrido un IRSP” (I.14. de la dimensión: “Compromiso con la organización”), con un 57,9% de las respuestas con carácter negativo.
- “Se promueve la utilización de técnicas de simulación para mejorar la comunicación interpersonal y del equipo en entornos de alto riesgo” (IV.29. de la dimensión “Participación de los profesionales”), con un 68,4% de las respuestas con carácter negativo.
- “Los pacientes y sus familias participan activamente en la resolución de problemas y en la mejora de la calidad” (VI.36. de la dimensión “Participación del paciente y su familia”), con un 69,3% de las respuestas con carácter negativo.

IV.2.6.2. Influencia de las dimensiones en la puntuación global que se otorga a la cultura de seguridad. Matriz de correlaciones y análisis multivariante.

En este apartado hemos dado un paso más para comprender mejor la SP y hemos valorado la influencia que presentan las seis dimensiones en la puntuación global que se le da a la SP tanto en la organización como en su ámbito de trabajo, así como la correlación parcial que pudiera existir entre ellas. Para ello hemos realizado una matriz de correlaciones entre las dimensiones y las puntuaciones globales en la organización y en su ámbito de trabajo, y dos análisis multivariantes con ambas puntuaciones como variables dependientes y la proporción de respuestas positivas a las dimensiones como variables independientes.

A continuación hemos resumido los resultados obtenidos que están descritos con detalle en las siguientes tablas (tablas 83, tabla 84, tabla 85):

- Todas las dimensiones menos una ("Planificación estratégica) presenta una proporción de respuestas con carácter positivo directa y significativamente relacionadas a una mejor puntuación tanto global como en su ámbito de trabajo (Rho de Spearman, $p < 0,05$, en todos los casos).
- Las dimensiones con un coeficiente de correlación mayor en relación a la puntuación global son "Gestión de la Información" ($r=5,35$) y "Actitudes directivas frente a la SP" ($r=4,04$) mientras que en relación a la puntuación en su ámbito de trabajo coincide la primera "Gestión de la Información" ($r=5,45$) pero la segunda es "Compromiso con la organización" ($r=3,81$) (tabla 83)
- La dimensión que presenta los coeficientes de correlación más bajos corresponde a "Planificación estratégica" ($r=0,1$, $r=0,14$) siendo además no significativos en relación a ambas puntuaciones.
- El modelo de regresión lineal confirma como variables predictoras de la puntuación global de la seguridad del paciente, es decir, un coeficiente β significativo, a las dimensiones "Gestión de la información" y "Actitudes directivas" mientras que como variable predictora de la puntuación de la SP en su ámbito de trabajo solo se encuentra la dimensión "Gestión de la información".
- Aunque los valores predictivos de ambos modelos no son muy elevados ($R^2=0,03$), el coeficiente β más alto corresponde en los dos modelos a la dimensión "Gestión de la información".

- Caben destacar por su consistencia y por tener unos coeficientes más elevados, las correlaciones entre las dimensiones siguientes “Compromiso de la organización” con “Participación con los profesionales”, con “Participación del paciente y su familia” y con “Planificación estratégica” y de la “Participación de los profesionales” con la “Planificación estratégica” y con la “Gestión de la información” (tabla 84 y tabla 85).

Tabla 83. Matriz de correlaciones entre las dimensiones y la puntuación global de la seguridad del paciente global y de su ámbito de trabajo

		Comp1	Comp2	Comp3	Comp4	Comp5	Comp6	VIII.a	VIII.b
Comp1	Coeficiente de correlación	1,000	,410**	,394**	,620**	,481**	,355**	,392**	,381**
	Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Comp2	Coeficiente de correlación	,410**	1,000	,274**	,411**	,241*	,130	,100	,143
	Sig. (bilateral)	,000	.	,003	,000	,010	,171	,299	,142
Comp3	Coeficiente de correlación	,394**	,274**	1,000	,430**	,204*	,315**	,535**	,545**
	Sig. (bilateral)	,000	,003	.	,000	,030	,001	,000	,000
Comp4	Coeficiente de correlación	,620**	,411**	,430**	1,000	,380**	,300**	,353**	,354**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	.	,000	,001	,000	,000
Comp5	Coeficiente de correlación	,481**	,241*	,204*	,380**	1,000	,163	,248**	,276**
	Sig. (bilateral)	,000	,010	,030	,000	.	,085	,009	,004
Comp6	Coeficiente de correlación	,355**	,130	,315**	,300**	,163	1,000	,404**	,324**
	Sig. (bilateral)	,000	,171	,001	,001	,085	.	,000	,001
VIII.a.	Coeficiente de correlación	,392**	,100	,535**	,353**	,248**	,404**	1,000	,727**
	Sig. (bilateral)	,000	,299	,000	,000	,009	,000	.	,000
VIII.b.	Coeficiente de correlación	,381**	,143	,545**	,354**	,276**	,324**	,727**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	,142	,000	,000	,004	,001	,000	.

+Rho de Spearman

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 84. Proporción de respuestas positivas en las dimensiones de la cultura de seguridad como variables predictoras de la puntuación global de la seguridad

VARIABLES EN EL MODELO*	COEFICIENTES β	p-valor
(Constante=4,352)		
Compromiso de la organización	0,177	0,112
Planificación estratégica	-0,073	0,425
Gestión de la información	0,312	0,001**
Participación de los profesionales	0,058	0,602
Participación del paciente y su familia	0,068	0,468
Actitudes directivas en SP	0,261	0,003**

(*)Method enter, $F < 0,05$, $R^2 = 0,0333$ (**) Significativas

Tabla 85. Proporción de respuestas positivas en las dimensiones de la cultura de seguridad como variables predictoras de la puntuación de la seguridad de su ámbito de trabajo

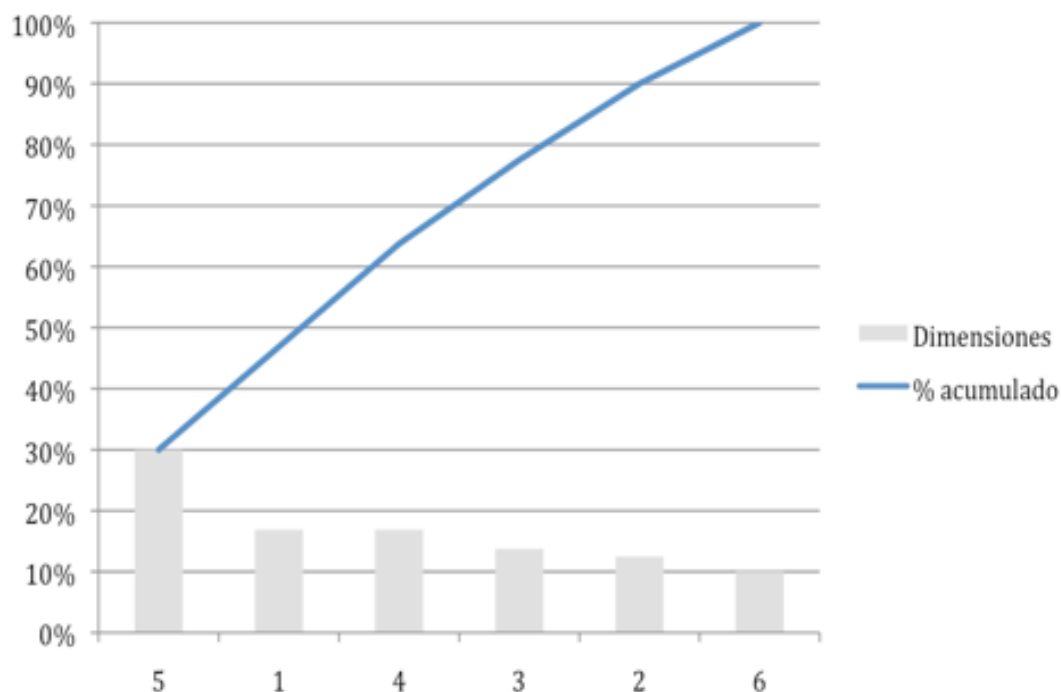
Variables en el modelo*	Coefficientes β	p-valor
(Constante=4,844)		
Compromiso de la organización	0,154	0,182
Planificación estratégica	-0,109	0,252
Gestión de la información	0,383	0,000 **
Participación de los profesionales	0,064	0,579
Participación del paciente y su familia	0,114	0,229
Actitudes directivas en SP	0,167	0,060

(*)Method enter, $F < 0,05$, $R^2 = 0,0324$ (**) Significativas

IV.2.6.3. Percepciones negativas. Análisis con el diagrama de Pareto.

El análisis de las respuestas negativas permite subrayar las oportunidades de mejora en general. Observamos que la primera dimensión en cuanto a percepciones de carácter negativo es "Participación de los pacientes", en segundo y tercer orden se encuentran "Compromiso de la organización" y "Participación de los profesionales", en total las tres dimensiones suman el 60% de las percepciones negativas (figura 10).

Figura 10. Dimensiones de la cultura de seguridad – oportunidades de mejora



IV.2.7. Resultados de la priorización de Buenas Prácticas

Este apartado va a permitir la priorización de las prácticas seguras (Sección IX) consideradas más importantes por posición dentro de un ranking que oscila de las más prioritarias a las menos prioritarias como por frecuencia de aparición dentro de una posición. Por lo tanto se van a describir las cuatro prácticas más frecuentes de las cinco primeras posiciones. Se han seleccionado solo las cinco primeras posiciones, que coinciden con las más prioritarias porque posteriormente se observa una repetición de las mismas prácticas ya identificadas en esas cinco posiciones.

La práctica más frecuente identificada en primera posición (más prioritaria) sería la identificación del paciente (22,8%), seguida de la gestión de riesgos, la implantación de la historia electrónica y el cuidado de la higiene (18,7%, 14,8% y 13,6% respectivamente). En segunda posición destacarían por orden de aparición el uso seguro del medicamento (14,3%), los sistemas de notificación y la mejora en la comunicación. En la tercera posición y sin mostrarse anteriormente estaría la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Y en la cuarta y quinta posición, involucrar al paciente en su propia seguridad y alertas sanitarias y de productos y la estandarización de equipos y procesos respectivamente (tabla 86).

Tabla 86. Priorización de Buenas Prácticas

Posición	Práctica		Frecuencia por posición (%)
	Nº	Descripción	
1	6	Identificación del paciente	22,8
	2	Gestión de riesgos	18,7
	13	Implantación historia clínica electrónica	14,8
	1	Cuidado de la higiene (ej.Higiene manos)	13,6
2	9	Uso seguro del medicamento	14,3
	3	Sistemas de notificación	13,8
	8	Mejorar la comunicación	12,9
	6	Identificación del paciente	12,0
3	9	Uso seguro del medicamento	19,4
	7	Prevención de las IRAS	13,8
	1	Cuidado de la higiene (ej.Higiene manos)	12,5
	8	Mejorar la comunicación	10,8
4	5	Involucrar pacientes en su propia seguridad	17,1
	2	Gestión de riesgos	16,5
	7	Prevención de las IRAS	14,9
	10	Alertas sanitarias y de productos sanitarios	12,5
5	2	Gestión de riesgos	16,5
	7	Prevención de las IRAS	16,1
	1	Cuidado de la higiene (ej.Higiene manos)	15,9
	12	Estandarizar equipos y procesos	15,7

Nº: Número, IRAS: infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria

IV.3. Análisis cualitativo de la cultura de la seguridad: resultados de las entrevistas semiestructuradas

El discurso de los profesionales con cargos directivos o de gestión, de los que desempeñan actividades de representación sindical y en el ámbito académico, ha aflorado rasgos de la cultura de seguridad que se han estructurado según un guión establecido en ocho apartados que se detallan a continuación.

IV.3.1. Seguridad del paciente: concepto y problemas de seguridad

IV.3.1.1. Concepto

En relación al concepto de SP, el grupo de respuestas obtenido ha sido bastante heterogéneo encontrándonos que los entrevistados presentan conocimientos, formación e ideas muy diferentes. Desde aquellos que identifican como pilar base el concepto de “Primum non nocere”, ante todo no hacer daño, a los que no encuentran una definición conforme a las diversas acepciones de la misma determinadas por el Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la OMS. Simultáneamente se aprecia una ausencia de visión global o general de la materia, traducida en unas definiciones que, en la mayoría de las ocasiones, detallan acepciones reduccionistas de esta definición. Sirva a modo de ejemplo, la siguiente:

- *“La seguridad del paciente es intentar como las acciones que hacemos cada vez más complejas no dañen al paciente, no dañar al paciente”. E1*

IV.3.1.2. Problemas de seguridad

Los participantes reconocen, en su mayoría, la existencia de problemas de SP bien por su propia experiencia en este campo, por sus conocimientos previos o bien porque han participado en el desarrollo de las diversas estrategias de salud o conocen las diferentes publicaciones de estudios epidemiológicos en materia de seguridad (ENEAS, APEAS...).

- *“En todas las estrategias en unas u otras siempre han salido temas en relación con la seguridad”. E4*

Al ilustrar en qué consisten estos problemas, los temas más frecuentemente mencionados son las infecciones, el medicamento, la identificación del paciente, la comunicación, los comportamientos y rutinas adquiridas, el trabajo en equipo, el liderazgo y la cultura existente en el hospital y, en ocasiones, se identifican problemas en relación con la seguridad de los profesionales como problemas de seguridad.

- *“Los problemas de seguridad son muy variables ¿no? pues tienen que ver, desde la administración de fármacos, que probablemente es lo primero que nos viene a todos a la cabeza, es decir, que se pueda confundir una dosis, que se pueda confundir un medicamento, que se pueda confundir un método, forma de administración, que se pueda confundir el intervalo, en definitiva, cualquiera que tenga que ver con la administración de medicamentos. Pero también los que tienen que ver, que se yo, con el traslado de los pacientes, con...”. E9*
- *“Falta de trabajo en equipo. Muchas veces esta unido a las bicefalías, es decir, dos cabezas de liderazgo para los diferentes profesionales”. E3*

Aunque no se preguntaba explícitamente sobre ello, cabe destacar que algunos se aventuran a hablar del concepto de prevención en materia de seguridad, siendo conscientes de que parte de estos problemas pueden prevenirse.

- *“Podemos prevenir parte de los problemas que le pueden surgir”. E1*

IV.3.2. Factores contribuyentes a la producción de problemas de SP

Los factores contribuyentes en la producción de problemas de seguridad son muy variados. Los entrevistados identifican aquellos relacionados con los profesionales, la formación, el equipo, la comunicación y el paciente.

IV.3.2.1. Paciente

Resulta relevante que los participantes no consideren apenas factores relacionados con el propio paciente.

Algunos entrevistados identifican dos grupos de pacientes; aquellos pacientes que encuentran seguridad en la prestación de la asistencia sanitaria, mientras que existe un

segundo grupo con otras motivaciones que les llevan a buscar un beneficio económico a sus circunstancias.

- *“Tenemos dos grupos en relación con los pacientes. Los que hagamos lo que hagamos no verán nada o irán siempre a ver la parte negativa y en muchas de las ocasiones es incluso buscando una rentabilidad económica, y habrá quién se siente seguro aunque en ocasiones haya tenido un mal resultado”. E6*

IV.3.2.2. Formación

Con respecto a la formación destacan la existencia de problemas en relación al resultado ineficaz del modelo de formación impartido. Por eso subrayan la necesidad de que sea impartida tanto al inicio, en su formación académica tanto universitaria como no universitaria, como en la formación continuada en función del grado/nivel de formación adquirido y mediante además, mediante la existencia de un programa estructurado de formación en materia de SP.

- *“Formación de los profesionales que en función del grado de formación que tengan o de la formación continuada, no solo de la de origen si no del mantenimiento de la formación, de la inquietud personal”. E6*
- *“En la organización empezamos a trabajar y casi nunca nos cuentan, o no nos preocupamos por contar a la gente como se hacen las cosas, dejamos que aprendan como se hacen las cosas sobre la marcha, o enseñados por otros sin un sistema o sin seguir un procedimiento”. E5*

IV.3.2.3. Profesionales

En este apartado todos los entrevistados hacen referencia al estrés que sufren los profesionales motivado tanto por la sobrecarga de trabajo como por la presión asistencial y además por la repercusión de la vida profesional sobre la personal y viceversa.

- *“La vida de un profesional de ciencias de la salud es muy estresante, si a eso le añades que puede ser estresante su propia vida en algún momento se puede producir una rotura, un fallo”. E10*
- *“Pues, uno de los factores fundamentales la carga de trabajo. En mi experiencia que es más en hospitalización y al ritmo que se trabaja en enfermería, al ritmo que las enfermeras trabajan*

diariamente en la hospitalización, es un ritmo inhumano. Es más normalmente en la mayoría de los servicios para dar el relevo te tienes que quedar y transmitir eso es una cuestión que hace muy bien enfermería. Transmitir la información de paciente por paciente a la enfermera que recoge el turno, independientemente que también tiene sus registros de enfermería, pero verbalmente, oralmente, también transmitimos la información de lo que ha ocurrido con este paciente con cada uno de ellos, en el turno en el que tu has estado y es cierto que muchas veces no solo tienes que quedarte en tu turno sino abarcar parte del otro turno para poder acabar la recogida de información, la firma de la medicación, entonces la carga de trabajo a mi me parece que es una de las cuestiones que más en peligro pone la seguridad del paciente”.

E7

También identifican que entre los profesionales pueden existir situaciones de desidia, desprofesionalización, de funcionariado inadecuado, escasa motivación, rutinas, problemas de comunicación y de relaciones humanas.

- *“Ufff...desidia, desprofesionalización, funcionariado, falta de trabajo por objetivos, la rutina, la gente se enquistista”. E3*
- *“Pues eso es algo que en el mundo asistencial se ve constantemente, las relaciones humanas o la dificultad de las relaciones humanas en servicios, en plantas, en cualquier sitio”. E10*

Un factor que identifican como un grave riesgo es el exceso de confianza que puede tener el profesional por su experiencia adquirida, lo que puede provocarle una falsa sensación de seguridad.

- *“Yo creo que hay una gran parte de los profesionales sanitarios con falsa seguridad, por confiar demasiado en su experiencia y en la seguridad de que ellos no se van a equivocar... en su, bueno, una excesiva confianza en que las cosas se van a hacer bien y que uno va a hacer bien sus cosas y que por tanto el resto también las va a hacer bien y que no hay demasiado, eh, riesgo en las comunicaciones entre personas o entre partes de una organización, y ese exceso de confianza puede ser una de las causas, eh, más importantes”. E5*

Otro de los apartados comentados en relación a los profesionales es la gran cantidad de personal eventual existente, lo que supone de riesgo para la práctica asistencial.

- *“Problemas de personal como pasa en todas las empresas, los eventuales”. E2*

Sobre todo para el personal de enfermería, supone un riesgo la inexistencia de unas listas específicas destinadas para las contrataciones de corta duración lo que significa poder contratar a gente con experiencia, ya que la existencia de sustitutos no formados en ciertas áreas más específicas supone impartirles una formación específica, tutela y una carga de trabajo para el resto de los compañeros que lo realizan que no compensa a la larga puesto que esas contrataciones van a ser de muy corta duración.

- *“Una contratación de una sustitución de un tiempo breve, lógicamente una enfermera que no tiene ningún tipo de experiencia en unidades de este tipo que estamos hablando, pues va a tener, va a ser poco operativa y al final va a repercutir en el resto de las compañeras, lo lógico y lo razonable es que se aprovechen recursos ya formados para circunstancias de este tipo puntuales, si que es cierto que cuando una contratación es mas larga, pues hombre también la administración tiene que tener sus propias herramientas para formar a gente, pero en contratos más breves lo lógico es tirar de alguien con experiencia”. E7*
- *“Una cuestión fundamental en enfermería a lo mejor en otras categorías no, en enfermería es la formación específica en ese servicio, me viene a la cabeza tristemente lo de A mi me parece que los directivos deberían de valorar mucho más, a ver enfermería es una profesión que igual que medicina esta continuamente en formación, lo mismo ocurre con enfermería y bueno, hoy por hoy enfermería es más generalista aunque van hacia delante las especialidades de enfermería, pero si que es cierto que un profesional o una profesional cuando inicia su vida laboral va enfocando un poco su formación continuada hacia sus preferencias por una especialidad determinada, entonces el trabajar en una UCI con una formación específica en ese sentido o el trabajar en una urgencia lo mismo, con una formación específica hay determinados servicios que sí que requieren una formación y que a mi me parece fundamental que en las enfermeras lo valoren los directivos a la hora de los concursos de acoplamientos, de las movilidades internas y todo eso, me parece fundamental la formación”. E7*

IV.3.2.4. Equipo

Uno de los factores contribuyentes que también se identifica es la falta de trabajo en equipo con objetivos determinados y los problemas de comunicación.

- *“En el entorno laboral, las posibilidades de fallos de seguridad están en las propias relaciones humanas. Un colectivo que trabaja junto no tiene porque tener unas magnificas relaciones y esas no magnificas relaciones o falta de comunicación pueden afectar a la seguridad del paciente”. E10*

Además, los entrevistados refieren que la organización, en la mayoría de las ocasiones, funciona sin instrucción alguna, siendo un sistema ineficaz para la resolución de problemas.

- *“La organización sanitaria no tenía ni una hojita de instrucciones y una lavadora un libro de un tamaño y un peso descomunal”. E8*
- *“Aquí nunca pasa nada hagas lo que hagas [...]es un sistema ineficaz para pulir los problemas”. E3*

IV.3.2.5. Comunicación

Varios participantes hablan acerca de la comunicación como un aspecto fundamental de la SP. Cuando se refieren a ella, lo hacen considerando tanto la información al profesional, información al paciente, comunicación entre profesionales y entre profesionales y pacientes, y la participación del paciente.

- *“La comunicación, tendría varios apartados. Estaría en primer lugar el apartado en lo que el paciente debe conocer cuando entra en contacto con el sistema sanitario, que ningún procedimiento es inocuo, el personal debe conocer que puede poner barreras para no ser nocivo en sus actuaciones y luego cuando se produzca un efecto adverso tiene que haber una comunicación franca entre el personal y los pacientes para conseguir que el paciente de alguna forma participe en los problemas que le han surgido que algunos son inevitables y otros son evitables, pero desde luego mejorando la comunicación, se mejora absolutamente las consecuencias de la problemática”. E1*

Del discurso se desprende que la comunicación es una asignatura pendiente no sólo de los sistemas sanitarios. Los canales de comunicación no son fluidos ni efectivos, ni entre los profesionales ni entre éstos y el paciente.

- *“Es una asignatura pendiente de todos y no es culpa solo del sistema que yo se la he echado siempre al sistema, pero yo quiero ser muy honesto”. E8*
- *“Fundamental en una organización tan desmedida como esta y de las de más difíciles de poder llevar a cabo una comunicación con fluidez y que funcione, que sea efectiva, porque todos los mensajes que se mandan, los canales de comunicación que hay, se cortan. Ya utilices a la supervisora, al jefe de servicio, el correo electrónico, las cartas personalizadas. Es muy difícil comunicarse y recibir la información y ya no te digo del paciente.”. E3*
- *“Pues fíjate, yo te planteaba al principio que si hay medidas de cara a la seguridad del paciente no son conocidas por los profesionales y seguro que las habrá, luego efectivamente hay un problema de comunicación”. E7*

Los entrevistados opinan que cuando dos profesionales se transmiten información, el que emite el mensaje debería comprobar que el receptor lo ha entendido, sin embargo, en general, no se realiza esta doble comprobación y el emisor no sabe si el que lo ha recibido lo ha entendido correctamente.

- *“No sé si el mensaje se recibe correctamente, ni comprobamos si ese mensaje se recibe concretamente”. E6*

Uno de los apartados que destacan en el apartado de la comunicación, es la comunicación con el paciente que los entrevistados consideran imprescindible. También opinan que debe realizarse de forma estrecha, y garantizando una confianza en el profesional, tanto para él como para su familia facilitando asimismo una correcta identificación del paciente durante el proceso.

- *“Dirigirse al paciente por su nombre, precisamente para, de alguna manera garantizar que efectivamente estamos haciendo las técnicas o los cuidados que en aquel momento vayamos a prestarle solo a la persona que se los debemos de dar”. E7*
- *“La relación que establece el personal de enfermería con el paciente es una relación más estrecha probablemente, probablemente no seguro que la que establece el paciente con los médicos y entonces si que es cierto que eso de alguna manera facilita todos estos o minimiza de alguna manera todos estos problemas que estamos hablando de seguridad por lo tanto la relación interpersonal con la familia en el caso de que el paciente no tenga todas sus facultades en plenitud o con el propio paciente, son fundamentales”. E7*

IV.3.2.6. Recursos

En relación a los recursos, se percibe como importante la carencia de una historia clínica electrónica como registro único que permita compartir información sobre un mismo paciente.

- *“La no dotación de una historia clínica electrónica actualizada y como registro único entre todos los profesionales”. E2*
- *“Falta información compartida sobre un determinado paciente entre todos los niveles asistenciales. Pero nuestra organización va a mejorar en cuanto el gestor de pacientes esté operativo”. E4*

Pero no sólo en recursos se hace referencia a la falta de material, sino a la introducción de novedades (equipos, dispositivos, programas informáticos, etc) de manera incompleta, sin informar ni formar al respecto, lo que supone una fuente de error y problemas.

- *“La comunicación entre ellos, la formación en general, la formación en el uso de nuevas tecnologías, en el uso de equipos”. E5*
- *“Introducir novedades de manera incompleta sin contárselo a todo el mundo, sin comprobar que todo el mundo va a utilizar bien las nuevas tecnologías de manera amplia, eso también probablemente sean fuentes de errores o problemas de seguridad”. E5*

IV.3.3. Prioridad de la SP en la organización

Todos los participantes coinciden en que la organización reconoce como prioritaria la SP, aunque quizá, no con la preferencia que debería tener. Bien es cierto, que la prioridad que le asignan es desde un punto de vista más teórico que práctico.

- *“Yo creo, que de palabra sí y en la practica pues medianamente, es decir, no de una manera prioritaria, pero sí que la organización lo reconoce y si que tiene actuaciones relacionadas con la seguridad del paciente”. E1*

Otros participantes reconocen, además, que la organización no transmite la importancia que tiene para ella y que aunque se ha trabajado en esta materia, la organización dedica poco esfuerzo que se traduzca en acciones.

- *“Si lo hace, no lo transmite, esa es la opinión que tengo seguramente hagan muchas cosas relacionadas con la seguridad del paciente, quiero entender, porque lo lógico es que cuando uno tiene una responsabilidad en un cargo directivo, máxime relacionado con la salud de las personas quiero entender que desde luego toman medidas, pero yo no creo que ese tipo de medidas, ni la cultura de la seguridad impregne a toda la estructura, a mi me parece que si las hay, se quedan en la cúpula y no son capaces de transmitir las, es decir falla la formación y la información en este sentido”. E7*
- *“La organización como tal dedica poco esfuerzo, poca parte de su organización a mirar como hacen las cosas, a prevenir a estabilizar sistemas o a hablar de seguridad. Y eso es un signo de que seguramente no es tan importante, por lo menos no lo consideramos tan importante ... visto como organización. A pesar de que, si que como individuos si que reconocemos la importancia”. E4*

Sin embargo, sí que se reconoce el trabajo que han realizado los profesionales en materia de seguridad incluso independientemente de la existencia de liderazgo por parte de los directivos.

- *“Si tienen las medidas, no las transmite como tal, como diciendo estas son las medidas que tomamos para garantizar la seguridad del paciente y sino las tiene, es grave, pero si las tiene y no lo transmite, pues no deja de ser también un problema. Sin embargo si que creo que los profesionales en su práctica diaria tratan de poner todas las medidas posibles para garantizarlo y seguramente si hubiera unos protocolos, si hubiera unos objetivos, si hubiera unas líneas de actuación, si hubiera más formación de los..., hacia los profesionales en este sentido seguro que mejoraría la seguridad del paciente”. E7*
- *“Desde luego desde el punto de vista teórico, un directivo que no dijera que la seguridad es importante, pues sería tan impresentable que el mismo se descalificaría, por tanto eso jamás lo dirá y en la práctica lo dicen y la organización, pues en muchas ocasiones por la propia dinámica de la organización no necesariamente por el liderazgo del directivo, pues se ha ido introduciendo por diversas actuaciones”. E1*

También subrayan que la seguridad es una dimensión transversal que concierne a todo el proceso asistencial, tomando un mayor protagonismo desde hace unos años al emerger diversos problemas de seguridad a través de publicaciones científicas recientes.

- *"La seguridad es una línea más transversal que afectan un poco a todo, entonces yo creo que sí que impregna a todo, me da la impresión de que más sobre el papel que en la realidad". E4*
- *"Desde hace tres a cinco años ha surgido como una idea estrella puede ser porque se ha reconocido como un problema más reciente". E9*

Los participantes agrupan las mayores dificultades que se han encontrado a la hora de implementar esta estrategia en varios tipos: barreras en relación a la cultura de seguridad, en relación a los recursos humanos, a la presión asistencial y relacionadas con las propias personas.

- *"Cultura de seguridad falta porque no nos la han inculcado desde el principio". E5*

A éstas se les suma que no plantear la estrategia de SP como un todo, es decir, el no tener desarrollada una estrategia de SP en la CCAA que englobe antecedentes, objetivos y el desarrollo de una serie de líneas estratégicas dificulta el entendimiento de la misma. El trabajo en diversos proyectos de forma aislada sin mostrar un hilo conductor que estructure la relación de unos con otros debilita el desarrollo de los mismos.

- *"Pues yo creo que volvemos a lo mismo, fijate que conforme voy hablando contigo voy detectando que efectivamente hay líneas, en las que se está trabajado en materia de seguridad pero yo creo que no se percibe como un todo, ¿no?, son líneas que probablemente, fijate yo creo que si todo eso se explicara a los profesionales que forman parte de un todo, que es la seguridad del paciente quizá se entenderían mejor, sería más fácil cumplimentarlas, se encontraría más colaboración, pues porque al final la comunicación, la transmisión, la información y todo eso contribuye a que las cosas funcionen mejor, entonces yo creo que es un problema de la organización pero de esta y de muchas, incluso nosotros en nuestro trabajo diario nos damos cuenta que el problema de la comunicación y de la transmisión de la información, es uno de los mas importantes que todavía existen y estoy viendo que es en todos los ámbitos". E7*

IV.3.4. Barreras en el desarrollo de la SP

IV.3.4.1. Directivos y gestores

Respecto a las barreras interpuestas por directivos y gestores los participantes señalan que aunque los líderes no se implican todo lo que deberían, bien es cierto que obstáculos no ponen.

- *“No hay barreras importantes con los líderes, es decir, puede ser que no se impliquen todo lo que se tengan que implicar, pero desde luego no, no, obstáculos no ponen”. E1*

Señalan que la excesiva rotación en los cargos de responsabilidad les dificulta el establecimiento de estrategias a largo plazo y dar continuidad a las políticas de seguridad a medio plazo. Esto ocasiona que generalmente se actúe de forma reactiva a los problemas de seguridad específicos.

- *“Pues a nivel de líderes, yo creo que un factor muy negativo, muy negativo es la alta rotación tan constante que hay, no hay mantenimiento. Hay una cantidad de rotaciones que no es fácil que acabe transmitiendo algo que a lo que has empezado a que ellos te conozcan te vas. No hay una duración en los mensajes, no hay constancia en las estrategias, nos duran... queremos conseguir resultados muchas veces muy cortoplacistas entonces el largo plazo no se trabaja tanto”. E6*
- *“Se trabaja muy en reacción a algo. En cambio si alguien detecta en su trabajo diario en su manipulación, una posibilidad de mejora... pues introducirlo, analizarlo o plantearlo pues cuesta mucho...”. E6*
-

En este sentido, también preocupa a los entrevistados la ausencia de convencimiento de los directivos, que finalmente les ocasiona una falta de implicación. Pues sin ese convencimiento resulta difícil que identifiquen prioridades en materia de SP, o que asuman las prioridades de la organización.

- *“La implicación de los líderes es fundamental y es muy difícil que sin ellos funcione. Cualquier cambio precisa de su implicación y eso claro también hay que tenerlo en cuenta. Cualquier cambio, yo este de la cirugía segura, pues debe empezar por los líderes, los líderes jerárquicos,*

los líderes de la organización y luego los líderes que igual no coinciden, los líderes naturales del grupo, el que es más respetado, el que ... todos esos líderes hay que tenerlos en cuenta y hay que, tienen que participar desde el principio, casi nunca vale saltarse las cadenas de mando, porque es muy probable el fracaso". E5

- *"Que desde el SALUD se les transmitiera a ellos para tratar de ponerlos en marcha, pues a ver yo entiendo que ellos desde su puesto deben de asumir que las líneas del departamento o del SALUD van por un sentido y cuando uno acepta un puesto acepta un puesto con todas las consecuencias y debe asumir que eso es una de las prioridades en ese momento de la Administración que este en aquel momento, y deben asumirla y saber como transmitirlo y por supuesto colaborar". E7*

No obstante, opinan que los directivos necesitan estar convencidos para desarrollar el esfuerzo necesario para llevarlos adelante, pero necesitan información, tiempo y aprendizaje. Sin este convencimiento tendrán más dificultad para empujar a otros, sobre todo cuando son estos otros los que deben desarrollar las acciones.

- *"Si no has, no lo has leído... los momentos de aprendizaje son necesarios, si no has tenido un tiempo suficiente para interiorizarlo pues no estas convencido y es muy difícil que aunque te lo impongan desde el SALUD o desde la estructura tuya, tu le pongas la energía adecuada para llevarlo adelante". E5*
- *"Hay que cambiar la cultura profesional y eso no es un tema de habilidades directivas, es un tema de convencimiento y es un tema de que profesionales convezcan a profesionales y en esta organización, aunque hagamos cosas por instrucciones, hay cosas que no se solucionan con instrucciones [...]. Obviamente la organización puede siempre empujar y se puede empujar de miles de maneras". E4*
- *"Esta organización es la única organización en la que los profesionales tienen todo el poder y la competencia para hacer cosas y los directivos no tienen ninguna. Entonces desde el momento que, una decisión en seguridad o en cualquier estrategia tiene que acabar siendo llevada a cabo no por uno sino por miles de profesionales el problema es que para que eso cale en los profesionales". E4*

Se comentó que los directivos cuentan con capacidad para priorizar las líneas de trabajo que quieren desarrollar en su organización. Así por ejemplo, pueden asociar determinadas iniciativas a los contratos de gestión.

- *“A ver las poquitas herramientas de gestión que tiene esta organización donde insisto la decisión profesional es la que marca la organización, no la decisión directiva, es que esto es importante no perderlo de vista, que el que decide la actuación profesional no es el gerente, ni el director de planificación, ni la Consejera, es el médico de familia, el médico de urgencias, el cirujano, entonces ehhhh yo creo que el hecho de que la poquitas herramientas de gestión que se tienen que son los contratos programas y los contratos de gestión de decirle a la gente, mira yo este año te voy a evaluar porque la cultura de seguridad es prioritaria en mi organización: 5 objetivos en seguridad”. E4*

IV.3.4.2. Profesionales sanitarios y no sanitarios

En el análisis del discurso se aprecia que la actitud de los profesionales no se detecta como un problema. Si lo son la falta de tiempo, la sobrecarga de trabajo que supone, la percepción del miedo y la resistencia al cambio fundamentalmente.

- *“El tiempo quizás es el problema, porque no hay un problema de actitud importante, es fundamentalmente un problema de tiempo”. E1*
- *“Generalmente estas cosas conllevan una carga de trabajo mayor. Es decir, si tú tienes que revisar que has hecho una serie de cosas, pues además de hacerlas, luego tienes que tomarte la molestia tú o alguien de ver que se han hecho, eso evidentemente retrasa el procedimiento o no es que lo retrase, requiere que se le dedique más tiempo”. E9*
- *“Sí, el miedo al cambio, que se ha hecho así de toda la vida, ya vienen estos con otra, como dijeron el otro día con el lavado de manos pues habrá que atacar esto de otra manera”. E3*
- *“Existe esa cultura de que las cosas que estamos haciendo desde hace mucho tiempo es muy difícil que cambien, cambian por algún cataclismo o por alguna circunstancia sobrevenida pero es muy difícil que cambien por voluntad propia de los que están ahí dentro”. E5*

Respecto al miedo, la mayoría lo señala como un problema fundamental. La cultura imperante en nuestra sociedad tiende a la culpabilización lo que ha dificultado hasta hace pocos años el inicio del desarrollo de una cultura de seguridad como tal.

- *“El tema del miedo es un tema fundamental”. E4*
- *“Esto es la cultura tan española de me han pillado, entonces para mí, eso sigue siendo una barrera personal y yo creo que ahí la organización también ha hecho su intento de decir, no*

mire respetamos la confidencialidad, esto no tiene una finalidad de penalización, sino de mejora y si Ud no declara no podemos detectar donde están los fallos, entonces el miedo, el miedo personal es uno, para mí, fundamental y eso es un tema de actitud". E4

- *"A nosotros no nos han educado en la cultura de la seguridad, ni en el grado, ni el postgrado, ni en la formación continuada hasta hace muy poquitos años". E4*

Se señala también que la resistencia al cambio puede dificultar el desarrollo de la implementación de la estrategia. Esta resistencia puede encontrarse como una desconfianza al grupo que la va a poner en marcha.

- *"He propuesto una práctica segura a los responsables de cada una de las áreas en el hospital, e individualmente todos han dicho si si .. esto estaría muy bien no es ninguna tontería esto se podría intentar hacer, pero hay una especie de desconfianza hacia el grupo o a la organización yo creo que cada uno piensa que no va a ser capaz de convencer a los demás, que quizá dentro de su ámbito podría hacerlo, pero no sería capaz de hacer...es un poco de desconfianza hacia el grupo". E5*

Esta resistencia también puede suponer un miedo al fracaso y la creencia de que este cambio va a suponer más problemas y carga de trabajo que beneficios a corto plazo.

- *"El grupo no va a ser capaz, no va a ser capaz de hacerlo en conjunto, porque va a suponer un cambio, un poco de tarea más, se ve como una tarea extra, y no vamos a convencer a los demás, no voy a ser yo quien diga esto vamos a hacerlo, porque seguramente, no lo conseguiremos". E5*
- *"Se vea como una cierta imposición que se vea como que me va a generar más problemas que quizá soluciones... el problema lo tendré a corto plazo y la solución o la mejora será general y, no se, puede que por ahí vean inicialmente los problemas y no vean el beneficio que o no lo vean o quizá el beneficio sea más a largo plazo, y ese pueda ser una resistencia inicial y que seguramente venciendo o contrarrestándola de alguna forma podríamos obtener algún tipo de beneficio más a corto plazo pues podría ser". E5*

Los directivos y gestores se reconocen como alejados de la realidad clínica y señalan la dificultad de trasladar las estrategias de la teoría a la práctica. Para ello insisten en que es crítico lograr convencer a los profesionales que trabajan directamente con los pacientes.

- *“La mayor dificultad que pueden encontrar es el estar alejado de la realidad, es decir el papel y el lápiz lo aguantan todo, por tanto yo me puedo sentar en una mesa empezar a pensar y me dedico a revisar literatura, pues puedo encontrar múltiples posibilidades de mejora, de intervención, de ..., pero si eso no soy capaz de transmitirlo, de convencer a los implicados, de implicarlos, de transformarlo en hechos pues estará muy bien pero no habremos hecho nada”.*
E9

También aparece en el discurso, la falta de sentimiento de pertenencia a la institución. Esta falta de sentimiento puede llegar a producir la emisión de mensajes contradictorios, tanto entre profesionales como hacia los pacientes.

- *“Yo creo que los trabajadores, se sentían cuando éramos INSALUD mucho más trabajadores del INSALUD, que ahora del SALUD. Osea, no se ha generado esa sensación de pertenencia a algún sitio, y cuando no tienes esa sensación de que formas parte de un grupo, que tienes una meta final o una visión de las cosas, esto hace que cada uno vaya deslabazado”.* E6
- *“Si tenemos todas esas contradicciones en los mensajes el usuario no lo va a entender pero no lo va a entender como cualquier persona a la que le llegan mensajes el a y el b, mensajes contrapuestos y de fuentes importantes, entonces, pues eso es muy complejo y no lo va a entender. Pero volvemos otra vez somos una organización de profesionales y los profesionales cada uno somos el rey de nuestra selva y que resulta que poner a todos los profesionales a poner consensos resulta muy difícil pero luego resulta que es muy fácil saltarnos esos consensos”.* E6

También existe en la actualidad una falta total de liderazgo, que unifique la dirección de las acciones, proporcione credibilidad y convencimiento a aquellos que las tienen que desempeñar.

- *“Osea cada uno vamos por nuestro lado y ahí la guerra la tenemos perdida porque si queremos transmitir efectivamente mensajes de calidad y seguridad con claridad no se pueden lanzar mensajes cada uno el que quiere”.* E6

- *“Cuando uno va a liderar una estrategia de este tipo la única dificultad es el trato con las personas, el convencer a las personas que tienen que seguir una estrategia... por parte de los líderes yo creo que no tiene por que haber ningún problema si están liderando un proceso es porque creen en el proceso y están inmersos en él pues lo único que tienen que hacer es convencer al equipo que tienen que seguir ese proceso”. E10*
- *“Si se explica bien, se explica la razón y se explica la repercusión que todo ello tiene, yo creo que perfecto, a ver, al final todos tenemos asumido por supuesto que cada uno desde nuestra profesión pretendemos ser el mejor profesional”. E7*

IV.3.4.3. Pacientes

En todos los casos se coincide en la inexistencia de barreras con los pacientes aunque actualmente su participación es escasa.

- *“El usuario todo lo que le vaya a permitir más seguridad, seguro, seguro seguro, que va a entender que es positivo”. E6*
- *“En principio yo no he identificado problemas ni cuestiones concretas, que me vengan ahora. También es cierto que a los pacientes, les hacemos participar muy poco en su atención”. E5*

Destacan que un paciente bien informado es un paciente colaborador pero todavía en muchas ocasiones prevalecen la cultura paternalista y la cultura de la culpa, aún cuando se habla de términos como el empoderamiento del paciente.

- *“Yo pienso que no, que dificultades por parte de los pacientes al contrario. El paciente que se siente que está seguro a todos los niveles yo creo que va a dar todas las facilidades evidentemente habrá casos particulares pero en general yo creo que no que no hay ninguna dificultad por parte de ellos al revés”. E10*
- *“El paciente se encuentra un poco perdido, perdido por eso, porque entra en un sitio que no conoce y que tampoco sabe que puede llegar a esperar realmente en este ámbito ¿no?”. E2*
- *“Eso que hablamos ahora de empoderar que se nos llena la boca, pero que seguimos tratándolos como siempre. Vd. se toma esto por que yo lo digo, viene a las revisiones cuando yo lo digo y no se preocupe de nada que yo estoy aquí para velar por Vd.”. E4*
- *“Sin embargo lo que hay que dejar es la culpabilidad para trasladarla a la corresponsabilidad”. E4*

Algunos piensan que es preciso trabajar en colaboración con los usuarios en el desarrollo de las líneas estratégicas para conocer sus opiniones, preocupaciones e inquietudes. Las asociaciones de pacientes pueden servirnos como vehículo de aproximación a sus requerimientos.

- *“Hay muchas cosas que podemos trabajar modificar, trabajar para las asociaciones de pacientes, que muchas veces son las que mejor saben Es que hay que trabajar con ellos, es que no conozco a ninguna empresa privada que se ponga a hacer yogures, o que cambie el modelo de galletas, o algo, sin hacer pruebas, no se si me explico, con el usuario, con el consumidor, nosotros tenemos que tener en cuenta a nuestro consumidor y ojo quien ha corrompido al consumidor hemos sido nosotros mismos dándole falsas expectativas”. E3*

En relación a la información que se ha de facilitar al paciente sobre los eventos adversos que se puedan derivar de la asistencia que ha recibido, es un tema que ha sido poco visible. Los entrevistados afirman que sigue existiendo una actitud de ocultar lo que ha ocurrido. Se vuelve a apuntar en este sentido el miedo y la cultura de la culpa todavía existentes como factores contribuyentes.

- *“Es un tema que siempre ha permanecido oculto, es decir, no se habla de los errores y como no se habla de los errores porque es algo que en principio tenemos miedo de admitir, pues el paciente digamos que cuando lo percibe, es porque es muy gordo o porque va muy predispuesto o porque alguien le avisa de que ha podido pasar algo y puede sacar, bueno o castigar a quien puede estar implicado en ese hecho u obtener un beneficio generalmente económico como consecuencia de ello y no hay una situación de normalidad desde mi punto de vista”. E9*

IV.3.4.4. Recursos / Información

Entre las barreras identificadas se encuentra la escasez de recursos destinados a las políticas de SP, pero no se vive como una de las barreras prioritarias, otorgando mayor importancia, por ejemplo, a las personas, etc.

- *“Casi nunca los recursos son en este tipo de acciones, los recursos no son un limitante muy importante pero las personas y la estructura que tiene el grupo y factores más culturales de sus valores, de lo que quieren ser, de cómo quieren hacer las cosas, de cómo quieren ir cambiando para hacer las cosas cada vez mejor “. E5*

Pero sí se valora como negativo en relación con la información: el limitado acceso a la misma, y la inexistencia de indicadores definidos y rápidos de calcular para dar a conocer esta información.

- *“Estamos limitados por la accesibilidad a la información”. E2*
- *“El tema es definir que tipo de indicadores queremos y que áreas son las que tendríamos que vigilar”. E2*
- *“Y sobre todo, que nos permitiera devolver la información a la gente. Si no podemos devolver información de manera ágil, no hace falta que sea mensual, pero a lo mejor trimestralmente algo que se les pueda dar y que no les cueste un trabajo horrible elaborar algún indicador no vamos a poder hacer realmente mucho”. E2*

IV.3.5. Agentes facilitadores para el desarrollo de la SP

IV.3.5.1. Directivos y gestores

Los participantes no destacan a los directivos y gestores entre los agentes facilitadores de la estrategia, aunque no pongan obstáculos como se ha mencionado. Si que señalan que una de las múltiples formas que pudiera estimular a los profesionales, sería ligar objetivos de seguridad a la productividad variable.

- *“En muchas ocasiones por la propia dinámica de la organización, no necesariamente por el liderazgo del directivo, pues se ha ido introduciendo por diversas actuaciones”. E1*
- *“Bueno... pues introducir alguna otra medida en materia de seguridad como por ejemplo, ligándola a la productividad variable pues podría ser un estímulo para los profesionales”. E7*

IV.3.5.2. Profesionales sanitarios y no sanitarios

Dentro de los agentes facilitadores en relación a los profesionales, los entrevistados señalan que aquellos profesionales más motivados son los que han impregnado al resto, y ha ido progresivamente calando. Y que servicios como los de Medicina Preventiva, Medicina Intensiva, las Unidades de Calidad han liderado proyectos con éxito en estos últimos años.

- *“Una serie de profesionales van impregnando poco a poco al resto de la comisión, van haciendo, van comentando a sus propios compañeros y a otros, y entonces va calando un poco, entonces es un tema a largo plazo porque tiene que ir calando mucho más. La gente no ha rechazado nada de esto”. E2*
- *“Facilitadores... bueno, hay alguna gente o hay algunos, los servicios de preventiva, de calidad, las UCIs que en cada uno... los técnicos de salud en primaria hay profesionales que si, que tienen todas estas herramientas y tienen estos métodos dentro de lo que saben hacer y están puestos bueno, tratando de convencer al resto de la organización para poner en marcha y en muchos casos, para tomar conciencia de estos problemas etc, si... no se cuanto de escasos son... igual sean bastante escasos”. E5*

También se valora como positivo la posibilidad de canalizar estas estrategias a través del personal de enfermería, incidiendo en que las supervisoras de enfermería serían buenos líderes.

- *“Yo creo que las supervisoras de enfermería son unos líderes dentro de su unidad que ellas son las que se deberían encargarse de canalizar en un sentido y en otro, las medidas. Para que se incrementasen desde arriba y recoger a su vez las posibles cuestiones que se van detectando desde abajo para que vuelvan otra vez a plantearse nuevas medidas. [...] Yo creo que es bueno aprovechar además al profesional más abundante en la atención especializada, al más numeroso, y además es el que más contacto tiene con el paciente y yo creo que es el que primero detecta problemas”. E7*

IV.3.6. Organizaciones involucradas en SP

Cuando se les pregunta sobre si identifican organizaciones involucradas en la SP, plantean dificultades para su identificación.

IV.3.6.1. Colegios profesionales

En relación a los Colegios Profesionales, éstos no despiertan ningún interés para los participantes pues no tienen depositadas en ellos ni confianza, ni esperanza alguna. La mayoría de los encuestados se encuentra defraudado y la colegiación la realizan únicamente por imperativo legal.

- *“Los colegios profesionales no tiene ningún interés, por lo tanto es un tema del que no voy a decir nada más”. E1*
- *“Los colegios profesionales yo los veo rancios[...]. Yo estoy colegiada pero por imperativo legal no por una razón de identificación [...]. Yo de ellos tampoco espero ni pido, vamos si espero algo es su desaparición”. E6*
- *“Los colegios profesionales, yo no tengo demasiada esperanza ni demasiada confianza en los colegios profesionales”. E5*

Existen participantes que encuentran que como representantes de un colectivo profesional deberían ser una parte activa en materia de SP, y sobre todo inciden en su participación en la formación continuada a la hora de fomentar la CSP.

- *“En la actualidad no estoy muy vinculado con los colegios entonces desconozco un poco las líneas que van llevando y lo que están haciendo, si que creo que como representantes de un colectivo profesional deberían tomar parte activa tanto en formación, fundamental, como en divulgación y a lo mejor sería una de las líneas a entrar en contacto con asociaciones de pacientes...”. E2*
- *“Los colegios profesionales yo creo que son importantes en dos cosas, uno en la formación continuada sin duda. Son responsables en buena medida de la formación continuada y por tanto este es un capítulo y dos, en la deontología, entonces cuanto mejor seamos capaces de hacer nuestro trabajo atendiéndolo pues a criterios éticos y criterios deontológicos”. E9*
- *“A mi me enseñaron de pequeño que yo estaba en una profesión que era un taburete con tres patas y que una pata era el sindicato, otra pata era el colegio y otra pata era la sociedad científica, en estos momentos [...], estamos cojos de las tres patas...”. E8*

IV.3.6.2. Sociedades científicas

Por otra parte, la mayoría de los participantes si consideran que las Sociedades Científicas tienen un papel muy importante en materia de seguridad. Aquellos proyectos que en estos últimos años han contado con su liderazgo han conseguido un gran éxito puesto que además de proporcionar el desarrollo científico de los proyectos, han transmitido valores y un sentimiento de pertenencia.

- *“Si, las Sociedades Científicas tienen mucho que hacer. De hecho, sociedades científicas que en los temas de seguridad han ejercido el liderazgo ha sido estupendo, es decir, las cosas han ido*

mucho mejor y volvemos a lo mismo porque lo han interiorizado los profesionales, es decir, no los gerentes, ni los directores, ni el contrato de gestión, ni ninguna otra herramienta de este tipo que también está bien, sino que ellos han interiorizado los programas. Un ejemplo sería la sociedad de intensivistas, u otras sociedades que han interiorizado,..... a mi me parece que ellos sí que tendrían un papel importantísimo". E1

- *"Todo lo que llega como instrucción del Director General de Planificación, yo lo leo como profesional y de momento hago así [lo tira], todo lo que me llega como Sociedad Científica que me dirige una carta mi Presidenta y me dice, mira se está haciendo una experiencia tal, yo digo espera esto me lo dejo en la bandeja que lo leeré luego y esto nos guste o no es así hay una cierta prevención hacia la organización porque ya sabes eso de nosotros no estamos orgullosos de trabajar para el SALUD, yo creo que eso también está cambiando, pero sí que estamos orgullosos de pertenecer a la Sociedad de Medicina Preventiva, o a la Sociedad de Cardiología, sí porque la gente dice, yo soy de la sociedad, yo soy de la SESPAS, o de la SACA, o de la tal, pero nadie dice, no, no, yo trabajo en el Departamento de Salud. Nos cuesta todavía, ¿no?". E4*

Otra de las áreas en las que se menciona la importancia de las sociedades científicas es la formación continuada. Uno de los participantes sugiere que la organización debería trabajar más en conjunto con las Sociedades Científicas.

- *"Las sociedades científicas tienen menos componente laboral, pero dentro de su componente sobre todo de proveedores de formación continuada que lo son y luego de que también transmiten unos valores ¿no? es decir, las sociedades científicas probablemente son el vehículo más rápido para el convencimiento profesional". E4*
- *"Tienen que ser aliados de la organización [...]. Yo creo que hay que trabajar más con las sociedades científicas, aunque se está trabajando mucho temas de seguridad específicos". E4*

En contraposición, algunos de los participantes destacan que en ocasiones las sociedades científicas mezclan los problemas laborales de sus profesionales con los problemas científicos. Y que en líneas generales los médicos tienden a no ser corporativistas, sino absolutamente individualistas.

- *"Como colectivo, somos tan inútiles las sociedades como los colegios, como los sindicatos, cada uno en el papel que nos toca, muy mal, los médicos para eso, muy mal [...]. Somos*

individualistas cien por cien. No somos corporativos [...] No tenemos desde luego ninguna virtud de colectivo". E8

IV.3.6.3. Agentes sociales (sindicatos, empresarios)

Aquellos participantes que valoran como positivo el papel de los sindicatos en materia de SP lo hacen en relación a la gestión del personal, y más específicamente a las negociaciones que están realizando para desarrollar las listas específicas o listados especiales, como por ejemplo, con el personal de enfermería.

- *"Los sindicatos sí que tendrían un papel importante [...] El tema más importante de los sindicatos sería que ellos entraran en la negociación de listas específicas por su sensibilización en los temas de seguridad, pero algunos de ellos están cerrados completamente que son en los temas de listas específicas". E1*
- *"Tendrían que involucrarse en el sentido de las listas de trabajo o sea yo no tengo porque depender de que los sindicalistas nos autoricen o no a tener una lista de trabajo cerrada, para, por ejemplo, unidades que sé que tienen riesgo, el que haya una rotación de bajas o por lo que sea de gente que no tiene experiencia, ahí sí que tenían que involucrarse en ese sentido ¿no? de no poner zancadillas. Lo que pasa es que piensan que con eso lo que limitas es el acceso a puestos de trabajo por parte de otros trabajadores y siempre decides trabajar con los mismos, pero eso es muy complicado". E3*

A su vez, estas negociaciones y la recogida de información sobre IRSP puede ser más ampliada, incluyendo a varios sectores, categorías profesionales, tipo de financiación pública y privada, y no únicamente de ámbito autonómico, sino que abarcan un ámbito nacional (más global y menos local).

- *"Son organizaciones que tienen una ventaja respecto a la organización, digamos, a la sanitaria oficial. Digamos que son capaces de recoger información, en un momento dado, más abierta que la que somos capaces nosotros de llegar a tener. Pueden preguntar directamente a la gente sin que la gente entienda, la gente puede decirle a un sindicato, a un colegio profesional, o alguien por ahí cosas que a nosotros no nos dirían. Además pueden recoger informaciones más amplias, abarcando más sectores, no solo pues, de lo público, o privado, de varios sectores, de, o sea, de varios ámbitos, entonces sí que pueden recoger información, de varias categorías profesionales". E2*

A pesar de estas consideraciones, la mayoría de los participantes no quieren ni siquiera plantear este tema, pues no ven ni clara ni prioritaria su participación.

- *“Los sindicatos, yo no tengo buena opinión de los sindicatos así que a mí eso me va a influir. Pero no tengo pues buena opinión pues porque me han conducido con sus actuaciones”. E6*
- *“Los sindicatos, no lo quería ni tocar”. E4*
- *“No lo veo tan prioritario, ni claro, creo que tienen otras opciones, otras prioridades”. E10*

El sentimiento que aflora tiene un tono pesimista, y su opinión hacia ellos es negativa, ya que dicen que están siendo más un obstáculo que otra cosa, y no cuentan con capacidad para resolver situaciones repetidas desde hace décadas.

- *“Los sindicatos y la organización estamos destrozando la organización y perjudicando gravemente a los pacientes, es decir, estamos yendo contra nuestra misión, contra la misión todos juntos, estamos yendo contra ello y es un clamor”. E1*
- *“Hablan de seguridad única y exclusivamente laboral y de seguridad de los trabajadores que tienen afiliados, de los que tienen afiliados. [...] Entonces sinceramente los sindicatos están siendo un obstáculo. [...]. No están siendo un amigo, un aliado en el camino....”. E6*
- *“Y me están pesando en ese sentido que no hemos sabido evolucionar para nada [...]. Me sigo quejando de lo mismo que hace 12 años”. E8*

IV.3.6.4. Universidad

Todos los entrevistados coinciden en que la Universidad debería formar a los alumnos de Medicina y Ciencias de la Salud en temas de seguridad para que no llegaran sin conocimientos a su desempeño profesional. Más como un abordaje integral para incorporarlo a toda la formación que como una asignatura concreta. Y sugieren que esta formación en seguridad no solo debería desarrollarse en los estudios universitarios, si no en todos los estudios vinculados a la atención al paciente.

- *“No tiene interés para mí tampoco, la universidad tendría interés si formara a los alumnos de medicina en los temas de seguridad que no llegaran sin conocimientos”. E1*
- *“Un primer contacto con los temas de seguridad en la materia, pero no como una materia concreta de seguridad sino inserta en los programas concretos de todas las asignaturas”. E1*

- *“No digo una asignatura de seguridad, pero sí una cultura de seguridad en las asignaturas, es decir, insistir mucho más cuando se esta dando la patología médica, la quirúrgica, la tal, en todos los temas que rodean a la seguridad y eso yo creo que incorporado como cultura no lo esta”. E4*
- *“Pero yo creo que hay que hacer mucho esfuerzo en eso ¿Por qué?. Porque si lo aprendes en pregrado y en el postgrado la próxima generación no hace falta convencerla de nada, lo tiene incorporado a su cultura”. E4*

Los participantes más vinculados con la docencia universitaria comentan que al principio la mayor preocupación del alumno es la de adquirir las competencias clínicas básicas. Por eso consideran que el mejor momento para abordar esta materia es cuando los estudiantes inician su andadura en la organización sanitaria a través de las prácticas, porque es ahí donde adquieren una mayor preocupación por el paciente. También consideran que aquellos profesores que están vinculados a la asistencia son de todos los docentes aquellos con mayor capacidad para introducir esta materia.

- *“Los estudiantes al principio no alcanzan a conocer la importancia que tiene. A ellos lo que les preocupa es la adquisición de unas competencias, de un desarrollo de unas habilidades, de que les permitan acceder con seguridad al mercado laboral. Yo pienso que cuando ya toman contacto con la realidad asistencial con la realidad práctica en las prácticas o... en que ya el contacto con el paciente es directo y día a día es cuando ellos empiezan a tomar conciencia de esa necesidad”. E10*
- *“Los órganos académicos están formados, desde mi punto de vista, por dos clases de profesores. Por una parte, aquellos que no tienen actividad asistencial y otra parte, los que sí la tienen. Los que no tienen actividad asistencial, en general, se dedican más a asignaturas básicas, es decir, asignaturas que lo que hacen es acercarnos al conocimiento del cuerpo humano y su funcionamiento, por tanto, estos digamos, que pueden tener una percepción a nivel de usuario, pero no a nivel de experto profesional que sufre o que conoce desde dentro como funciona el sistema. La segunda parte que es más importante en una facultad de medicina y mucho más numerosa, son aquellos profesionales vinculados a la asistencia, yo creo que estos sí tienen la percepción que tenemos en general los sanitarios, que ésta, es también es muy diversa, osea que habrá quien la tenga más clara, quien la tenga menos clara y quien ni se haya enterado o no tenga ganas de enterarse, pero evidentemente yo creo que estos sí lo pueden asumir perfectamente y reconocer como un tema preocupante o como un tema al que hay que darle cancha. Aquí hay que darle bueno pues sencillamente cabida,*

transversalmente en el sentido de que, en el sentido de que puede no ser responsabilidad solo de una disciplina, pero también a lo mejor algún contenido más específico". E9

Pero según los participantes, la Universidad va muy por detrás de la realidad del profesional, la enseñanza que se presta no ha cambiado con el paso de los años.

- *"La Universidad tiene un papel básico desde el inicio de la formación de los profesionales y para mi, desde luego, ha ido o sigue yendo muy, bastante por detrás de lo que se encuentra luego el profesional cuando se pone a trabajar". E5*
- *"En las facultades se sigue enseñando ahora igual que hace treinta años". E4*

Otra de las cuestiones que se abordan es la referente a que en los estudios en Ciencias de la Salud no se incluyen de manera sistemática las ciencias humanas creyendo que esta disciplina sería muy adecuada y un complemento fundamental en esta materia de seguridad en otros países.

- *"En España, no se dan ciencias humanas, la parte humanista de la Universidad ha desaparecido. Es todo tecnológico. En otras universidades hay parte humanista dentro de carreras técnicas o científicas para no perder de vista este aspecto". E3*

IV.3.6.5. Otras organizaciones

Algunos de los participantes identifican como organizaciones vinculadas a la SP a las compañías de seguros privados y a las organizaciones/asociaciones de pacientes.

- *"Deberíamos tener en cuenta que la prestación de asistencia sanitaria no solo es la pública si no que también tenemos otro tipo de prestaciones, de prestadores de servicios privados, bien concertados o bien por seguros privados, que también deberían estar implicados en este tema". E2*
- *"Las asociaciones de usuarios o asociaciones de enfermedades concretas, si me parece que pueden tener cabida. A través de los consejos del sector que participan allí las asociaciones de usuarios, bueno pues podrían aportar ideas y colaborar de alguna manera, formar e informar también a los usuarios de lo que se esta haciendo en esa materia y como pueden colaborar ellos, en fin, si". E5*

Los medios de comunicación pueden actuar como dos caras de una misma moneda según la información que posean y cómo la transmitan, tanto como fuente de potenciación en materia de SP o como una fuente creadora de miedo e inseguridad.

- *“La prensa bien informada, los medios de comunicación pueden contribuir a la SP. Pero a veces dan mucho miedo porque noticias que yo conozco que se lo que ha pasado y leo los periódicos lo que dicen que es, muchas veces no tiene nada que ver.”. E3*
- *“Podrían hacer mucho por potenciar la seguridad del paciente sobre todo no utilizando al sistema como arma arrojada hacia el propio usuario”. E10*

IV.3.7. Líneas estratégicas desarrolladas

A lo largo del discurso se comentan diversas líneas estratégicas que se han ido desarrollando en relación a la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, higiene de manos, proyectos nacionales multicéntricos tales como, bacteriemia y neumonía zero, al uso seguro del medicamento, cirugía segura, úlceras por presión, caídas y comunicación, entre otros.

- *“Sí que me consta que se han hecho muchas cosas, pero yo creo que hay mucho por hacer y sobre todo por lo que hablamos no es tanto, en mi opinión, yo creo, que la organización puede hacer pero sí la organización tiene que favorecer el cambio de actitudes personales”. E4*
- *“A ver líneas que son prioritarias y que yo conozco de siempre, pues son el estudio de resultados de infecciones hospitalarias, y toda la vigilancia de medidas de higiene y de medidas de protección, higiene de manos, para los pacientes, para evitar la diseminación o la aparición de todos estos efectos. Otras medidas, la vigilancia de otros EA como las úlceras en el caso de enfermería o las caídas u otros problemas más relacionados en el caso de enfermería. En el caso de la notificación de efectos adversos, si que existen en otros ámbitos en mi hospital no tanto”. E4*
- *“Los profesionales tienen que conocer el medicamento desde el punto de vista ya no solamente de la vía de administración y para que sirve, si no de sus efectos adversos, secundarios, contraindicaciones, interacciones, etc.”. E10*
- *“En atención primaria se reducen las líneas fundamentalmente al tema de la medicación, mejorar el tema de la coordinación entre primaria y atención especializada ya que se producen interfases muy mal orientadas”. E1*

IV.3.8. Líneas estratégicas pendientes de desarrollar en SP

Pero también destacan que queda mucho por hacer. Se apunta en este apartado que para no partir de cero, es positivo aunar esfuerzos y aprender de lo que se está haciendo en otros lugares.

- *“Sí que me consta que se han hecho muchas cosas, pero yo creo que hay mucho por hacer”. E4*
- *“Nosotros vamos tan retrasadísimos que yo me quedo ... y una cosa es lo que publican otros, lo que se lee y otra cosa lo que hacen. Pero es que nosotros ni siquiera podemos enseñar la carcasa de fuera, pero es que en Andalucía, en Madrid, bueno tienen un mogollón de cosas de seguridad de paciente, lo que hay que hacer es aunar esfuerzos ¿no? y aprender de lo que se esta haciendo en otros sitios y aprovecharlo, pero eso aunque es un proceso mucho más lento es mejor que no empezar de cero.”. E3*

También que es preciso no olvidar que antes de poner en marcha estrategias desarrolladas en otros sectores o países, se necesita conocer la cultura previa donde se van a implementar y sobre todo adaptar todas las cuestiones anglosajonas a la cultura mediterránea que presenta unas características propias.

- *“A los profesionales les cuesta cualquier cosa nueva y les cuesta un poco sobre todo algunas porque son muy anglosajonas, es decir, el sistema mediterráneo pues es un poquito diferente a la hora de trabajar y lo que tenemos que hacer es adaptarlo un poco ”. E1*
- *“A ver llevamos copiando en todo, en la evolución de los sajones encima científicamente son generalmente tan buenos. Generalmente, pero no mejores para nada, pero en términos generales son tan buenos en el ámbito científico, que nos están imponiendo modos de hacer las cosas, hablo desde un trabajo de investigación por supuesto pero claro a partir de ahí todo lo que quieras. Todo eso supone que nos estamos culturizando y hablo de los médicos pero podría hablar de toda la sociedad, nos estamos culturizando en la medida de los anglosajones”. E8*
- *“Empezamos mal cuando planteamos algo con gente que se ríe de lo que le planteas, entonces o hacemos un video que se adapta a nuestro entorno o no ponemos videos que no se adaptan a nuestro entorno”. E1*

Los participantes también señalan que tras conocer la cultura existente (teniendo en cuenta tanto la calidad como la seguridad), no hay que tener prisa en la implementación de la estrategia. Lo que hay que tener son las ideas claras, para proceder a la implementación de una manera tranquila y así, poco a poco es como se producirá un efecto contagio a modo de mancha de aceite o de bola de nieve.

- *“La cultura que tiene la gente ya en este hospital en los temas de calidad, entonces al tener una cultura en los temas de calidad y existir grupos de calidad con trayectorias, pues es muy fácil introducir aspectos que ellos consideran que son normales en su funcionamiento, entonces es un factor absolutamente importante y lo mismo en los líderes, es decir, los líderes reconocen que este tipo de temas pues son importantes y basta un planteamiento por la unidad de calidad, por la comisión de seguridad para que lo asuman con naturalidad absoluta el tema y lo integren en sus planteamientos, me refiero la alta dirección o la dirección o la gestión a ese nivel”. E1*
- *“No tengo ninguna prisa, los temas estos caen como fruta madura, es decir, que realmente lo que hay que hacer es no forzar, empezar por el más fácil, seguir por el fácil y poco a poco hay un efecto contagio y que nos cuesta en vez de un mes que nos cuesta un año, o año y medio, pues no hay ningún problema, pero lo vamos a asentar con naturalidad y tranquilidad y los temas de calidad igual”. E1*

En todos los casos los entrevistados coinciden en que lo prioritario es desarrollar es una estrategia global que plantee líneas estratégicas de seguridad y de calidad, y que se encuentre en coordinación con las líneas nacionales, tanto a medio como a largo plazo, recibiendo una asignación presupuestaria si precisara. Debería contar también con una serie de indicadores incluidos en los contratos de gestión de todos los sectores para su evaluación, tanto a nivel general como específicos según servicios.

- *“Plan estratégico real en el que incluya temas relacionados con la seguridad y que planteen líneas estratégicas de la seguridad, líneas estratégicas que estén acompañadas en el conjunto de la comunidad autónoma, en el conjunto del Estado, y que estas líneas estratégicas no sean papel mojado sino que sean líneas estratégicas con objetivos concretos, por lo menos a tres años, con asignación presupuestaria, si así se requiere y que estas líneas estratégicas pues se midan. Que sepa toda la organización que estamos en ello y por lo tanto se consiga impregnar desde arriba, en cascada, a todos los elementos organizativos”. E1*

- *“Yo creo que como servicios centrales si que se incluye el tema de la seguridad en los contratos de gestión, pero no hay una estrategia general, orquestada, yo creo que se delega mucho más en los sectores, y además exageraría un poco y diría que está muy centrada en los hospitales en este caso”. E1*
- *“Yo creo que debería estar integrada en un plan general. Entonces el SALUD posiblemente tendría que tener un plan general de seguridad en el que estuviera integrado todo”. E6*
- *“El contrato de gestión introduce la necesidad de que los servicios tengan una sesión sobre seguridad clínica al año, entonces eso se valora en la productividad variable, que tengan líneas de mejora y entonces desde la unidad de calidad recomiendo que al menos una de las dos líneas de mejora esté relacionada con la seguridad de los pacientes en los servicios en los que sea más adecuado el tema”. E1*
- *“Si no lo vamos a tener en el presupuesto del año que viene, casi seguro que no lo van a hacer”. E8*

En el plan estratégico sugieren que se debería reorganizar la estructura de la SP. Las propuestas que se recogen versan sobre una Unidad Funcional transversal, multidisciplinar, transmisora y coordinadora de las iniciativas nacionales e internacionales; articulándose con las Comisiones de Seguridad y Unidades de Calidad en los sectores y responsables de calidad y seguridad en los servicios.

- *“Yo creo que el tema de seguridad del paciente tiene que ser una unidad multidisciplinar que dependa de una coordinación de una subdirección o de la dirección pero que seguro que derivará en una subdirección y para trabajar de una manera transversal”. E3*
- *“Una comisión de seguridad muy pionera que ha sido ejemplo a nivel de su funcionamiento y en la comisión de seguridad clínica hay paneles de indicadores de mortalidad, hay paneles de indicadores de seguridad, hay proyectos concretos, los directivos asisten a una comisión y se trabaja en grupos de trabajo y luego esas actuaciones pues de alguna manera llevan a que el hospital este inmerso en proyectos institucionales de seguridad”. E1*
- *“El orden lógico es Calidad – Jefe de Servicio – Responsable de Calidad y Seguridad y luego todo el Servicio. Y, por ejemplo, que los Servicios de Medicina Preventiva hicieran unas funciones asesoras como las funciones de apoyo ante problemas que surgieran en un momento concreto”. E1*
- *“Con la seguridad pasa lo mismo hay que estar dando la matraca sin cesar y fomentando que la gente declare y fomentando que la gente haga sus cursos y fomentando que haya en los*

hospitales y a lo mejor también en primaria igual que comisiones de calidad o dentro de las comisiones de calidad de los grupos de calidad, yo creo que el futuro es ese". E4

En este sentido se subraya la importancia de preparar a conciencia la implementación puesto que un mal comienzo, una experiencia negativa en un servicio, es totalmente contraproducente y contribuye a la lentificación de todo el proceso, pues convierte a las personas en no receptivas o refractarias a la hora de implementar nuevas medidas.

- *"No se puede entrar a contrapelo porque se irán abajo y además una cosa que se va abajo en un servicio luego tarda mucho tiempo en poderse volver a implantar porque una experiencia negativa previa hace que no sean receptivos en mucho tiempo al tema, ya lo hicimos y esto no salió bien". E1*

Consideran necesario identificar cuáles son las estrategias adecuadas para involucrar y sensibilizar en SP. Identifican distintas fases: la primera visibilizar el problema, la segunda captar gente, la tercera concienciarla de que el problema existe, la cuarta poner los medios para solucionarlo y por último la quinta, dar una continuidad a estas soluciones.

- *"Yo creo que visibilizar el problema, siempre es la primera forma de tomar conciencia de que existe, luego por tanto todo lo que se haga en ese camino, será positivo. Segundo lugar, intentar captar a la gente, pero para captar a la gente hace falta que primero tenga conciencia de que existe un problema. Segundo que sea consciente de que le van a dar los medios para poder contribuir a su corrección o de lo contrario estaremos perdiendo el tiempo, es decir, si lo único que hacemos es sensibilizar de que existe un problema, pero no ponemos los medios, sean recursos materiales, humanos o de incentivación de la naturaleza que sea para conseguir el objetivo, lo único que hacemos es, bueno, pues si ya me han contado otra mandanga, pero a mí luego no me sustituye nadie, a mí cuando, resulta que cuando estamos todos, hacemos las cosas bien, pero cuando resulta que hay dos bajas y no se cubren, pues que pasa que no podemos hacerlas. Pues eso ni es seguridad, ni es nada o sea luego por tanto, asegurarse de que lo que se esta haciendo vas a tener luego una continuidad en lo que es mi tarea diaria, por que de lo contrario pues la gente se decepciona y luego se desenganchan, es decir, vale más objetivos creíbles, realizables". E9*

Una idea que surge es que la misma existencia de un plan estratégico por si sola ya marcaría una prioridad, que al mismo tiempo, debería materializarse de alguna forma: primero, tomando las medidas precisas para poner en marcha las áreas de mejora identificadas; segundo, en relación a los profesionales mediante apoyos no únicamente económicos, sino a través de formación o de un mero reconocimiento (por ejemplo a través de publicaciones).

- *“Hacer visible un problema, hacerlo reconocible, tomarlo como un área prioritaria pero, en caso en que se pueda y que se vea que hay cosas que pueden ser solventadas por una intervención, hazlo, porque si no lo único que haces es aflorar un mal que la gente todavía se lo toma peor. Dice: ¿has visto?, y encima seguimos sin hacer nada ¿no?”. E2*
- *“Al estar incluido en el contrato de gestión, lleva una parte de incentiación, no hay una parte exclusiva de eso para decir esto es por seguridad, pero tiene un reconocimiento al final [...]. Pero hay otras medidas. Si alguien trabaja, elabora algo, te ayuda, ayuda a la difusión, ayuda el ayudarte a marcharte a formar a otro lado, o traerte formadores aquí para que lo hagan, el reconocimiento la publicación en las revistas de sectores, de hospitales, osea, hay un montón de cositas en donde la gente puede ver cierto reconocimiento a su trabajo hecho”. E2*

Otras de las cuestiones también subrayadas como aspectos a destacar para mejorar la SP fueron lo imprescindible que es medir y posteriormente retroalimentar a partir de la información proporcionada.

- *“Bajo nuestro punto de vista, respecto de la información lo si queda claro para todo el mundo es que todo el mundo se comporta según lo midan. Deberíamos incluir indicadores que valoren estas prácticas no solo si el resultado es bueno o malo, si no la implementación”. E2*
- *“Es imprescindible, osea, tener un resultado muy bueno en algo y que nadie lo sepa, no sirve. Primero no sirve de nada porque nadie lo sabe y segundo, el que ha desarrollado ese trabajo no encuentra ningún reconocimiento personal, no sabe si ellos están bien, están mal, o que, se dan cuenta de que su trabajo ha sido valorado, porque si te devuelven la información es que ya ha sido valorada, elaborada y comunicada al resto de otros ámbitos”. E2*
- *“Hacer visible todo lo que piensan los profesionales de todo lo que les afecta a ellos que tienen a su disposición para problemas en relación con la seguridad del paciente”. E2*

Un elemento en contra que se observa es que falla el circuito de transmisión de la información por lo que se propone como forma de mejora presentar la información planificando actuaciones o incluso en persona. Por último consideran como problemático la ausencia de instrumentos para corregir.

- *"Luego te das cuenta que el que realmente la transmisión de lo que incorpora el contrato al profesional no le llega. Entonces, ¿donde se ha parado esto? Osea, ¿el profesional es conciente de que tiene indicadores? o ¿que una de las partes que se le van a medir, en su resultado final del año es la seguridad del paciente?, o ¿no?". E2*
- *"La única manera es que, pues a nivel de directivos, sub-directivos, de tal, del ámbito que sea, al principio pues hay que llevar la información, hay que pasársela a quien tienes que pasársela al responsable de la unidad y tal pero a lo mejor tienes que decir que mañana iremos y hablaremos con los miembros de tú equipo sobre este tema y a lo mejor hay que planificar determinadas actividades tú, al principio y garantizar que llega". E2*
- *"Nos faltan instrumentos para corregir: Somos buenos analizadores, buenos diagnosticadores y malos ... de los temas de seguridad y sabemos lo que piensa la gente, los problemas que hay en las unidades y quizá nos faltan instrumentos para corregir esos problemas que realmente, pues sabemos que existen". E1*

Se incidió también en la idea de que la formación en seguridad podría realizarse mediante dos líneas de actuación: la primera en la formación de grado previo a la obtención del título, y la segunda en la formación postgrado. En esta última los entrevistados claramente destacan que ha de realizarse a nivel micro (en los servicios y lugares de trabajo) para poderla aplicar en ese momento, para proporcionar metodología de análisis de incidentes a través de análisis causas raíz, etc. Además, la formación en el lugar de trabajo genera además de información, un importante cambio de actitudes y comportamientos.

- *"En los dos ámbitos, durante la formación para la obtención de la titulación y luego una formación postgrado en esa materia". E7*
- *"Yo creo que los cursos de cultura tienen escasísimo interés, escasísimo, perdemos ahí mucha energía, pero en cambio generar cultura a partir de incidentes en los servicios, o realizar un análisis causa-raíz con un incidente y aprender el análisis causa-raíz, no en un curso, que no lo vas aplicar nunca en tu vida y aplicarlo con un problema serio que tu hayas tenido en tu"*

servicio, cambia completamente, entonces creo que debemos cambiar mucho la metodología de insertar cultura en las personas y no despilfarrar los recursos que no se tienen". E1

- *"Yo creo que la cultura de seguridad hay que insertarla en el lugar donde las personas trabajan y donde ponen cara a los incidentes y a los problemas, porque eso sí que les genera una cultura que no solo se queda en la información sino que les lleva a un cambio de actitudes y de comportamientos". E1*

Otro momento para realizar la formación sería con el personal de nueva incorporación, que por una parte debe conocer en detalle sus nuevas funciones y por otra la organización como tal debe asegurarnos de que así sea.

- *"No se si en la formación, si no en la intervención sobre todo el personal nuevo, para un poco introducir en nuestra cultura que el personal nuevo, nuevo en una planta o nuevo en un hospital o en un centro de salud, pase por un proceso de formación y entrenamiento mucho más detallado y centrado en conocer bien, como se hacen las cosas y asegurarnos que esa formación del personal está bien hecha". E5*

- *"Asegurarnos de que todo el mundo sabe utilizar todos los equipos o nuevos equipos que va a tener o como se hacen las cosas en cada hospital eso no se está haciendo, o por lo menos que yo sepa... no se hace de manera reglada y organizada y sería uno de los sistemas a poner en marcha". E5*

A lo largo del discurso, los entrevistados pertenecientes a la categoría profesional de enfermería manifestaron su convencimiento del papel destacado de la enfermería en la seguridad del paciente.

- *"Yo aprovecharía para comentar que un perfil de enfermera que pudiera detectar problemas de seguridad y plantear líneas de mejora... Seguro que enfermería tiene mucho que decir en esa materia". E7*

En este sentido, les preocupa también no contar con listas especiales de contratación en función de la experiencia y la formación.

- *“Las listas son un caballo de batalla, de hecho sí que están reconocidas, pero bueno a veces no son todo lo operativas que sería esperable”. E7*
- *“Los listados especiales para enfermería en determinadas, pues en urgencias, en las ucis, en neonatos, en rayos, en hemodinámica, hay servicios muy específicos donde no queda más remedio pero son contrataciones de hasta un mes, no se pueden para más tiempo entonces”. E7*

Respecto a los pacientes el discurso aparece saturado de ideas que reflejan la importancia de proporcionarles información, de su participación y colaboración, que constituye una de las líneas a desarrollar en el plan estratégico.

- *“Con respecto a pacientes. Pues lo mismo, pero siempre un paso por detrás, desde mi punto de vista, es decir, por que si tu creas una situación de incertidumbre, de inquietud, de un servicio y luego resulta que ve que ese servicio no se lo prestan, pues lo único que consigues son demandas permanentes, es decir yo creo que hay que hacerlos participes en la medida en que se vayan, se vaya viendo que en la otra parte va por lo menos un escalón por delante”. E9*
- *“Siempre y cuando tengan información de lo que es. Cuando al paciente o la familia le has dado información previa de todo aquello que compete a su seguridad asistencial dentro del ámbito asistencial donde se encuentran entonces yo creo que ellos son los principales actores a la hora de involucrarse. Son los más interesados, por lo tanto, son los primeros que se pueden involucrar”. E10*
- *“Participar en la elaboración de ese plan e implicando pues lo que hablamos, a las asociaciones de federaciones de barrio o asociaciones de pacientes o de consumidores, en fin en todos los terrenos que participan el mundo civil, darles participación también, conocer cuales son sus miedos, cuales son sus preocupaciones, que es lo que les parece a ellos desde fuera, la seguridad del paciente lo mismo que estas haciendo conmigo, bueno, pues con ellos lo mismo porque probablemente ellos tienen otro punto de vista, desde el desconocimiento del funcionamiento de la sanidad probablemente les parezcan las cosas mucho peor de lo que realmente son”. E7*

También se valora como positivo en el área de la comunicación el desarrollo de un gestor de pacientes que favorezca compartir información entre diversos ámbitos.

- *“Yo creo que la atención al paciente tiene puntos de riesgos terroríficos, como son las urgencias, los cambios de unidad, las entradas al quirófano, incluso las salidas hacia su*

domicilio, yo creo que la comunicación interprofesional y con la familia habría que trabajarla, potenciarla y bueno realizar un acompañamiento más eficaz en todos esos puntos". E3

- *"En relación a la historia electrónica, creo que queda mucho recorrido sobre todo porque no hay herramienta informática en los hospitales [...] simplemente porque no se comparte la información y fíjate no es un problema de herramienta, porque la historia clínica en el hospital existe en papel, es un problema de cultura, por eso no, yo creo que los sistemas informáticos tienen una ventaja que te obligan a mirar, puedes no mirarlo eso sí, pero bueno, de todas formas yo creo que hay mucho por hacer". E4*

Respecto a los diferentes niveles o ámbitos, los entrevistados señalan que el éxito de las actuaciones reside en identificar los niveles donde se deben desarrollar. El ejemplo que indican es una notificación de incidentes donde proponen como mejor opción un análisis a nivel de servicio o de centro (a nivel micro).

- *"Conocer para actuar, es decir, conocer que esos pacientes se nos caen o no se que, pues en un servicio que pongamos remedio al problema porque tenemos la cara del paciente que se nos cayó y hubo que trasladarlo a traumatología y eso influye decisivamente en que cambien, que sensibilice a las personas y cambien los comportamientos en relación con el tema. Por lo tanto, hay incidentes que al ponerle cara en el servicio deben gestionarse en el servicio y quizá hay otros... con carácter general, entonces hay que armonizar todo ello". E1*
- *"Creo que se deben enfocar temas concretos en el entorno de cada servicio de cada unidad asistencial, pero hay algunos temas que son generales que son institucionales, efectivamente". E1*
- *"Tenemos un campo muy amplio a desarrollar en los temas de seguridad y yo siempre estoy en que hay temas que se tienen que tomar institucionalmente pero hay otros que se tienen que tomar a nivel de servicio, por ejemplo, el tema de la declaración de incidentes.". E1*

Una última idea que aparece también en el discurso es la búsqueda de alianzas fuera del sistema, con los medios de comunicación escritos, electrónicos...

- *"Con la gente de los medios de comunicación... La intervención no se como, pero buscar una alianza, alianzas... con la gente que tiene que ver con los medios de comunicación, ya no se con cuales, no se si con los escritos o con Internet, eso si". E5*

Capítulo V. Discusión

V. Discusión

Conforme a las hipótesis formuladas en el estudio y desarrolladas en el plano conceptual que, por un lado, valoraban la presencia de rasgos diferenciales entre la CSP de directivos y gestores y del resto de los profesionales, y por otro, determinaban la posible conveniencia del instrumento elaborado para medir la CSP en este grupo, la discusión de los resultados se ha estructurado acorde con el siguiente orden:

1. Características sociodemográficas de la población a estudio
2. Evaluación del instrumento para la medición de CSP en directivos y gestores
3. Cultura de la seguridad del paciente en directivos y gestores
4. Sesgos y limitaciones del estudio
5. Valor, impacto, aplicabilidad y retos futuros

V.1. Características sociodemográficas de la población a estudio

A diferencia de otros estudios dirigidos a conocer la CSP en el ámbito de los servicios sanitarios, los cuales incluyen a profesionales sanitarios y no sanitarios del ámbito asistencial con escasa presencia de directivos (3,1%, 3,2%, 4,2%, 10% y 18,4%) (107, 124-127) y sin detallar resultados estratificados por el cargo que ocupan, nuestro estudio se ha centrado en directivos y gestores, lo que si bien es novedoso en nuestro entorno, dificulta la comparación de resultados con otros estudios.

Algunos trabajos, como los de Härenstam y Nygren (68, 100) dirigidos a líderes suecos con puestos clave en SP, incluyen no solo a directivos sino también a cargos intermedios (jefes de servicio y supervisoras), por lo tanto tampoco representan únicamente las características propias de directivos y gestores.

Un rasgo diferencial de la población de directivos y gestores incluidos en el estudio, común a todo el sistema nacional de salud es la escasa trayectoria en los puestos de

gestión profesional -entre 3 y 6 años en su gran mayoría- ya que podría afectar a los resultados del estudio. Este tiempo es coherente con la duración limitada de los directivos sanitarios públicos referidos en la encuesta SEDISA, y podría estar asociado a la necesaria afinidad que suele exigirse a directivos y gestores por parte de los responsables políticos que son elegidos cada 4 años.

En nuestro estudio se encuentran representados todos los profesionales que, de una u otra manera, tienen capacidad de liderazgo, dirección y gestión en nuestro sistema sanitario público aragonés. La mayoría son directivos con un 71,8%, pero también se encuentran representados con un 20,9% otros profesionales con influencia en la calidad y la seguridad, como responsables de calidad, y en un 7,3% representantes de los profesionales.

La tasa de respuesta fue del 64,6% (113/175), semejante a las de otros estudios de CSP pero realizados en poblaciones diferentes (68, 78, 100, 107, 124), cuyas tasas de respuesta oscilan entre un 40% (33, 86, 128) hasta un 80% (44, 125, 126, 129, 130).

En nuestra población hay una mayoría de profesionales médicos con un 53,6%, próximo a los estudios suecos donde un 46% de los líderes en SP son médicos, en contraposición con el predominio del personal de enfermería constante en los estudios de CSP (33, 86, 124, 125, 127, 129, 130). Sin embargo, aunque en su mayoría son profesionales sanitarios, presentan una escasa compatibilización entre tareas de gestión y asistenciales, únicamente un 16,5% a expensas de responsables de calidad. Estudios con mayor implicación clínica de gestores (100, 107) incluyen no solo a directivos sino a cargos intermedios donde la compatibilidad de tareas pudiera parecer más lógica. Asimismo trabajan fundamentalmente en atención especializada (50,4%) y a partes iguales entre hospitales grandes (38,9%) y pequeños (37,1%), sin encontrar homogeneidad en la literatura con relación a los centros encuestados (86, 125).

Cabe suponer que los encuestados tienen un conocimiento notable de la organización y de su CS, ya que más de la mitad (58,7%) llevan más de 11 años trabajando en el SALUD y presentan un perfil de directivo experimentado con más de 11 años en su profesión (93,6%) y la mitad (50,5%) con más de 24 años. Dato concordante pero todavía inferior a de otros estudios de CSP entre profesionales donde el porcentaje mayor se encontraba

en el intervalo de más de 21 años (86, 124) y de más de 24 años en la encuesta de SEDISA (108).

V.2. Evaluación del instrumento de medida

Como herramienta de evaluación de CSP para directivos y gestores, el cuestionario Cultura de la Seguridad del Paciente para Directivos y Gestores “De la dirección a la acción” ha demostrado, tanto con la validez de constructo como con la consistencia interna, que puede ser un adecuado instrumento de medida.

Debe destacarse que la construcción de este instrumento se ha realizado únicamente sobre las siete primeras secciones (46 ítems), consideradas como el cuerpo del cuestionario y núcleo fundamental para valorar la CSP; el resto de las secciones profundizan más en prácticas seguras, tanto en su priorización como en la efectividad de las mismas, para que pudiera resultar complementario a dicha evaluación.

Los resultados obtenidos de la validez de constructo a través del análisis factorial han sido satisfactorios, con un KMO de 0,75 y un p-valor asociado al test de esfericidad de Bartlett menor a 0,0001 corroborando ambas dicha afirmación. Las comunalidades han sido elevadas, y los residuales un 95,4% menores en valor absoluto a 0,15, lo que también se considera deseable.

La estructura factorial seleccionada tras este análisis factorial se compone de seis dimensiones, correspondientes con seis de las siete secciones manteniendo los 46 ítems originales. La quinta sección “Normativas y procedimientos” se ha distribuido entre el tercer y cuarto componente, “Gestión de la información” (ítem V.34) y “Participación de los profesionales” (ítem V.33) respectivamente. Ambos componentes han sufrido una modificación de su denominación más acorde con el contenido del componente sin modificación de su significado.

Respecto al análisis de la consistencia interna, este demuestra una adecuada fiabilidad de las seis dimensiones con valores del coeficiente alfa de Cronbach que oscilan entre 0,608 y 0,917. Solo en una de las dimensiones, “Participación del paciente y su familia”, el valor es cercano al punto de corte considerado como aceptable: 0.60.

Por último, en cuanto a la evaluación de la longitud del cuestionario de 46 ítems, número de ítems cercano al resto de cuestionarios, que oscila entre 10 y 82 ítems con una mediana de 42, muestra una adecuada valoración y una buena cumplimentación, tanto por el análisis de la respuesta, donde en torno al 80% de los participantes han contestado al 86,1% de los ítems, como por los debriefings que refieren una adecuada longitud del mismo.

V.3. Cultura de seguridad del paciente de directivos y gestores

En este apartado se analizan los resultados obtenidos en la medición de la cultura de seguridad del paciente de los directivos y gestores para conocer sus características y saber sobre cómo se percibe y maneja la SP, porque la implicación de los directivos en materia de SP es clave para la organización.

Se obtiene una calificación global de la CSP en la organización proporcionada por los encuestados con más del 60% de los resultados entre notable y sobresaliente. Sin embargo, no se ha podido identificar globalmente ninguna de las dimensiones que mide la encuesta, ni como fortaleza ni como debilidad, aunque sobresale con un porcentaje global positivo de casi el 70% la dimensión "Actitudes directivas frente a la SP".

Si analizamos las respuestas negativas, podemos entonces destacar las oportunidades de mejora. Observamos que la primera dimensión en cuanto a percepciones de carácter negativo ha sido la "Participación de los pacientes"; en segundo y tercer orden se encuentran "Compromiso de la organización" y "Participación de los profesionales". Las tres dimensiones suman el 60% de las percepciones negativas.

El análisis por ítems muestra de forma global 4 ítems identificados como debilidades (I.9³⁵, I.14³⁶, IV.29³⁷ y VI.36³⁸), y otros 4 ítems identificados como fortalezas (VII.41³⁹, VII.42⁴⁰, VII.43⁴¹, VII.45⁴²).

³⁵ "Nuestro Equipo de Dirección promueve que los pacientes se involucren en su seguridad"

Sin embargo, a continuación, para detallar y profundizar en la discusión de los resultados, nos vamos a referir a cada una de las dimensiones y secciones del cuestionario de forma independiente.

Calificación global de la cultura de seguridad

Como una forma de obtener una visión numérica que califique la CSP, se muestra en esta sección la calificación global de CSP tras categorizar en 4 niveles (suspense, aprobado, notable y sobresaliente). Las puntuaciones proporcionadas por un 60% de los encuestados han sido de notables y sobresalientes para la SP en la organización, llegando incluso al 77% de notables y sobresalientes cuando nos referíamos a la SP en su ámbito de trabajo. Estos porcentajes son semejantes a los obtenidos en la encuesta de CS a los profesionales sanitarios de nuestro país (86) donde un 71,7% de los encuestados daban esta calificación de más de 7 a la SP de la organización y a las calificaciones en EEUU (70,8%), y muy alejados de los suspensos de países como Japón (44,6%, $p < 0.001$) o Taiwan (37,7%, $p < 0.001$) referidos en el estudio de Fujita (125).

La puntuación global de SP ha sido significativamente mayor en los equipos directivos en comparación con el resto de los cargos, tanto en relación con la organización como con el ámbito de trabajo. También los profesionales no sanitarios, una minoría en nuestro

³⁶ "El SALUD dispone de asesoría psicológica a la que recurrir cuando ha ocurrido un IRSP"

³⁷ "Se promueve la utilización de técnicas de simulación para mejorar la comunicación interpersonal y del equipo en entornos de alto riesgo"

³⁸ "Los pacientes y sus familias participan activamente en la resolución de problemas y en la mejora de la calidad"

³⁹ "Los directivos escuchamos con respeto las opiniones y valoraciones de los profesionales en relación con la SP con independencia de su rango"

⁴⁰ "Los directivos animamos al personal a expresar puntos de vista alternativos y a expresar libremente cualquier desacuerdo"

⁴¹ "Los directivos pasamos por alto fallos relacionados con la asistencia sanitaria que ocurren una y otra vez"

⁴² "Cuando hay un problema en nuestro centro, gerencia, sector, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas"

estudio, tienen puntuaciones mayores en todas las medidas pero sin ser estas diferencias estadísticamente significativas. Probablemente porque los profesionales sanitarios, al conocer más de cerca la realidad sanitaria, sean más rigurosos a la hora de evaluar.

Tampoco existen diferencias entre las diversas medidas de puntuación globales, tanto de la organización como de su ámbito de trabajo según los distintos ámbitos de atención, como era de esperar en un sistema sanitario donde la gerencia única para atención primaria y especializada favorece de forma más homogénea la difusión e implementación de la CSP y de diversas estrategias de seguridad.

Dimensión “Compromiso de la organización”

La dimensión “Compromiso de la organización” explora la implicación de los directivos y gestores en SP, tanto en la definición de la estrategia, como en su gestión, supervisión y promoción en el SALUD, analizando los aspectos que la condicionan e identificando posibles acciones de mejora.

Un valor añadido destacable de nuestro estudio es que proporciona, por primera vez, respuesta en primera persona al preguntar directamente a directivos y gestores, tanto por su compromiso, como por el despliegue de la estrategia de SP en la organización en la que desempeñan labores directivas. Su respuesta puede valorarse como moderadamente buena, pero no como una fortaleza. Resultado avalado por todos los entrevistados al coincidir en que la organización reconoce como prioritaria la SP, aunque quizá no con la importancia que debería tener, y desde un punto de vista más teórico que práctico.

Cuando, en vez de preguntarles a ellos mismos, se pregunta al conjunto de profesionales cuál es su opinión del compromiso de los directivos, no se obtienen resultados homogéneos sino dos tendencias contrapuestas muy marcadas. Por un lado, aquellos estudios donde se considera la valoración de las acciones de la dirección como una fortaleza (68, 131), mientras que otros estudios (33, 86, 97, 124, 126, 130) han demostrado que es una de las dimensiones peor evaluadas, y no solo en un momento puntual, sino de forma repetida, identificándose como una debilidad todas y cada una de las veces en que se ha evaluado (97, 124, 129).

Al realizar comparaciones según cargo dentro de esta dimensión, observamos que tanto los responsables de calidad como los responsables sindicales detectan de forma significativa cuatro oportunidades de mejora, que no son señaladas por el resto de los encuestados.

La primera de ellas está referida al ítem I.2 de la encuesta "La seguridad del paciente se ha adoptado como un objetivo estratégico de nuestro equipo directivo". En contraposición a lo contestado por los directivos, tanto responsables de calidad como agentes sociales piensan que no se ha adoptado la SP como un objetivo estratégico de los equipos directivos, hecho que pone de manifiesto una diferente percepción de la realidad. Una mejora en la comunicación de los directivos con los clínicos podría acercarlos más al ámbito asistencial, cercanía que sí mantienen los responsables de calidad, cuyas opiniones se aproximan a las de los profesionales sanitarios, según muestran otras encuestas (33, 86, 97, 124, 126, 130). Esta diferente percepción de la realidad también nos obliga a considerar si debería exigirse a directivos y gestores algún tipo de conocimiento objetivo de aquello que van a dirigir, e incluso de formación o requerimientos selectivos anteriores a su nombramiento en el cargo, ya que en materia de seguridad, sus actitudes, conocimientos y experiencias previas podrían condicionarles a pensar que conocen la realidad y controlan los conceptos de SP cuando pudiera no ser así. Lo que supondría un grave peligro para la organización que dirigen.

También podríamos plantearnos si lo que de verdad ocurre es que los líderes se niegan a enfrentarse a su propia realidad, y cuando esto sucede, como indica George en su trabajo "Liderar en tiempos de crisis", las cosas solo son capaces de empeorar originando una baja CSP (132).

Por estas razones, conocer la realidad de los problemas es, probablemente, el primero de los desafíos. Estimar la magnitud y las características del riesgo clínico, comprender los factores que contribuyen a la aparición de resultados adversos, evaluar el impacto de los EA en el sistema sanitario es necesario para identificar soluciones efectivas, factibles y sostenibles para lograr una atención segura (20, 133).

Para ayudar a responder a la cuestión sobre si la SP es considerada como un objetivo estratégico, una forma de hacerlo sería complementarlo o validarlo, como se ha hecho en otros países como en Suecia, con la existencia de un presupuesto establecido para

estrategias de prevención en SP (68), y aunque el presupuesto teóricamente sí ha existido, se viene observando que éste es menor cada año. Situación coincidente con los recortes por la crisis en el sistema sanitario español acrecentados, aun más, si cabe, en cuestiones de SP, con su probable repercusión en la salud y seguridad de los españoles, como demuestran recientes estudios publicados (134).

La segunda oportunidad de mejora identificada para agentes sociales y responsables de calidad está referida al ítem I.11. "Cuando ocurre un incidente relacionado con la seguridad del paciente en nuestro ámbito de trabajo se promueve una actitud no punitiva con el fin de implicar a pacientes y profesionales en la búsqueda de soluciones"; pregunta directamente relacionada con la madurez de la CSP. Responsables de calidad y agentes sociales consideran que la preocupación por las llamadas "segundas víctimas" de los incidentes y los EA es escasa, y que el ocultamiento de los problemas, también conocido como la estrategia de la avestruz, es una práctica común entre directivos cuando deben responder ante niveles superiores para los que la "ausencia" de problemas o su falta de visualización es considerada como un valor de la gestión.

Las otras dos oportunidades de mejora (ítem I.12 y I.15) están referidas, por una parte, al análisis de las cuestiones en SP por los órganos de dirección, y por otra, al abordaje proactivo de problemas de seguridad y situaciones de crisis cuando estas trascienden a los medios de comunicación.

En relación con el análisis que desarrollan los órganos de dirección sobre las diversas cuestiones entre las que se incluye la SP, cabe destacar su tendencia y predominio cortoplacista y fundamentalmente economicista, referido a temas con gran repercusión en la opinión pública, como las listas de espera, en contraposición a las estrategias de SP caracterizadas por ser a medio/largo plazo y con dificultad para asegurar la efectividad y eficiencia de las mismas.

Adicionalmente, también preocupa a los entrevistados la ausencia de conocimientos y de convicción de los directivos sobre los problemas de SP y su consecuente falta de implicación y liderazgo. Aspecto, este último, crucial en una cuestión en la que son otros los que deben desarrollar las acciones propuestas.

Razón por la que el liderazgo recibe una especial importancia dentro de las habilidades directivas, tanto para mandos altos como intermedios, y es una de las características que

mejor diferencian a los buenos directivos de los malos, es porque los primeros consiguen que sus subordinados sean sus seguidores, y los otros, no (135).

El liderazgo es un concepto difícil de definir. Es liderato, "condición de líder. Ejercicio de sus actividades". Es "el proceso interpersonal mediante el cual los directivos tratan de influir sobre sus colaboradores para que logren metas de trabajo prefijadas". Sin embargo, existen tantas definiciones de liderazgo como teorías que lo avalan y como investigadores que trabajan en este campo.

El liderazgo implica poder y autoridad, pero no significa que los tres sean términos sinónimos. Porque aunque todos los líderes requieren poder, no todas las personas que tienen poder ejercen liderazgo. Se observa que tanto autoridad como liderazgo se sustentan en el poder, pero mientras la autoridad basa su poder en el puesto, el liderazgo lo basa en la relación que tiene con las personas que trabajan con él.

Una vez definido el concepto de liderazgo, merece la pena también diferenciar liderazgo formal de informal.

En el liderazgo formal, lo más significativo es la función de la persona que ocupa un puesto de autoridad en la organización, es decir, está en los puestos superiores dentro del organigrama. Este liderato lo proporciona la administración de forma oficial en su nombramiento. Tiene autoridad y poder, puede recompensar o penalizar.

El segundo tipo de liderazgo es el liderazgo informal; surge en el grupo de manera natural, es elegido por el propio grupo, de forma explícita o bien implícita, al ganarse su respeto y reconocimiento. De ahí que pueda considerarse la posibilidad de liderar desde la base de la organización. Surge o se le reconoce, especialmente, en momentos de crisis o en situaciones difíciles. La situación más deseable se produce cuando el liderazgo formal e informal descansan en la misma persona; pero lamentablemente, esto sucede en muy pocas ocasiones (132, 135).

Y en el caso de los directivos es difícil, además, de la coexistencia de ambos liderazgos, una permanencia en el cargo que les permita desarrollarlos. La total discrecionalidad con la que se eligen estos cargos y su corta vida media hace que estas cualidades no se determinen como prioritarias en su elección, y ni siquiera tengan tiempo suficiente para adquirirlas si no las poseen (136).

Podríamos seguir comentando las consecuencias de este problema; sin embargo, consideramos que no procede profundizar en el mismo, porque nos sumergiría en el campo de la psicología social, y no es esta nuestra área de conocimiento.

Cuando estratificamos por categoría profesional observamos que existen menos discrepancias que por cargo. Esto nos llevaría a plantearnos que tanto los equipos directivos como las unidades de calidad desarrollan un trabajo en equipo, manejan información semejante que les conduce a un mismo pensamiento, independientemente de su categoría profesional, ya sean médicos, personal de enfermería o de gestión.

Si atendemos al tamaño de los hospitales, observamos que en los hospitales medianos y pequeños hay una mayor proporción de respuestas negativas con relación a la existencia de una comisión que supervise la SP o si son los miembros de la dirección quienes supervisen la implementación de iniciativas en SP. Afirmación que se corresponde con la realidad, ya que el despliegue de la SP se ha llevado a cabo a través de las redes de calidad existentes, como se ha realizado también en otros países (68), consolidadas en centros grandes, es decir, a través de las Comisiones de Mortalidad reconvertidas en Comisiones de Seguridad del Paciente y de las Unidades de Calidad. Algunos entrevistados desarrollaron propuestas sobre una Unidad Funcional transversal, multidisciplinar, transmisora y coordinadora de las iniciativas nacionales e internacionales, que se articule con las Comisiones de Seguridad y Unidades de Calidad en los sectores y responsables de calidad y seguridad en los servicios, tales como las de la Comunidad Valenciana, Extremadura y Madrid, entre otras, y permanente en el tiempo (14-16).

En esta dimensión, de forma global, también se identifican dos ítems como oportunidades de mejora. El I.9, relativo a promover que se involucren los pacientes en su seguridad, también considerado como oportunidad de mejora para cada una de las estratificaciones (cargo, categoría, tamaño y ámbito de atención), y el I.14, sobre la existencia de asesoría psicológica a la que recurrir cuando ha ocurrido un IRSP; el primero se tratará en la dimensión "Participación de pacientes", y el segundo, con la de "Gestión de la información".

Dimensión “Planificación estratégica”

En la dimensión “Planificación estratégica” lo que se estudia es la estrategia de SP en materia de gestión de riesgos, planes, sistemas de evaluación mediante indicadores, acciones de mejora, consiguiendo unos resultados donde no destacan fortalezas ni oportunidades de mejora ni de forma global, ni en las comparaciones entre cargos, ámbitos, tamaño de centro y categoría profesional, ni tampoco para cada uno de los ítems, en total 5, mostrando unos resultados homogéneos.

Así, el 53,3% de los encuestados responden que la existencia de un plan estratégico del SALUD, sector, hospital, que incluya una línea de trabajo en SP con objetivos a medio y a largo plazo se encuentra parcialmente implementada, afirmación avalada por el discurso de las entrevistas. Resultados alineados con un estudio publicado por Suñol (137) en 2009 como parte del proyecto MARQuIS (Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies) donde se demuestra que las estructuras y planes de SP (incluidas las responsabilidades sobre la gestión de SP) estaban bien desarrolladas por la mayoría de los hospitales europeos participantes, quedando pocos hospitales sin cumplir con las estrategias básicas durante su evaluación.

Sin embargo, los entrevistados matizan que, aunque sí existen líneas estratégicas en materia de SP, como las relacionadas con las IRAS, higiene de manos, identificación del paciente, etcétera, trabajar en el desarrollo de un plan estratégico autonómico que las englobase en su totalidad y facilitase su coordinación con la estrategia nacional, como se ha venido haciendo a lo largos de estos últimos años en diversas CCAA (14-18, 138, 139), resultaría clave para dar cohesión a la estrategia, y sencillo de conseguir a través del *benchmarking* junto con una adaptación a la CSP propia de la organización.

Dimensión “Gestión de la información”

En la dimensión “Gestión de la información” se revisan los aspectos relacionados con los sistemas de notificación (SN) de IRSP, que surgen con el propósito de intentar disminuir la probabilidad de aparición de EA, así como los sistemas de reclamaciones, los sistemas de alertas y análisis de EA, y su posterior aprendizaje.

En nuestro trabajo cabe destacar que casi la mitad de los encuestados responden que el SALUD no tiene implementado un sistema de notificación sencillo y de fácil acceso para notificar IRSP.

Como era de esperar, estos resultados se corresponden con la realidad porque no existía en el momento de la encuesta un SN global potenciado por el SALUD según un informe de la Unidad Funcional de Seguridad del Paciente del SALUD del año 2011(140). Sí existían SN locales, en diversos servicios y centros, lo que podría justificar que hasta un 24,2 % de los encuestados respondieran "completamente implementado".

Estos resultados sugieren que nuestra comunidad autónoma presenta dificultades para implementar un SN de IRSP. Aun a pesar de que el desarrollo de estos SN en el ámbito sanitario ha sido una de las recomendaciones dirigidas a los gobiernos de los Estados Miembros de la UE, tanto desde el Comité Europeo de Sanidad (141) como desde la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (142). Desde 2007, esta última ha liderado una iniciativa para la creación de un sistema internacional de indicadores de SP con inclusión de los SN de IRSP que reflejen los contextos europeos de cada país; lo que no ha sido tarea sencilla en ninguno de ellos, incluido el nuestro(143).

Pero la realidad de los países ha sido muy diferente. Algunos han desarrollado contextos jurídicos que soportan los SN, lo que ha sido clave para su desarrollo, difusión y utilización. Esto ha sido posible gracias a la tremenda preocupación de dirigentes/políticos/directivos de diversos países que ha llegado a modificar dicho contexto. Según estudios publicados, países como el Reino Unido, Dinamarca, Suecia, EEUU, Australia... han desarrollado registros que garantizan la confidencialidad, el anonimato, la voluntariedad y su empleo para el aprendizaje y la prevención, además de ser regulados por un marco legal que excluye cualquier carácter disciplinario, laboral o penal para el notificante (68, 143).

En España, a pesar de que es uno de los puntos clave del Plan de Calidad del SNS, el desarrollo de estos SN ha sido especialmente difícil, porque no parece que existan condiciones institucionales, ni profesionales ni un contexto jurídico adecuado, que es lo que el MSSSI en varios informes jurídicos propone: elaborar una futura propuesta con un cambio normativo que permita la notificación no punitiva de los EA (144, 145).

Aun a pesar de que no existan anuncios de cambios legales en esta materia, actualmente existen diversos SN con características variadas, tanto nacionales como autonómicos, liderados por sociedades científicas en España, etc. Estos SN serían, entre otros, el SN y aprendizaje de errores de medicación del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP) (146, 147), los sistemas nacionales de farmacovigilancia y hemovigilancia (148), el SENSAR, Sistema Español de Notificación en Anestesia y Reanimación) (149), el SINAPS, Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente de la Fundación Avedis Donabedian implantado en diversas comunidades autónomas y coordinado desde el MSSSI y uno de los últimos sistemas implantados el pasado año 2012, ha sido el SN de IRSP integrado dentro de un Plan de Seguridad Global del Departamento de Salud de Cataluña (TPSC Cloud TM de Antares Consulting) (150).

En Aragón, los profesionales encuestados, sobre todo médicos, responsables de calidad, agentes sociales, profesionales de atención especializada y tanto de hospitales grandes como pequeños consideran la falta de un SN como una importante debilidad y consideran que debería enmarcarse en un contexto jurídico favorable que fomente la participación de los implicados.

Otro aspecto importante en esta materia consiste en conocer, una vez pasado el EA, quiénes son los responsables de realizar el análisis de los incidentes. En nuestro trabajo se mantienen las discrepancias entre los equipos directivos, por un lado, y por otro los responsables de calidad y agentes sociales, ya que los primeros consideran que los profesionales que realizan el análisis de los EA tienen experiencia en SP y gestión del riesgo (ítem III.24) mientras que los segundos responden que no es así. Por lo que cabría preguntarse, al recibir respuestas opuestas a una misma pregunta, sobre la existencia o no de un consenso que considere qué es formación y experiencia en SP.

Respecto al enfoque proactivo para la identificación de nuevas fuentes de fallo y EA antes de que sucedan, también encontramos diferencias con la misma orientación anterior, donde los equipos directivos responden que sí que se realiza, frente a más de la mitad de los responsables de calidad y agentes sociales que responden que no están implementados. Resultados de la evaluación de la encuesta hace posicionarnos todavía lejos de una cultura proactiva, así que esta visión más positiva para los equipos directivos pudiera justificarse por una diferente percepción de la realidad entre directivos y clínicos

o por el sesgo de deseabilidad social que les llevaría a hacer interpretaciones más positivas de la misma realidad.

En lo relativo a la existencia de un sistema de alertas (ítem III.25), un 41,2% de los encuestados responde que no se ha considerado o implementado un sistema de alertas para informar a los profesionales sobre IRSP. Esta respuesta sorprende negativamente, ya que en el área de farmacia sí existe un Sistema de Alertas Farmacéuticas gestionado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, con un amplio recorrido desde 2006 para la información a los profesionales, coordinado en Aragón a través de la Dirección General de Planificación y Aseguramiento del Departamento de Salud, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón. Asimismo, el SALUD incluyó dentro del contrato programa 2008 como uno de los objetivos a cumplir el desarrollo de un Protocolo de la Red de Alertas sobre productos sanitarios personalizado para cada Sector.

En materia de alertas en Salud Pública también existe un circuito de notificación de alertas entre las Subdirecciones Provinciales de Salud Pública y la red de hospitales y atención primaria, a través, generalmente, de las Gerencias y, complementariamente, en el caso hospitalario, con los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública. El Boletín Epidemiológico de Aragón se ha convertido, desde su inicio en 2009, en un importante sistema de notificación de alertas gracias a su apartado de brotes y alertas internacionales y nacionales desarrollado por la Sección de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección General de Salud Pública (151).

Uno de los aspectos al que las organizaciones sanitarias han prestado muy poca atención, y que con más frecuencia se descuida cuando hablamos de notificación y análisis de IRSP, es la atención a la segunda víctima; es decir, al profesional sanitario implicado en el incidente.

Resultados de nuestro estudio confirman dicha afirmación, pues de los tres ítems referentes al asesoramiento del profesional una vez ocurrido el incidente (ítem I.13, I.14 y I.15), todos los encuestados coinciden en destacar la ausencia de una asesoría psicológica para ofrecer apoyo. Sin embargo, Wu y Steckelberg (152), demuestran en su estudio que un número no desdeñable de los encuestados (50%) habían reportado un incidente en el que se habían sentido segundas víctimas, sin encontrar en su organización un

procedimiento operativo estándar para el manejo de estos profesionales como también sucede en Aragón.

En la actualidad, algunas organizaciones como diversas universidades de EEUU entre las que destacan Missouri, Chicago y Johns Hopkins (152) han desarrollado programas que permiten, por un lado, identificar la existencia de segundas víctimas, y por otro, una vez identificadas ayudarlas en la prestación de atención y apoyo a través de grupos multidisciplinarios de profesionales.

Dimensión “Participación de los profesionales”

Una aproximación a uno de los dos actores protagonistas en la asistencia sanitaria ofrece la dimensión “Participación de los profesionales”, que explora su implicación en diversas actividades clave para garantizar la SP, como son la formación, la adecuación de las plantillas de personal, o la mejora de la comunicación a través de un total de nueve ítems. Es la dimensión con mayor porcentaje global de respuestas en transición ($44,5\pm 3,2$) y también por ítems, lo que nos avanza que la participación del profesional en SP en Aragón es un área ya iniciada y con posible crecimiento.

En relación con la promoción de actividades formativas en materia de SP, y sobre el despliegue de programas teórico prácticos para el desarrollo de competencias y habilidades interactivas para el trabajo en equipo, hay que subrayar que más del 75% de los encuestados han contestado afirmativamente a los ítems (IV.26, IV.28 y IV.32) que se referían a su implementación, aspecto destacable, pues indica que la formación se considera un área esencial para la mejora de la SP. Resultados que se corresponden con la realidad referida en el informe de la UFSP en 2011(140), donde se detalla que se han desarrollado desde el año 2007 diversas actividades formativas de diferentes niveles, grados, duración y agentes implicados (sociedades científicas, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud) en materia de SP en todos los sectores de Aragón.

Sin embargo, las técnicas de simulación para mejorar la SP, la comunicación interpersonal y del equipo no han sido suficientemente impulsadas puesto que un 68,4% de los encuestados las ha considerado como una oportunidad de mejora, tanto en el global, como en todo tipo de centros. Diversos autores, entre los que destaca Pronovost, han

incorporado a sus propuestas de programas de estudios la simulación como estrategia de aprendizaje (153). En nuestro entorno, diversas sociedades científicas españolas, como la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) (154), la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Cuidados Críticos (SEMICYUC) (155) y la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica (SEDAR) (156) cuentan también con programas de formación que emplean la simulación.

Respecto al modelo formativo impartido a lo largo de este tiempo, merece la pena destacar que no ha resultado ser todo lo efectivo que se hubiera deseado, según opinión de los entrevistados. Resultados concordantes con otros países como Suecia, donde la experiencia de Nygren también demuestra que los cursos ofrecidos en materia de SP en universidades suecas no han sido suficientes por su escaso alcance entre los profesionales y suponen, en cambio, un elevado coste (68). Por eso subrayan, como se ha observado en EEUU donde la SP es una competencia crucial en la profesión médica con el desarrollo de diversos programas (78, 157, 158), la necesidad de dos líneas de actuación, la primera, de formación de grado previo a la obtención del título, y la segunda, de formación postgrado o continuada, a nivel micro, es decir, en sesiones en los servicios, grupos de trabajo o comisiones de los centros para su posterior aplicación desde el mismo momento de su impartición.

En cuanto al reconocimiento por parte del SALUD de los profesionales que han participado en proyectos de mejora de SP y calidad, hay que subrayar que el 87,3% de los encuestados han afirmado este reconocimiento, confirmado por los baremos de puntuación de las últimas convocatorias de oposiciones, movilidad interna o carrera profesional (159).

Uno de los factores más importantes para garantizar la SP es la adecuación de las plantillas para evitar la sobrecarga de trabajo. Un 63,4% de los encuestados responden positivamente cuando se expone si los equipos directivos ponen los medios necesarios para esta adecuación, lo que resulta una evaluación favorable, al igual que la que se realiza en otros estudios como el del Nygren (68) y Moris de la Tassa (78), donde la sobrecarga de trabajo aparece en un segundo plano. En contraposición con otros estudios, como el realizado por Bledon, que identifica como factores clave para mejorar la SP un mayor número de enfermeras, más tiempo de asistencia de los médicos con los pacientes y una reducción del número de horas de trabajo para los médicos residentes

(68, 78, 100, 107). Ciertamente que, por ejemplo, en comparación con otros países nuestra jornada laboral es menor que la de EEUU, Japón o Taiwán, lo que podría repercutir favorablemente (78, 125).

Sin embargo, en las entrevistas los directivos hacen referencia detallada del estrés que sufren los profesionales, motivado tanto por la sobrecarga de trabajo debida a la presión asistencial, como por la repercusión de la vida profesional sobre la personal, y viceversa.

La comunicación, a juicio de una gran parte de nuestros entrevistados, ha sido considerada como un aspecto fundamental de la SP. Aún así, diversos estudios sobre la calidad de la comunicación la consideran como una debilidad (33), lo que no ocurre en nuestro estudio. La particularidad del mismo es que, cuando nos referimos a comunicación, lo hacemos en términos generales, incluyendo tanto la información al profesional, como la información al paciente, la comunicación entre profesionales, entre profesionales y pacientes; y no solo una de las modalidades, por lo que esto podría marcar la diferencia.

Para mejorar la comunicación se han desarrollado numerosos sistemas, y uno de ellos, universalmente reconocido, es la elaboración de listados de verificación. Los resultados de nuestro estudio ponen de manifiesto que un 84,9% de los encuestados responden que estos listados están implementados tanto parcialmente como completamente (ítem V.33). Dato relevante, ya que desde el estudio de Haynes se ha demostrado que la utilización de la lista de verificación quirúrgica asociaba reducciones en las tasas de mortalidad y de complicaciones entre los pacientes a los que se les había aplicado la lista, promoviéndose también la utilización de listados de verificación no solo en cirugía sino también en distintos procedimientos, como el parto normal o las pruebas diagnósticas. También se demostró que los listados de verificación son capaces de interceptar incidentes que podrían haber sido potencialmente dañinos si se utilizan de forma correcta (49, 160-162).

Si atendemos a las organizaciones profesionales, cabe destacar que los entrevistados no identifican como organizaciones involucradas en la SP ni a los colegios profesionales ni a los agentes sociales. Los primeros, porque no despiertan ningún interés en ellos, ni confianza, ni esperanza alguna, y porque consideran la colegiación como una obligación por imperativo legal. Y los segundos, porque despiertan en ellos una opinión pesimista y

negativa al considerarlos un obstáculo por su incapacidad de resolver situaciones repetidas y enquistadas desde hace décadas. Sin embargo, la opinión se invierte 180° cuando nos referimos a las Sociedades Científicas; en este caso, la mayoría de los participantes si consideran que tienen un papel muy importante, pues los proyectos de SP liderados por ellas en los últimos años han obtenido gran éxito.

Dimensión “Participación del paciente y su familia”

La “Participación del paciente y su familia” pretende adentrarse en la información proporcionada a los pacientes y sus familias en materia de seguridad y en su participación en la mejora de su seguridad. Nuestro estudio con directivos y gestores sanitarios pone de relieve (con un 69,3% de respuestas negativas en el ítem VI.36) una falta de participación activa de pacientes y familiares en la mejora de la calidad/SP y en la resolución de los problemas relacionados con la SP. Resultado semejante al de otros estudios donde la participación del paciente sigue siendo todavía un área pendiente de desarrollo (100, 163).

Sin embargo, aunque la participación actual del paciente y su familia todavía es insignificante, los entrevistados afirmaron que involucrar a los pacientes en la asistencia sanitaria debería ser un aspecto prioritario de la SP. Manifiestan que un paciente bien informado y colaborador permitiría una mayor participación del mismo porque el paciente como tal no pone barreras. Este pensamiento sigue una tendencia nacional e internacional creciente, con el denominado empoderamiento del paciente, avalado también por los líderes de SP encuestados por Nygren que afirmaron en gran medida la importancia de la participación del paciente en SP y en la toma de decisiones (68). Esta importancia de su participación no solo se ha presentado en estudios sino también en diversas conferencias, como la Conferencia de EHealth convocada por la Comisión Europea en 2012, donde se valoraba positivamente el empoderamiento del paciente y el desarrollo de una confianza del paciente, considerándose ambas necesarias para beneficiarse de las modernas herramientas de eSalud (164).

En Aragón, aun estando lejos de integrar la participación del paciente en la asistencia sanitaria, se han dado algunos pasos como el desarrollo de las Jornadas Aragonesas de Pacientes por la Seguridad de los Pacientes, cuyo objetivo era un ejercicio de mejora de la

CSP, promoviendo una mejora en la comunicación entre profesionales, pacientes y asociaciones de usuarios. Para ello se desarrollaron cuatro jornadas desde el 2007 al 2011 con los siguientes lemas: "Cuanto más cerca, más seguros", "La Seguridad de los Pacientes en la Investigación Clínica", "Por un uso seguro de los medicamentos" y "Aprendiendo Juntos" tal y como se recoge en el informe de la UFSP de 2011(140). Sin embargo, ningún entrevistado hace mención a la existencia de estas jornadas en su discurso lo que, podría llevarnos a pensar que no conocen su existencia, y por lo tanto, a plantearnos una mejora en la difusión de estas iniciativas en la comunidad. También pudiera deberse a un sesgo de recuerdo de los entrevistados en el momento de la entrevista.

Siguiendo esta tendencia, ciertas organizaciones e instituciones de prestigio han desarrollado áreas destinadas a la participación del paciente. La OMS desarrolló ya en 2005 el Programa de los Pacientes por la Seguridad del Paciente, que inició su andadura con la Declaración de Londres "Pacientes por la Seguridad Clínica" en ese mismo año y se encargó de centralizar y potenciar las actividades en SP (165).

A nivel nacional, también se incentiva la participación de los pacientes en la Estrategia de la SP en el SNS español, que cuenta con una "Declaración y compromiso de los pacientes por la seguridad en el SNS" realizada en 2005 (166), canalizada a través de la Red Ciudadana de Formadores en Seguridad del Paciente (167). Esta red, impulsada por la Agencia de Calidad del SNS, es una iniciativa de carácter formativo cuyo objetivo es lograr la participación activa de pacientes y ciudadanos en las políticas de SP, y ha desarrollado una serie de proyectos para conocer la percepción y experiencias de pacientes y consumidores en torno a la SP y para establecer mecanismos de participación (168).

Respecto a las asociaciones de pacientes, algunos de los entrevistados también indicaban que estas pudieran ser un vehículo de aproximación a sus requerimientos. En esta línea, ya en 2003, el Foro Español de Pacientes (169) recogió en la "Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes", que era preciso garantizar unos derechos y procurar el uso adecuado de los recursos del sistema sanitario.

Dejando a un lado el empoderamiento del paciente, y preguntando más específicamente sobre si se proporciona la información que los pacientes y familiares necesitan para participar en el cuidado de su salud, casi un 75% de los encuestados responde afirmativamente, lo que representa un resultado satisfactorio, semejante a los resultados

del estudio de Härenstam donde la mayoría de los líderes (61%) pensaban que la gran mayoría de los pacientes tienen suficientes conocimientos sobre su situación para desarrollar un rol activo en mejora de su seguridad (100).

En este sentido, instituciones y publicaciones médicas han desarrollado sus propios recursos para proporcionar información con credibilidad y calidad orientados a pacientes. De las publicaciones pueden destacarse las páginas web de la AHRQ(170), revistas médicas como Preventive Medicine o JAMA (171) y también universidades como la Universidad de los Pacientes (172).

Además, existen diversas iniciativas que desarrollan instrumentos elaborados para involucrar a los pacientes en su cuidado durante el proceso asistencial. Uno de ellos, ganador del premio “Grand Magnum Opus 2012”, es “Hable de su salud. Recomendaciones de la iniciativa SPEAK UP” (JCAHO) (173).

En esta línea, en Aragón también existe una pequeña aportación a modo de documentación de apoyo, que ha sido elaborada como resultado final de la primera jornada para pacientes e incluye unas recomendaciones sencillas (“Una norma, algunas recomendaciones y un compromiso para la Seguridad de los pacientes”) en materia de SP destinada para pacientes (figura 11). El folleto está disponible, traducida a varios idiomas, en la web Salud Informa del Gobierno de Aragón (174).

Figura 11. Folleto “Una norma, algunas recomendaciones y un compromiso para la Seguridad de los pacientes”



Otro de los abordajes en relación con el paciente versa sobre la información que se ha de facilitar al paciente y a su familia sobre los EA que se pueden derivar de la asistencia sanitaria recibida, un asunto que ha sido poco visible.

Los entrevistados de nuestro estudio afirman que sigue existiendo una actitud de ocultamiento, y que prevalece el miedo y una cultura de la culpa. Testimonio avalado por los resultados de la encuesta, en la que solo el 51,6% de los encuestados responden que se han establecido mecanismos de respuesta inmediata para informar al paciente y a su familia de forma parcial o completamente (ítem VI.35), llegando incluso a considerarse como una oportunidad de mejora para médicos y profesionales de atención especializada versus personal de enfermería y atención primaria. Hipótesis avalada por un mayor riesgo con más problemas médico-legales en los médicos especialistas frente a personal de enfermería y atención primaria.

Respecto a la necesidad de informar a los pacientes sobre los EA, apreciamos una profunda ambivalencia. Por un lado, un número creciente de organizaciones han manifestado la esperanza de que los pacientes deben ser informados acerca de los EA, puesto que una comunicación planificada, suficiente, honesta, clara y abierta (open disclosure citado en publicaciones anglosajonas) es un factor contribuyente para evitar desconfianza en los profesionales y posteriores reclamaciones (152). Sin embargo, otros estudios resuelven que, para una gran mayoría de sus encuestados, la información al paciente y su familia debe darse solo cuando el paciente ha sufrido daño (99, 100). Posiblemente, tal y como indica el trabajo de Obon (143), aunque sienten el imperativo ético de informar a los pacientes sobre los EA se encuentran limitados por cuestiones como el temor al desprestigio, la falta de apoyo institucional, el miedo a demandas judiciales y a la atención de los medios de comunicación.

En este momento, cuando se aboga por una política de franqueza y transparencia, cabe preguntarse si nuestros pacientes están preparados para ser parte activa en su propia seguridad. A este respecto se han abierto algunas líneas de investigación donde se les pregunta a los pacientes sobre la aceptabilidad del nuevo papel del paciente, su grado de participación y de conocimiento de los EA, de lo que todavía hay muy pocos resultados (68, 143).

Dimensión “Actitudes directivas frente a la SP”

En todos los cuestionarios de CSP existe un apartado que valora el grado de acuerdo respecto a las actitudes de los directivos en materia de SP, porque tal y como se ha ido tratando a lo largo de este trabajo, conocer lo prioritaria que resulta la SP para ellos es fundamental en el desarrollo de la CSP de una organización. En nuestro trabajo, no queríamos dejar de preguntarles por esta cuestión, pero es preciso ser cautos a la hora de su interpretación por el hecho de que se les está preguntando a ellos mismos por sus cualidades y actitudes.

Tras la evaluación, resulta ser la dimensión mejor valorada con tres ítems que podemos considerar como fortaleza, tanto para el global como para cada una de las categorías en las que se ha estratificado la muestra (cargo, ámbito, etc). Las características desarrolladas en estos ítems, y que consideran poseer los directivos, son respeto, proporcionar estímulo hacia otros profesionales para que expresen puntos de vista alternativos e incluso desacuerdos, y ser reflexivos para evaluar los problemas y los cambios si fuesen necesarios. Actitudes que, de poseerlas, tendrían un impacto positivo en el papel que los directivos deben jugar en todas aquellas actividades desarrolladas en pro de la SP (100).

Sin embargo, en su interpretación, como ya hemos comentado, hay que considerar una limitación de nuestro estudio que proviene del hecho de que se les haya preguntado a ellos mismos sobre sus actitudes, por lo que las respuestas han resultado ser muy positivas, y sin contrastar con el punto de vista de los profesionales de primera línea. Si atendemos a otros estudios, como los realizados por Saturno (86) y Gutiérrez-Cía (33), donde si se encuesta a profesionales con actividad clínica de nuestro país, estos expresan una falta de respaldo por parte de la dirección del hospital, actitudes diametralmente opuestas a las descritas en nuestro trabajo.

También se ha descrito que, mientras los directivos piensan que todo depende de los profesionales sanitarios, estos piensan que todo depende de los directivos. Esta discrepancia de criterio resulta muy preocupante porque, finalmente, nadie hace nada por cambiar las cosas.

En relación con la percepción que los demás profesionales tienen de lo prioritaria que resulta la SP para los directivos, representado por el ítem VII.40, en nuestro estudio solamente un 44,8% responde positivamente. Pequeño porcentaje que también coincide

con las aportaciones de los entrevistados al reconocer que la organización no transmite la importancia que tiene la SP para ella, aunque verdaderamente se trabaje en esta materia. Afirmación que corrobora, junto con otros estudios (107), que los problemas de comunicación, también comentados, siguen siendo una cuestión sin resolver no solo unidireccional sino también bidireccional, entre profesionales y directivos y viceversa.

Continuando con las diferentes impresiones que de un mismo asunto parecen tener profesionales de primera línea y directivos lo que avalaría la existencia de rasgos diferenciales entre ellos, hay que subrayar que un amplio porcentaje de profesionales (54,5%) encuestados en el estudio de Saturno (86) están de acuerdo en que la gerencia/dirección del hospital se interesa por la SP de forma reactiva a un EA, mientras que solamente un 29,1% de los directivos de nuestro estudio están de acuerdo con esta opción. Esto indica que existen diferencias, además de un preocupante bajo nivel de CSP si tomamos como referencia los niveles de madurez propuestos por Parker para la NPSA y comentados ampliamente en la introducción (apartado V.2.5. Teorías de la cultura de seguridad).

“Set de Buenas Prácticas”

Una vez finalizado el análisis de la CSP a través de la evaluación del núcleo del cuestionario, esta sección va a proporcionar un complemento y una validación de esta información gracias a una aproximación al despliegue de la estrategia a través de las buenas prácticas, también llamadas prácticas seguras (BBPP/PPSS), implementadas en el SALUD.

Se preguntó a los encuestados que priorizasen trece de las PPSS propuestas, y la práctica más frecuentemente priorizada en primera posición fue la identificación del paciente (22,8%), seguida de la gestión de riesgos, la implantación de la historia electrónica y el cuidado de la higiene (18,7%, 14,8% y 13,6% respectivamente). Bien es cierto, que esta priorización podría estar sesgada porque la selección la han realizado conforme a aquellas prácticas que les han venido impuestas o las que ya estaban implantadas, más que por una profunda reflexión de su importancia independientemente de lo anterior.

Posteriormente se pretendió evaluar el grado de implementación del “Set de Buenas Prácticas” basado en las recomendaciones de Buenas Prácticas del NQF y la AHRQ (118), y destacan cuatro prácticas (prevención de las UPP, higiene de manos, prevención de las IRAS, estandarizar el proceso de identificación del paciente) consideradas como fortalezas por su amplia implementación de forma global. Prácticas que coinciden con las ilustradas por los entrevistados y con la realidad expuesta en el informe de la UFSP del 2011 (140).

En la siguiente tabla se detallan las prácticas consideradas como fortalezas (superando aproximadamente el 75% de las respuestas que indican como completamente implementados) tanto en el global como en todas las estratificaciones.

Tabla 87. Prácticas Seguras consideradas como fortalezas

	Global	Todos los cargos	Todas las categorías profesionales	Todos los centros	Todos los ámbitos
Prevención UPP	X	X	X	X	X
Higiene de manos	X		X	X	X
Prevención IRAS	X	X			X
Identificación paciente	X				

UPP: úlceras por presión, IRAS: infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

En relación con la evaluación de la CSP, cabe destacar que el 71,6% de los encuestados responden que no se ha implementado la realización de una encuesta de CSP entre los profesionales, considerándose esto como una debilidad importante, tanto para el global como para todas las categorías, y que con nuestro estudio se pretende mejorar.

También debemos mencionar que, tanto en los hospitales medianos como en los grandes, sobresalen como fortalezas los ítems relacionados con la identificación del paciente y la prevención y control de las IRAS (ítems X.6 y X.9), muy en consonancia con la realidad puesto que han sido estrategias de SP implementadas. La primera, con un amplio despliegue como se puede verificar en el informe de la UFSP (140), y la segunda, formando parte fundamental de la cartera de servicios de los Servicios de Medicina Preventiva y Medicina Intensiva.

Resulta interesante comprobar que otra de las estrategias ampliamente desarrollada en Aragón ha sido el uso seguro del medicamento, destacando igualmente como fortaleza en los hospitales grandes con los ítems X.12. “Mejorar la identificación y el registro de alergias e intolerancias a fármacos y alimentos en la historia clínica” y X.13. “Métodos

estandarizados para el etiquetado empaquetado y almacenaje de medicamentos". Parece lógico pensar que, su consideración como fortaleza a favor de los hospitales grandes frente al resto, pudiera estar ligada a que diversos programas o sistemas han iniciado su despliegue en centros grandes, tales como los sistemas de dispensación automatizada de medicamentos (Pyxis) en Unidades de Cuidados Intensivos y los sistemas de conciliación de la medicación, entre otros.

Siguiendo con la línea del uso seguro del medicamento, pero en el ámbito de AP, cabe resaltar frente al resto la implementación de las prescripciones computerizadas y la estandarización de la identificación en la prestación de la asistencia sanitaria (X.4 y X.6). Como fortalezas en AP sobresalen también la mejor identificación y el registro de alergias e intolerancias a fármacos y alimentos, y los métodos de etiquetado y almacenaje. A la vista de estos resultados, uno se pregunta qué es lo que facilita en AP estas cuestiones, y entendemos que la implementación de la historia electrónica ha sido la clave porque facilita la identificación, el registro de alergias y la prescripción, entre otras. En los hospitales todavía no se ha implementado un sistema de historia electrónica, salvo en determinados servicios como los de Medicina Intensiva o Urgencias, y algunas aplicaciones específicas para laboratorio o radiodiagnóstico.

"Efectividad de las Buenas Prácticas"

Uno de los retos a la hora de evaluar las diversas estrategias de SP y las prácticas seguras ha sido poder demostrar una sólida evidencia de la efectividad del trabajo desarrollado. La dificultad en esta evaluación radica en que en SP, los programas son generalmente multimodales, con diversas intervenciones que se potencian entre sí, por lo que es complicada su evaluación independiente, además de estar fundamentados en la práctica y en la experiencia más que en una sólida evidencia científica. Sin embargo, a pesar de estas consideraciones, sí que existen estudios (49, 175) que han demostrado la efectividad de programas como los de higiene de manos y cirugía segura.

Por esta razón, quisimos preguntarles a nuestros encuestados sobre su valoración subjetiva de la efectividad de los distintos abordajes para la mejora en estos dos programas. Y su respuesta nos permite afirmar que, tanto de forma global como de forma estratificada, por cargo, categoría, centro y ámbito, los encuestados asignaron la menor

efectividad a la invitación a la participación de los pacientes a recordar la realización de dicha práctica (ítems XI.I.6 y XI.II.5). Resultado íntimamente relacionado con lo expuesto anteriormente sobre que la participación del paciente es un área que se encuentra todavía en desarrollo.

En cambio, como cabía esperar, los directivos identificaban la mayor proporción de respuestas muy y bastante efectivas frente a responsables de calidad y agentes sociales, cuando se les preguntaba sobre el apoyo de los directivos de la institución a las prácticas seguras (ítems XI.I.1 y XI.II.1).

Un paso más allá de la efectividad se encuentra la evaluación de la eficiencia de las prácticas seguras. Su aval, a través de estudios económicos, como el de Etchells (176) de comparación entre diversas estrategias, todavía se encuentra en estadios iniciales con resultados limitados. Razón por la cual la evaluación de la eficiencia se ha preferido no incluir en el cuestionario, y queda como un desafío todavía pendiente.

V.4. Sesgos y limitaciones

Dentro de los sesgos propios de nuestro estudio deben destacarse los relacionados con la población estudiada, la de los directivos del sistema sanitario público en Aragón, y en un momento dado, el año 2011.

Estas características de la población diana motivan que los resultados sean limitadamente extrapolables a otros entornos geográficos y/u organizativos. Asimismo, debe considerarse, que por tratarse de un estudio realizado puntualmente en el tiempo, los perfiles de los directivos estaban determinados por su proceso de selección y la ideología de los partidos gobernantes en ese momento: el Partido Socialista Obrero Español y el Partido Aragonés.

También cabe destacar que, por la población de directivos y gestores a la que se dirige nuestro trabajo, existen ciertos sesgos que serían más marcados, el **sesgo de la “deseabilidad social o de ser políticamente correcto”**, muy próximo al llamado efecto Hawthorne, que se produce cuando se responde en función de lo que se considera socialmente aceptable, la respuesta esperada; y el **“sesgo del optimismo”** (132), es decir, una negación de la realidad posiblemente por un conocimiento parcial de la misma. De igual modo debe destacarse que directivos y gestores pudieran, además, sentir mayores limitaciones en su libertad de expresión en función de su compromiso con la organización.

En cuanto a la comparación de nuestros resultados con los de otros profesionales clínicos, solo hemos podido hacerlas con otros estudios nacionales porque, en Aragón, y al mismo tiempo que el nuestro, no se desarrolló ningún otro estudio con esas características.

Con referencia a la utilización de cuestionarios existen, primeramente, sesgos intrínsecos a la hora de su cumplimentación, tales como el **sesgo de set de respuestas que incluye aquiescencia, de tendencia central, de principio y fin**, etc.

El hecho de plantear el diseño de un instrumento específico conlleva una serie de cuestiones que sería importante tener en cuenta (177).

La dependencia de la disponibilidad de estudios es muy notable en esta materia, ya que como se comenta en el proyecto EUNetPaS (178), solo cuatro instrumentos para evaluar la

CSP, de los treinta identificados a través de las encuestas a los países de la UE, se correspondían con publicaciones científicas. Además, dos de las revisiones identificadas (65, 178) no estaban disponibles en los buscadores o bases de datos habituales sino que se precisó complementar la búsqueda en páginas web de fundaciones y organizaciones internacionales que es donde se encontraron. Por lo tanto, podrían encontrarse cuestionarios que evaluaran CSP en directivos y gestores de los que no conociésemos su existencia. Bien es cierto que las revisiones sistemáticas descritas anteriormente engloban una gran cantidad de instrumentos y son publicaciones recientes.

La escasa población a estudio también tiene una repercusión negativa a la hora de validar los resultados de nuestro cuestionario.

Además, como se ha comentado anteriormente, al no existir ninguna otra encuesta de referencia validada no es posible comparar nuestros resultados con un gold estándar. Sí se han podido comparar los resultados de nuestro trabajo con otros estudios que valoran CSP en población general y en directivos y gestores, pero a través de otros instrumentos, por lo tanto, dichas comparaciones hay que hacerlas con cautela.

Por otra parte, somos conscientes de que no se ha podido aplicar ningún método que midiera la estabilidad del cuestionario, es decir, no se ha podido realizar la prueba del test-retest en la misma población, puesto que solamente se ha realizado una única medición en el tiempo a través del cuestionario. La corta vida media profesional de los participantes lo ha imposibilitado.

Para poder profundizar y aproximarse a las percepciones, actitudes y conocimientos de los profesionales a estudio, se consideró clave la complementariedad de la evaluación a través de cuestionarios con la realización de técnicas cualitativas, a modo de entrevistas semiestructuradas, que pueden aportar una valiosa contribución al estudio, lo que implicaría importantes ventajas pero también ciertas limitaciones (179). La principal es que los invitados reflejaban con sus opiniones su experiencia profesional o personal, lo que entraña una limitación en la generalización de los resultados. Una segunda limitación serían los **sesgos de selección** de los participantes que pudiéramos haber cometido al formalizar las invitaciones. Otras personas, quizá, hubieran matizado o aportado informaciones diferentes (113, 180). A este respecto cabe resaltar que, para la selección inicial de los profesionales, se detallaron varios requisitos con relación al ámbito de atención, grado de antigüedad en la profesión, en el cargo, entre otros, que debían

cumplir los entrevistados para su inclusión y que han proporcionado una visión representativa de los mismos. También podrían existir errores en la presentación de dicha investigación, en particular los relativos a la calidad de la visión y la interpretación, difíciles de apreciar ya que se basarían mayormente, en juicios de valor subjetivos (181).

V.5. Valor, impacto y retos

La información obtenida en este estudio, en el que se ha evaluado por vez primera en nuestro entorno asistencial, la CSP de los directivos en la organización que dirigen, ha permitido conocer aspectos trascendentes de su compromiso, actitudes y conocimientos para planificar e implementar actuaciones de mejora de la SP en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón.

Un valor añadido del estudio es el diseño y validación de un instrumento de nueva elaboración, el cuestionario de Cultura de la Seguridad del Paciente para Directivos y Gestores "De la dirección a la acción", que se ha mostrado como una herramienta válida para evaluar la CSP entre profesionales que deben ejercer una labor de liderazgo. Es un cuestionario breve, sencillo y útil que permite conocer el punto de partida o la situación actual de desarrollo de diversos objetivos en materia de SP en la organización, tanto a nivel macro como micro, para facilitar el desarrollo de nuevas estrategias en SP. Del mismo modo es útil para contrastar la información proporcionada por los directivos con la de responsables de calidad y agentes sociales.

El análisis de las respuestas al cuestionario permite identificar algunos campos de investigación y desarrollo de actividades en relación a algunas de las dimensiones incluidas en el mismo:

La primera, la participación de los pacientes, es un área de necesario desarrollo, no sólo en lo referido a la información sobre el riesgo asistencial que se proporciona a pacientes y familiares, que es considerada en la encuesta como buena, sino además, en la evaluación de actividades orientadas a mejorar la implicación activa de los mismos en la asistencia y su propio cuidado.

En segundo lugar parece deseable promover y reconocer la participación de los profesionales de la primera línea en el desarrollo e implementación de actividades de calidad y seguridad

Por último, cabe destacar que si bien el compromiso de los directivos es valorado como bueno a través de sus respuestas, las contestaciones pueden estar sesgadas para ser “socialmente deseables”. Llevar dicho compromiso al conjunto de servicios y unidades clínicas requiere el desarrollo de líneas estratégicas de seguridad y de calidad con objetivos precisos, asignación presupuestaria y sistemas de evaluación.

Entendemos que, pese a sus limitaciones, la información que proporciona este estudio sobre la CSP puede contribuir a la reflexión de los directivos del sistema sanitario en Aragón y al desarrollo de estrategias de mejora, la implantación de las mismas y la evaluación de su efectividad.

Capítulo VI. Conclusiones

VI. Conclusiones

1. La cultura de la seguridad del paciente entre los profesionales que ocupaban un cargo directivo en el Servicio Aragonés de Salud puede considerarse como adecuada en su conjunto y similar a la observada en otros colectivos profesionales y otros ámbitos asistenciales.
2. Para evaluar la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores se diseñó un instrumento "ad hoc" (Cuestionario sobre Cultura de la Seguridad del Paciente para Directivos y Gestores "De la dirección a la acción"). Su utilización ha mostrado resultados satisfactorios, tanto en el análisis factorial, con un KMO de 0,75, como con el coeficiente alfa de Cronbach de las seis dimensiones con valores entre 0,608 y 0,917; por lo que tanto la validez de constructo, como la consistencia interna lo muestran como un instrumento adecuado para medir la cultura de seguridad del paciente entre directivos y gestores.
3. Al analizar las dimensiones incluidas en el cuestionario, ninguna de las mismas se identifica rotundamente como fortaleza o debilidad por los encuestados. Destacan como aspectos positivos las actitudes directivas frente a la seguridad del paciente, mientras que existe una percepción negativa de las cuestiones relativas a participación de los pacientes, compromiso de la organización, participación de los profesionales, existencia de mecanismos de respuesta inmediata para informar al paciente y a su familia ante la aparición de eventos adversos graves, la inexistencia de asesoría a profesionales cuando ha ocurrido un incidente relacionado con la seguridad del paciente y la no utilización de técnicas de simulación para mejorar la comunicación interpersonal y del equipo en entornos de alto riesgo.
4. Al examinar la situación por tamaño de los centros destaca una mayor presencia en centros grandes de comisiones de supervisión y de miembros del equipo directivo con responsabilidad directa de supervisar regularmente la implementación de iniciativas de seguridad del paciente en su ámbito de trabajo. No existen diferencias relevantes al comparar actitudes de los directivos entre el primer nivel asistencial y la atención especializada, con excepción de un mayor esfuerzo en atención primaria por disponer de mecanismos de respuesta

inmediata para informar y pedir disculpas al paciente y a su familia cuando ocurre un evento adverso con consecuencias sobre la salud del paciente.

5. Al confrontar las respuestas entre los directivos, responsables de calidad y representantes sindicales encuestados destaca la diferente percepción entre unos y otros respecto a cuestiones como el reconocimiento de la participación en proyectos de mejora de la calidad y la seguridad en la carrera profesional y el fomento de la expresión de puntos de vista alternativos y expresión independiente de desacuerdos y propuestas.
6. Al analizar el conocimiento e implementación de prácticas seguras destacan como aquellas con mayor grado de implementación: la evaluación y prevención de úlceras por presión, la higiene de manos, la prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, la estandarización del proceso de identificación del paciente y la mejora de la identificación y el registro de alergias e intolerancia a fármacos y alimentos en la historia clínica. Las consideradas como más efectivas fueron la existencia de preparados de base alcohólica para la higiene de manos, el listado de verificación en cirugía segura y la formación de profesionales.
7. Al analizar el discurso mediante entrevistas semiestructuradas destacan cuestiones relevantes sobre el despliegue de la estrategia de seguridad del paciente, la cultura de la culpa y la supervisión y gestión de riesgos que no aparecen reflejadas en la encuesta, lo que confirma la utilidad de la investigación cualitativa como complemento a la información obtenida a través de cuestionarios.
8. La evaluación de la cultura y el discurso de directivos y gestores en relación con la seguridad del paciente permite identificar aspectos clave como la capacidad de liderazgo y su conocimiento de las líneas de actuación en prácticas seguras. El análisis de la cultura de seguridad se muestra así necesario para hacer efectivo el despliegue de estrategias de seguridad del paciente en la organización donde desempeñan labores directivas.

Capítulo VII. Bibliografía

VII. Bibliografía

1. Crossing the quality chasm : a new health system for the 21st century. Washington, D.C. ; [Great Britain]: National Academy Press; 2001.
2. Saturno PJ. Seguridad del paciente. Marco conceptual. Enfoques y actividades. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 6: Seguridad del paciente. Unidad Temática 33. 1ª Ed.: Universidad de Murcia; 2008.
3. Seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; [Acceso 07/05/2013]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es>.
4. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991;324(6):370-6.
5. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To err is human : building a safer health system. Washington, D.C. ; [Great Britain]: National Academy Press; 2000.
6. Donaldson L, Fletcher MG. The WHO World Alliance for Patient Safety: towards the years of living less dangerously. MJA. 2006;184:69-72.
7. Forward Programme 2006-2007 World Alliance for Patient Safety. Geneva: World Health Organization; 2006.
8. Forward Programme 2008-2009 World Alliance for Patient Safety. Geneva: World Health Organization; 2008.
9. Consejo de Europa. La Seguridad del Paciente: Un Reto Europeo. Varsovia, 13-15 de abril de 2005. Disponible en: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439&Site=CM>.
10. Estrategia en Seguridad del Paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. [Acceso 06/04/2013]. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/>.

11. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; [Acceso 06/04/2013]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS%5D>.

12. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010 [Acceso 06/04/2013]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS%5D>.

13. Estrategia para la seguridad del paciente en la SSPA 2011-2014. Sevilla: Consejería de Salud.; 2011 [Acceso 07/09/2013]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_para_la_Seguridad_d_el_Paciente_2011-4.pdf%5D.

14. Estrategia de Seguridad del Paciente 2010-2012. Madrid: Servicio Madrileño de Salud, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; 2010.

15. Plan de Gestión de la Seguridad del Paciente de la Comunitat Valenciana 2009-2013. Valencia: Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana; 2009.

16. Plan estratégico del Servicio Extremeño de Salud 2009-2012. Cáceres: Servicio Extremeño de Salud. Junta de Extremadura; 2009 [Acceso 07/04/2013]. Disponible en: <http://www.areasaludcaceres.es/docs/files/1789img.pdf%C2%A0%5D>.

17. Guasp E, Román I. Pla de seguretat assistencial gestió de riscos sanitaris. Palma: Direcció de Desenvolupament Corporatiu: Unitat Tècnica de Qualitat. GESMA; 2010.

18. Plan para el Desarrollo de las Unidades Funcionales de Seguridad del Paciente en los Hospitales de la XHUP. 2013 [Acceso 07/04/2013]. <http://excelencia.publicacionmedica.com/noticia/cataluna-a-la-vanguardia-en-seguridad-del-paciente%5D>.

19. Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.

20. Aibar-Remón C, Aranaz-Andrés J, García-Montero J, Mareca-Doñate R. La investigación sobre seguridad del paciente: necesidades y perspectivas. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:12-7.
21. Thomson R, Lewalle P, Sherman H. Towards an International Classification for Patient Safety: a Delphi survey. *Int J Qual Health Care*. 2009;21:9-17.
22. ACSNI Study Group on Human Factors. Organising for Safety. Third Report to Health and Safety Commission. ACSNI Study Group on Human Factors, Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations. London: Health and Safety Commission; 1993.
23. Sherman H, Castro G, Fletcher M. Towards an International Classification for Patient Safety: the conceptual framework. *Int J Qual Health Care*. 2009;21:2-8.
24. Runciman W, Hibbert P, Thomson R. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*. 2009;21:18-26.
25. Estudio ENEAS. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
26. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
27. Estudio EARCAS. Eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
28. WHO. World Alliance for Patient Safety. Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research. Geneva: World Health Organization; 2008.
29. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. Summary [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2001.
30. Bates DW, Larizgoitia I, Prasopa-Plaizier N, Jha AK. Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. Global priorities for patient safety research. *BMJ*. 2009;338:1775.
31. Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.

- 32.Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ*. 2000;320(7237):745-9.
- 33.Gutiérrez-Cía I, de Cos PM, Juan AY, Obón-Azuara B, Alonso-Ovies Á, Martín-Delgado MC, et al. [Perception of safety culture in Spanish intensive care units]. *Med Clin (Barc)*. 2010;135 Suppl 1:37-44.
- 34.Sexton JB, Helmreich RL. Analyzing cockpit communications: the links between language, performance, error and workload. *Hum Perf Extrem Environ*. 2000;5(1):63-8.
- 35.Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
- 36.Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care*. 2006;15(2):109-15.
- 37.Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care*. 2005;14(5):364-6.
- 38.Singla AK, Kitch BT, Weissman JS, Campbell EG. Assessing patient safety culture: A review and synthesis of the measurement tools. *J Patient Saf*. 2006;2:105-15.
- 39.European Society for Quality in Health Care [Acceso 07/05/2013]. Disponible en: <http://www.esqh.net/%5D>.
- 40.Hammer A, Ernstmann N, Ommen O, Wirtz M, Manser T, Pfeiffer Y, et al. Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture for hospital management (HSOPS_M). *BMC Health Serv Res*. 2011;11:165.
- 41.Schein E. Organizational culture and leadership. 1997 [Acceso 06/04/2013]. Disponible en: <http://www.tnellen.com/ted/tc/schein.html%5D>.
- 42.Gaba DM, Singer SJ, Sinaiko AD, Bowen JD, Ciavarelli AP. Differences in safety climate between hospital personnel and naval aviators. *Hum Factors*. 2003;45(2):173-85.
- 43.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.

- 44.Paine LA, Rosenstein BJ, Sexton JB, Kent P, Holzmueller CG, Pronovost PJ. Assessing and improving safety culture throughout an academic medical centre: a prospective cohort study. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(6):547-54.
- 45.MacDavitt K, Chou SS, Stone PW. Organizational climate and health care outcomes. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2007;33(11 Suppl):45-56.
- 46.Guldenmund FW. The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety Science*. 2000;34(1):215-57.
- 47.Huang DT, Clermont G, Kong L, Weissfeld LA, Sexton JB, Rowan KM, et al. Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. *Int J Qual Health Care*. 2010;22(3):151-61.
- 48.Mardon RE, Khanna K, Sorra J, Dyer N, Famolaro T. Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. *J Patient Saf*. 2010;6(4):226-32.
- 49.Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *BMJ Qual Saf*. 2011;20(1):102-7.
- 50.Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care*. 2006;15(2):109-15.
- 51.Leape LL. Institute of Healthcare Improvement. 2002 [Acceso 07/04/2013]. Disponible en: <http://www.ihl.org>].
- 52.Helmreich RL. Cockpit management attitudes. *Hum Factors*. 1984;26(5):583-9.
- 53.Helmreich RL, Merritt A, Sherman P. The Flight Management Attitudes Questionnaire (FMAQ). Austin, TX: NASA/University of Texas/FAA; 1993.
- 54.Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf*. 2011;20(4):338-43.
- 55.Ruchlin HS, Dubbs NL, Callahan MA. The role of leadership in instilling a culture of safety: lessons from the literature. *J Healthc Manag*. 2004;49(1):47-58; discussion -9.

56. Westrum R. A typology of organisational cultures. *Qual Saf Health Care*. 2004;13 Suppl 2:ii22-7.

57. Parker D. Patient Safety. NPSA. 2006 [Acceso 7/04/2013]. Disponible en: <http://www.npsa.nhs.uk>].

58. Bonner AF, Castle NG, Men A, Handler SM. Certified nursing assistants' perceptions of nursing home patient safety culture: is there a relationship to clinical outcomes? *J Am Med Dir Assoc*. 2009;10(1):11-20.

59. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. 2003;12 Suppl 2:ii17-23.

60. Sorra J, Nieva V, Fastman BR, Kaplan H, Schreiber G, King M. Staff attitudes about event reporting and patient safety culture in hospital transfusion services. *Transfusion*. 2008;48(9):1934-42.

61. EUNetPaS. European Union Network for Patient Safety. Use of Patient Safety Culture Instruments and Recommendations. Aarhus N: European Society for Quality in Healthcare, Office for Quality Indicators; 2010.

62. Mearns K, Flin R, Gordon R. Measuring safety climate in offshore installations. *Work Stress*. 1998;12:238-54.

63. Zohar D. Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications. *J Appl Psychol*. 1980;65(1):96-102.

64. Flin R. Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. *Saf Sci*. 2007;45:653-67.

65. The Health Foundation. Measuring safety patient. 2011.

66. Kho ME, Carbone JM, Lucas J, Cook DJ. Safety Climate Survey: reliability of results from a multicenter ICU survey. *Qual Saf Health Care*. 2005;14(4):273-8.

67. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. The Joint Commission Standards. 2013. [Acceso 06/04/2013]. Disponible en: <http://www.jointcommission.org/AccreditationPrograms/Hospitals/Standards/>.%5D.

68. Nygren M, Roback K, Öhrn A, Rutberg H, Rahmqvist M, Nilsen P. Factors influencing patient safety in Sweden: perceptions of patient safety officers in the county councils. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:52.
69. Waterson P, Griffiths P, Stride C, Murphy J, Hignett S. Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: findings from the UK. *Qual Saf Health Care.* 2010;19(5):e2.
70. Ginsburg L, Gilin D, Tregunno D, Norton PG, Flemons W, Fleming M. Advancing measurement of patient safety culture. *Health Serv Res.* 2009;44(1):205-24.
71. Mannion R, Konteh FH, Davies HT. Assessing organisational culture for quality and safety improvement: a national survey of tools and tool use. *Qual Saf Health Care.* 2009;18(2):153-6.
72. O'Connor P, Buttrey SE, O'Dea A, Kennedy Q. Identifying and addressing the limitations of safety climate surveys. *J Safety Res.* 2011;42(4):259-65.
73. Veterans Health Administration. *Strategies for leadership: An Organizational Approach to Patient Safety.* American Hospital Association; 2000.
74. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Adaptación del ISMP Medication Safety Self Assessment for Hospitals, por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
75. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res.* 2006;6:44.
76. Sorra J, Franklin M, Streagle S. *Survey User's Guide. Hospital Survey on Patient Safety Culture.* Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2008.
77. Burr M, Sorra J, Nieva V et al. *Analysis of the Veteran's Administration (VA) National Center for Patient Safety (NCPS) FY 2000 Patient Safety Questionnaire.* Rockville, MD: Westat, under contract to Barents/KPMG; 2000.

78.Morís de la Tassa J, Galiana Martín D, Luño Fernández E, Gómez Castro MJ, Solís Sánchez G. Survey on the Culture of Patient Safety Among Spanish Health Care Residents. *Am J Med Qual*. 2013.

79.Sexton J, Thomas E. *The Safety Climate Survey: psychometric and benchmarking properties*. Austin, TX: The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice; 2003.

80.Weingart SN, Farbstein K, Davis RB, Phillips RS. Using a multihospital survey to examine the safety culture. *Jt Comm J Qual Saf*. 2004;30(3):125-32.

81.Ashcroft DM, Morecroft C, Parker D, Noyce PR. Safety culture assessment in community pharmacy: development, face validity, and feasibility of the Manchester Patient Safety Assessment Framework. *Qual Saf Health Care*. 2005;14(6):417-21.

82.Gaba DM, Singer SJ, Sinaiko AD, Bowen JD, Ciavarelli AP. Differences in safety climate between hospital personnel and naval aviators. *Hum Factors*. 2003;45(2):173-85.

83.Blegen MA, Gearhart S, O'Brien R, Sehgal NL, Alldredge BK. AHRQ's hospital survey on patient safety culture: psychometric analyses. *J Patient Saf*. 2009;5(3):139-44.

84.Sorra JS, Dyer N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:199.

85.Zwart DL, Langelaan M, van de Vooren RC, Kuyvenhoven MM, Kalkman CJ, Verheij TJ, et al. Patient safety culture measurement in general practice. Clinimetric properties of 'SCOPE'. *BMC Fam Pract*. 2011;12:117.

86.Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.

87.Pronovost P, Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Qual Saf Health Care*. 2005;14(4):231-3.

88.Hoffmann B, Domanska OM, Albay Z, Mueller V, Guethlin C, Thomas EJ, et al. The Frankfurt Patient Safety Climate Questionnaire for General Practices (FraSiK): analysis of psychometric properties. *BMJ Qual Saf*. 2011;20(9):797-805.

89. Nordén-Hägg A, Sexton JB, Källemark-Sporröng S, Ring L, Kettis-Lindblad A. Assessing safety culture in pharmacies: the psychometric validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in Sweden. *BMC Clin Pharmacol*. 2010;10:8.
90. Deilkås ET, Hofoss D. Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006). *BMC Health Serv Res*. 2008;8:191.
91. Lee WC, Wung HY, Liao HH, Lo CM, Chang FL, Wang PC, et al. Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using Chinese version Safety Attitude Questionnaire. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:234.
92. Law MP, Zimmerman R, Baker GR, Smith T. Assessment of safety culture maturity in a hospital setting. *Healthc Q*. 2010;13 Spec No:110-5.
93. Gaba DM. Structural and organizational issues in patient safety: a comparison of health care to other high-hazard industries. *California Management Review*. 2000;43:1-20.
94. Kirk S, Parker D, Claridge T, Esmail A, Marshall M. Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. *Qual Saf Health Care*. 2007;16(4):313-20.
95. Van Dyck C, Frese M, Baer M, Sonnentag S. Organizational error management culture and its impact on performance: a two-study replication. *J Appl Psychol*. 2005;90(6):1228-40.
96. Pizzi LT, Goldfarb NI, Nash DB. Procedures for obtaining informed consent. In: *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment, Number 43. Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices Evidence Report/Technology Assessment*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2001.
97. Allen S, Chiarella M, Homer CS. Lessons learned from measuring safety culture: an Australian case study. *Midwifery*. 2010;26(5):497-503.

- 98.Hartmann CW, Meterko M, Rosen AK, Shibe Zhao, Shokeen P, Singer S, et al. Relationship of hospital organizational culture to patient safety climate in the Veterans Health Administration. *Med Care Res Rev.* 2009;66(3):320-38.
- 99.The Health Foundation. Healthcare Leaders Panel Survey 1: Patient Safety. London: The Health Foundation; 2004.
- 100.Härenstam KP, Elg M, Svensson C, Brommels M, Ovretveit J. Patient safety as perceived by Swedish leaders. *Int J Health Care Qual Assur.* 2009;22(2):168-82.
- 101.Reason J. *Managing the Risk of Organizational Accidents*: Ashgate Publishing Ltd, Aldershot, Hants; 1997.
- 102.Zohar D, Tenne-Gazit O. Transformational leadership and group interaction as climate antecedents: a social network analysis. *J Appl Psychol.* 2008;93(4):744-57.
- 103.Rousseau DM. Assessing organizational culture: The case of multiple methods. In: Schneider B, editor. *Organizational climate and culture*. San Francisco, CA: Jossey-Bass 1990. p. 153-92.
- 104.Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, Sinaiko AD, Howard SK, Park KC. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Qual Saf Health Care.* 2003;12(2):112-8.
- 105.Huang DT, Clermont G, Sexton JB, Karlo CA, Miller RG, Weissfeld LA, et al. Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. *Crit Care Med.* 2007;35(1):165-76.
- 106.Pronovost PJ, Weast B, Holzmueller CG, Rosenstein BJ, Kidwell RP, Haller KB, et al. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. *Qual Saf Health Care.* 2003;12(6):405-10.
- 107.Singer SJ, Falwell A, Gaba DM, Baker LC. Patient safety climate in US hospitals: variation by management level. *Med Care.* 2008;46(11):1149-56.
- 108.Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA). *Profesionalización de los directivos de la Salud. Versión 3.2.* 2013.

109. Conway J. Strategies for leadership: Hospital executives and their role in patient safety. American Hospital Association; 2000.
110. Singer SJ, Gaba DM, Falwell A, Lin S, Hayes J, Baker L. Patient safety climate in 92 US hospitals: differences by work area and discipline. *Med Care*. 2009;47(1):23-31.
111. Ginsburg L, Norton PG, Casebeer A, Lewis S. An educational intervention to enhance nurse leaders' perceptions of patient safety culture. *Health Serv Res*. 2005;40(4):997-1020.
112. Connor M, Duncombe D, Barclay E. Organizational change and learning. Creating a fair and just culture: one institution's path toward organizational change. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2007;33:617-24.
113. Mira JJ, Pérez-Jover V, Lorenzo S, Aranaz J, Vitaller J. La investigación cualitativa: una alternativa también válida. *Aten Primaria*. 2004;34:161-5.
114. Martínez M. La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista de Investigación en Psicología*. 2006;9(1):123-46.
115. Alonso LE. La mirada cualitativa en sociología. Madrid: Fundamentos; 1998.
116. Instituto Nacional de Estadística (INE) [Acceso 07/04/2013]. Disponible en: <http://www.ine.es>.
117. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente del SNS. Proyecto SENECA. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008.
118. Indicadores de Buenas Prácticas sobre Seguridad del Paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
119. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008.
120. Cuestionario de percepción destinado a los directivos: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. World Health Organization; 2009 [Acceso 07/04/2013]. Disponible en: http://www.seguridaddelpaciente.es/recursos/documentos/HigieneManos/cuestionario_percepcion_directivos_oms.pdf%5D.

- 121.Hess J, Singer E. The role of respondent debriefing questions in questionnaire development. Proceedings of the American Statistical Association (Survey Research Methods Section). Alexandria, VA: American Statistical Association; 1995.
- 122.Hughes K. Comparing pretesting methods: cognitive interviews, respondent debriefing and behavior coding. Washington DC: Statistical Research Division; 2004.
- 123.Barrio-Cantalejo IM, Simón-Lorda P, Melguizo M, Escalona I, Marijuán MI, Hernando P. [Validation of the INFLESZ scale to evaluate readability of texts aimed at the patient]. *An Sist Sanit Navar*. 2008;31(2):135-52.
- 124.Vlayen A, Hellings J, Claes N, Peleman H, Schrooten W. A nationwide hospital survey on patient safety culture in Belgian hospitals: setting priorities at the launch of a 5-year patient safety plan. *BMJ Qual Saf*. 2012;21(9):760-7.
- 125.Fujita S, Seto K, Ito S, Wu Y, Huang CC, Hasegawa T. The characteristics of patient safety culture in Japan, Taiwan and the United States. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:20.
- 126.Smits M, Wagner C, Spreeuwenberg P, van der Wal G, Groenewegen PP. Measuring patient safety culture: an assessment of the clustering of responses at unit level and hospital level. *Qual Saf Health Care*. 2009;18(4):292-6.
- 127.Etchegaray JM, Thomas EJ. Comparing two safety culture surveys: safety attitudes questionnaire and hospital survey on patient safety. *BMJ Qual Saf*. 2012;21(6):490-8.
- 128.Pringle J, Weber RJ, Rice K, Kirisci L, Sirio C. Examination of how a survey can spur culture changes using a quality improvement approach: a region-wide approach to determining a patient safety culture. *Am J Med Qual*. 2009;24(5):374-84.
- 129.Hellings J, Schrooten W, Klazinga NS, Vleugels A. Improving patient safety culture. *Int J Health Care Qual Assur*. 2010;23(5):489-506.
- 130.Schwendimann R, Zimmermann N, Küng K, Ausserhofer D, Sexton B. Variation in safety culture dimensions within and between US and Swiss Hospital Units: an exploratory study. *BMJ Qual Saf*. 2013;22(1):32-41.

131. Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital Survey on Safety Culture. User comparative database Report. [Acceso 29/03/2013]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/legacy/qual/patientsafetyculture/hospindex.htm>%5D.
132. George WW, Denham CR, Burgess LH, Angood PB, Keohane C. Leading in crisis: lessons for safety leaders. *J Patient Saf.* 2010;6(1):24-30.
133. Dixon-Woods M, McNicol S, Martin G. Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from the Health Foundation's programme evaluations and relevant literature. *BMJ Qual Saf.* 2012;21(10):876-84.
134. Legido-Quigley H, Otero L, Parra D, Alvarez-Dardet C, Martin-Moreno JM, McKee M. Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? *BMJ.* 2013;346:f2363.
135. Gayán-Jiménez T. Los factores característicos de las directivas españolas a la hora de ejercer liderazgo. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2007.
136. Ruiz-Lopez P, Carrasco-Gonzalez I. Liderazgo en la seguridad del paciente. *Rev Calid Asist.* 2010;25(2):55-7.
137. Suñol R, Vallejo P, Groene O, Escaramis G, Thompson A, Kutryba B, et al. Implementation of patient safety strategies in European hospitals. *Qual Saf Health Care.* 2009;18 Suppl 1:i57-61.
138. Estrategia para la seguridad del paciente. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2006 [Acceso 07/04/2013]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/estrategia_seguridad_paciente/estrategia_seguridad_paciente.pdf%C2%A0%C2%A0%C2%A0%C2%A0%C2%A0%C2%A0%C2%A0%C2%A0%C2%A0%5D.
139. Plan estratégico del Servicio Extremeño de Salud 09-12. Cáceres: Servicio Extremeño de Salud. Junta de Extremadura; 2009.
140. Informe de actividades de Seguridad del Paciente en Aragón 2005-2012. Unidad Funcional de Seguridad del Paciente. Servicio Aragonés de Salud; 2011.

141. Comité Europeo de sanidad. Comité de expertos en la gestión de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria. La prevención de efectos adversos en la atención sanitaria: un enfoque sistémico. Estrasburgo: Consejo de Europa; 2004.

142. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [Acceso 08/07/2012]. Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/24/48/40401929.pdf>

143. Obón-Azuara MB. Percepción de los profesionales sanitarios acerca de los registros de incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente. Máster Oficial Universitario en Salud Pública. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2012.

144. Rome-Casabona CM, Urruela-Mora A, Libano-Beristain A. Establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos: aspectos legales. La notificación de eventos adversos en el sector sanitario: perspectiva de derecho comparado: segundo informe, diciembre 2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

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

146. Instituto para el Uso Seguro del Medicamento [Acceso 17/06/2013]. Disponible en: <http://www.usal.es/ismp>

147. Sistema de notificación para el Uso Seguro del Medicamento [Acceso 17/06/2013]. Disponible en: <http://www.ismpespana.org/estaticos/view/20%C2%A0>

148. Sistema de notificación de sospechas sobre reacciones adversas. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. [Acceso 25/05/2013]. Disponible en: <http://www.agemed.es/profHumana/farmacovigilancia/home.htm>

149. Sistema Español de Notificación en Anestesia y Reanimación (SENSAR) [Acceso 25/05/2013]. Disponible en: <https://http://www.sensar.org/>

150. Sistema de notificación. TPSC Cloud TM de Antares Consulting [Acceso 25/05/2013]. Disponible en: <http://www.antares-consulting.com/jornadas/SEGPAC13/DAVINS.pdf>

151.Boletín Epidemiológico de Aragón [Acceso 17/06/2013]. Disponible en: [http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/AreasTematicas/SanidadProfesionales/SaludPublica/VigilanciaEpidemiologica/ci.Bolet%3%ADn-Epidemiol%3%B3gico-de-Arag%3%B3n.detalleDepartamento?channelSelected=7ce514d66d9cb210VgnVCM100000450a15acRCRD\).%5D](http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/AreasTematicas/SanidadProfesionales/SaludPublica/VigilanciaEpidemiologica/ci.Bolet%3%ADn-Epidemiol%3%B3gico-de-Arag%3%B3n.detalleDepartamento?channelSelected=7ce514d66d9cb210VgnVCM100000450a15acRCRD).%5D).

152.Wu AW, Steckelberg RC. Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse? *BMJ Qual Saf.* 2012;21(4):267-70.

153.Pronovost P, Weast B, Rosenstein B. Implementing and validating a comprehensive unit-based safety program. *J Patient Saf.* 2005;1:33-40.

154.Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias [Acceso 17/06/2013]. Disponible en: <http://www.semes.org/index.php%5D>.

155.Curso de instructores en soporte vital avanzado. Sociedad Española de Medicina Intensiva y Cuidados Críticos [Acceso 17/06/2013]. Disponible en: <http://www.semicyuc.org/temas/formacion/formacion-no-semicyuc/curso-de-instructores-en-soporte-vital-avanzado-madrid-15-7-f%5D>.

156.Curso de simulación. Manejo de Eventos Críticos en Anestesiología. Sociedad Española de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor [Acceso 17/06/2013]. Disponible en: <https://http://www.sedar.es/formacion-continuada.html%5D>.

157.Aboumatar HJ, Thompson D, Wu A, Dawson P, Colbert J, Marsteller J, et al. Republished: development and evaluation of a 3-day patient safety curriculum to advance knowledge, self-efficacy and system thinking among medical students. *Postgrad Med J.* 2012;88(1043):545-51.

158.Okuyama A, Martowiriono K, Bijnen B. Assessing the patient safety competencies of healthcare professionals: a systematic review. *BMJ Qual Saf.* 2011;20(11):991-1000.

159.Boletín Oficial de Aragón [Acceso 17/06/2013]. Disponible en: <http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VERLST&DOCS=1-200&BASE=BOLE&SEC=FIRMA&SEPARADOR=&PUBL=20130613%5D>.

160.de Vries EN, Prins HA, Bennink MC, Neijenhuis P, van Stijn I, van Helden SH, et al. Nature and timing of incidents intercepted by the SURPASS checklist in surgical patients. *BMJ Qual Saf.* 2012;21(6):503-8.

161.Singh SS, Mehra N, Hopkins L. Surgical safety checklist in obstetrics and gynaecology. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013;35(1):82-3.

162.Rydenfält C, Johansson G, Odenrick P, Åkerman K, Larsson PA. Compliance with the WHO Surgical Safety Checklist: deviations and possible improvements. *Int J Qual Health Care.* 2013;25(2):182-7.

163.Ruiz-Moral R. Participación del paciente en la toma de decisiones en atención primaria: una herramienta para su medición. *Aten Primaria.* 2010;42(5):257-65.

164.Conferencia de EHealth de la Comisión Europea de Copenhague [Acceso 25/05/2013]. Disponible en: <http://worldofhealthit.org/2012/%5D>.

165.Patients for Patient [Acceso 17/06/2013]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/%5D.

166.Declaración y compromiso de los pacientes por la seguridad en el SNS [Acceso 24/02/2013]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Declaracion_pacientes.pdf%5D.

167.Red Ciudadana de Formadores en Seguridad del Paciente [Acceso 24/02/2013]. Disponible en : <http://formacion.seguridaddelpaciente.es>].

168.La perspectiva de los ciudadanos por la seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

169.Forro Español de Pacientes. Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes 2003 [Acceso 24/02/2013]. Disponible en: <https://http://www.facebook.com/foropacientes%5D>.

170.Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [Acceso 24/02/2013]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/consumer/%C2%A0%5D>.

171. Journal of American Medical Association (JAMA) [Acceso 24/02/2013]. Disponible en: http://jama.ama-assn.org/cgi/collection/patient_page%5D.

172. Universidad de los Pacientes [Acceso 24/02/2013]. Disponible en: <http://www.universidadpacientes.org/%5D>.

173. Programa SPEAK UP [Acceso 24/02/2013]. Disponible en: <http://www.jointcommission.org/speakup.aspx%C2%A0%5D>.

174. Salud Informa [Acceso 29/05/2013]. Disponible en: http://www.saludinforma.es/opencms/export/SALUD_1/04_Temas_de_salud/Documentos/seguridad_pacientes.pdf%5D.

175. Jamal A, O'Grady G, Harnett E, Dalton D, Andresen D. Improving hand hygiene in a paediatric hospital: a multimodal quality improvement approach. *BMJ Qual Saf.* 2012;21(2):171-6.

176. Etchells E, Koo M, Daneman N, McDonald A, Baker M, Matlow A, et al. Comparative economic analyses of patient safety improvement strategies in acute care: a systematic review. *BMJ Qual Saf.* 2012;21(6):448-56.

177. Escribá V. Diseño de cuestionarios. *Quaderns de salut pública i administració de serveis de Salut*, 14. Valencia: Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública; 1997.

178. European Society for Quality in Healthcare. Use of Patient Safety Culture Instruments and Recommendations. European Union Network for Safety Patient. Disponible en (acceso 10/08/2012): <http://www.esqh.net%C2%A02010>.

179. Mira JJ, Lorenzo S, Vitaller J, Ziadi M, Ortiz L, Ignacio E. El punto de vista de los pacientes sobre la seguridad clínica de los hospitales: Validación del Cuestionario de Percepción de Seguridad. *Rev méd Chile* [revista en la Internet] 2009;137(11):1441-8.

180. Goldthorpe JH. De la sociología. Números, narrativas e integración de la investigación y la teoría. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2010.

181. Dixon-Woods M, Shaw RL, Agarwal S, Smith JA. The problem of appraising qualitative research. *Qual Saf Health Care.* 2004;13(3):223-5.

Capítulo VIII. Anexos

VIII. Anexos

VIII.1. Cuestionario de Cultura de la Seguridad del Paciente para Directivos y Gestores “De la dirección a la acción” (CCSPDG).

Cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores

“De la dirección a la acción”

Este documento debe citarse como: Cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores. *“De la dirección a la acción”*. Giménez-Júlvez T, Gutiérrez-Cía I, Aibar-Remón C. Zaragoza: Servicio Aragonés de Salud; 2011.

Estimado amigo/a:

En el marco de la *Estrategia de Seguridad del Paciente* promovida por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y asumida por todas las Comunidades Autónomas, desde el año 2005 se han venido desarrollando diferentes estudios de investigación destinados a conocer tanto los incidentes y eventos adversos más comunes relacionados con la asistencia sanitaria, como los factores que determinan la seguridad del paciente (SP).

Una de las cuestiones que ha tomado mayor relevancia en los últimos tiempos, no sólo en materia de seguridad, es que el liderazgo es fundamental para conseguir el éxito deseado a la hora de implementar estrategias.

En diversos países se han realizado estudios en esta materia pero todavía no se ha realizado ninguno en nuestro país sobre el liderazgo y la SP.

Actitudes, conocimientos y comportamientos de los gestores y directivos de las organizaciones sanitarias son fundamentales a la hora de priorizar acciones de mejora en materia de seguridad. Por eso, esta encuesta tiene como objetivo explorar las opiniones, actitudes, percepciones, comportamientos, prioridades y acciones desarrolladas en SP entre profesionales con responsabilidades gestoras y directivas del Servicio Aragonés de Salud (SALUD) y del Departamento de Salud y Consumo.

En este sentido consideramos fundamental su colaboración mediante la cumplimentación de este cuestionario. Siguiendo los principios éticos de la buena investigación el estudio ha sido presentado y aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica de Aragón y autorizado por la Dirección Gerencia del SALUD y las Direcciones Generales de Planificación y Aseguramiento y Atención al Usuario del Departamento. La encuesta es anónima y voluntaria. Toda la información obtenida se gestionará respetando de manera rigurosa la confidencialidad.

¿Cuál es nuestro compromiso?

Cumplir las buenas prácticas en investigación, asegurando la confidencialidad y el anonimato en relación con sus respuestas.

Facilitarle el acceso a la información una vez concluida la investigación tanto del informe final como de las publicaciones que puedan derivarse.

¿Qué esperamos conseguir?

Profundizar en el conocimiento de las actitudes, percepciones, comportamientos de los directivos y gestores de Aragón en materia de seguridad del paciente.

Identificar las acciones que desarrollan en sus ámbitos de trabajo y priorizar un conjunto de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente en el SALUD.

Evaluar la efectividad de diversas medidas en relación a las Buenas Prácticas.

Establecer cuáles son las bases para conocer las barreras a la hora de implementar estrategias en seguridad del paciente.

Facilitar el desarrollo de estrategias de seguridad del paciente en Aragón.

¿En qué consiste su colaboración?

Lea y conteste todos los ítems del cuestionario. Sabemos que el tiempo es un bien muy escaso por eso estimamos que se realiza en menos de 20 minutos.

Puede cumplimentarlo en formato electrónico o bien imprimirlo y enviarlo en formato papel.

El envío puede hacerlo por email, correo interno o postal a la siguiente dirección **antes del 11 de abril**.

A/A Dirección de Coordinación Asistencial Servicios Centrales del Salud.

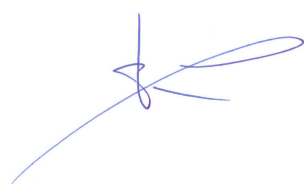
Edificio Plaza de la Convivencia - Plaza de la Convivencia, 2, 50071 Zaragoza (Zaragoza).

Email: epueyog@aragon.es

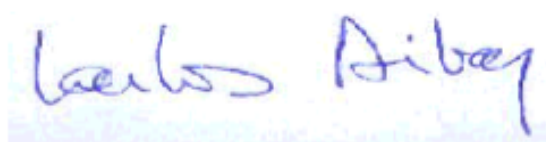
Para cualquier duda o aclaración no dude en ponerse en contacto con nosotros en la dirección email mtgimenez@salud.aragon.es o en el teléfono 976556400 ext 162413 (A/A Teresa Giménez Júlvez).

Le agradecemos de antemano su colaboración y su tiempo, y quedamos a su entera disposición por si precisase cualquier aclaración o información adicional.

Un cordial saludo,



Pascual Moreno Nuñez
Director de Coordinación Asistencial del
Servicio Aragonés de Salud



Carlos Aibar Remón
Referente de Seguridad de Pacientes en Aragón

Instrucciones

Por favor, lea atentamente estas instrucciones antes de empezar a contestar el cuestionario.

El cuestionario se estructura en 12 apartados y 87 ítems con información complementaria que hace referencia a *datos sociodemográficos* del encuestado y del ámbito de trabajo que nos ayudarán a conocer el perfil de los mismos.

Le rogamos preste especial atención a tres cuestiones a lo largo del cuestionario:

Cuando utilicemos el término organización, nos referimos a su ámbito de trabajo (Gobierno de Aragón, Servicios Centrales del Servicio Aragonés de Salud, Gerencias de Atención Primaria, Hospitales). Cuando se pregunte específicamente por el SALUD debe contestar pensando en el conjunto de los servicios sanitarios de nuestra Comunidad.

El término profesional hace referencia tanto a profesionales sanitarios (médicos, médicos residentes, personal de enfermería) como a no sanitarios (al resto de los trabajadores, administrativos, celadores, trabajadores sociales...).

El cuestionario se contesta en el propio documento, marcando una cruz en el espacio habilitado para ello.

La escala de medida utilizada es la siguiente:

A= No se ha realizado ninguna iniciativa para implementar este punto.

B= Este punto se ha debatido para su posible implementación, pero no se ha implementado.

C= Este punto se ha implementado parcialmente en algunas o todas las áreas de la organización (sector, gerencia, hospital...).

D= Este punto se ha implementado completamente en algunas áreas de la organización (sector, gerencia, hospital...).

E= Este punto se ha implementado completamente en toda la organización (sector, gerencia, hospital...).

Para los puntos de autoevaluación con varios componentes (p.ej ítem 39, El SALUD utiliza listados de verificación, protocolos, recordatorios...) hay que considerar una implementación completa (una valoración de D o E) sólo si están implementados todos los componentes. Si se han

implementado sólo uno o algunos de los componentes parcial o totalmente en la organización, la puntuación no debe sobrepasar la C.

Se ha incluido un Glosario con los términos más utilizados en el campo de la seguridad del paciente para facilitar la comprensión del cuestionario. Por favor, léalo y utilícelo si encuentra algún término con el que no está familiarizado.

Glosario de términos

Con el fin de utilizar una terminología común, se incluye a continuación una serie de definiciones de uso generalizado que se utilizan en este estudio^a:

Seguridad del paciente (SP): Identificación, análisis y gestión de los riesgos e incidentes relacionados con los pacientes con el propósito de mejorar la seguridad de la asistencia que se les presta y reducir al mínimo los daños que puedan sufrir.

Cultura de seguridad de una organización: 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.

Riesgo: Probabilidad, alta o baja, de que alguien o algo vaya a resultar dañado por un peligro, multiplicada por la gravedad del posible daño.

Gestión de riesgos: Actividades clínicas, administrativas e industriales que las organizaciones emprenden con miras a identificar, evaluar y reducir el riesgo de lesión para los pacientes, el personal y los visitantes, y el riesgo de pérdidas para la propia organización.

Organización de la atención sanitaria: Institución o entidad que presta, coordina y/o asegura servicios de atención sanitaria para las personas.

Fallos del sistema: Defecto, interrupción o disfunción de los métodos operativos, del diseño, el entorno, los procesos, o la infraestructura de una organización.

Incidente relacionado con la seguridad del paciente (ISRP): Evento o circunstancia que ha ocasionado un daño innecesario a un paciente o podría haberlo hecho.

Evento adverso (EA): Incidente que causa daño involuntario mensurable en el estado de un paciente, no debido a su enfermedad de fondo, y que se produce en el curso de la atención médica.

^a World Health Organization. Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico. WHO 2009

I. Compromiso de la organización

A	No se ha considerado este punto
B	Se ha considerado, pero no se han implementado
C	Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas
D	Completamente implementado en algunas áreas
E	Completamente implementado en todas las áreas
NS	No sabe

I. Compromiso de la organización	I.1. Valorar si la seguridad del paciente es una de las prioridades de la organización	A	B	C	D	E	NS
	1. La seguridad del paciente (SP) se ha adoptado como un objetivo estratégico del SALUD.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. La seguridad del paciente se ha adoptado como un objetivo estratégico de nuestro Equipo Directivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. En su ámbito de trabajo (sector, gerencia, hospital) se asignan recursos para llevar a cabo iniciativas de seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. La gestión de riesgos* está integrada en el SALUD.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. El SALUD supervisa la seguridad del paciente en toda la organización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Una comisión supervisa la seguridad del paciente dentro de ámbitos concretos de trabajo (sector, gerencia, hospital).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Un miembro de la dirección supervisa regularmente la implementación de las iniciativas de seguridad del paciente en su ámbito de trabajo (sector, gerencia, hospital).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. El SALUD promueve desarrollar alianzas para involucrar a los pacientes/usuarios en su seguridad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9. Nuestro Equipo de Dirección promueve que los pacientes se involucren en su seguridad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. Se han desarrollado acciones para que los profesionales de los sectores, gerencias, servicios y unidades conozcan y apliquen la gestión del riesgo* en su trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Puede ver el significado en el Glosario.

Si lo desea puede realizar algún comentario (1000 caracteres)

I. Compromiso de la organización

A	No se ha planteado este punto
B	Se ha considerado, pero no se han implementado
C	Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas
D	Completamente implementado en algunas áreas
E	Completamente implementado en todas las áreas
NS	No sabe

I. Compromiso de la organización	I.2. Valorar si promovemos una cultura no punitiva compartiendo información y aprendiendo de los errores	A	B	C	D	E	NS
11.	Cuando ocurre un incidente relacionado con la seguridad del paciente (IRSP*) en nuestro ámbito de trabajo (SALUD, sector, gerencia, hospital) se promueve una actitud no punitiva con el fin de implicar a pacientes y profesionales en la búsqueda de soluciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	En los diferentes Órganos de Dirección (Comisiones de Dirección, Juntas Técnico Asistenciales...) se tratan temas de seguridad del paciente, se informan los IRSP y sus posibles soluciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	En el Gobierno de Aragón se dispone de asesoría legal a la que recurrir cuando ha ocurrido un incidente relacionado con la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	El SALUD dispone de asesoría psicológica a la que recurrir cuando ha ocurrido un incidente relacionado con la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Cuando un IRSP trasciende a la opinión pública, el SALUD nos asesora en el momento de informar a los medios de comunicación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Puede ver el significado en el Glosario.

Si lo desea puede realizar algún comentario (1000 caracteres)

II. Planificación estratégica

A	No se ha planteado este punto
B	Se ha considerado, pero no se han implementado
C	Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas
D	Completamente implementado en algunas áreas
E	Completamente implementado en todas las áreas
NS	No sabe

II. Planificación estratégica	Valorar si llevamos a cabo una evaluación sobre el riesgo de error y los eventos adversos de forma rutinaria en toda la organización.	A	B	C	D	E	NS
16.	En el Plan Estratégico del SALUD/sector/hospital/centro de salud se incluye una línea de trabajo en seguridad del paciente con objetivos a medio y largo plazo revisada periódicamente por el Equipo Directivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Se han desarrollado indicadores del sistema de gestión de riesgos* y de las líneas de trabajo en seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Se realiza una evaluación mediante la revisión de indicadores de SP*.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Cuando se detecta algún aspecto de SP* que precisa llevar a cabo acciones de mejora, se desarrolla un plan por escrito de dichas acciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	En el proceso de adquisición y compra de medicamentos, productos sanitarios, aparataje y dispositivos se incluyen criterios de seguridad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Puede ver el significado en el Glosario.

III. Información y análisis

III. Información y análisis	Valorar si se analizan los eventos adversos e identifican áreas de mejora a través de los mismos.	A	B	C	D	E	NS
21.	El SALUD ofrece a todos sus profesionales un sistema de notificación sencillo, de fácil acceso y confidencial para los riesgos conocidos y los incidentes relacionados con la SP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Se utilizan de forma regular los resultados obtenidos a través de las no conformidades e incidencias de las certificaciones y acreditaciones para priorizar las acciones de mejora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Se integran en la planificación de la mejora de la calidad todos los conocimientos de SP* obtenidos a través de las sugerencias y reclamaciones de los pacientes y de encuestas de satisfacción de los profesionales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	El análisis de eventos adversos* se lleva a cabo por profesionales con experiencia en seguridad del paciente y formación en gestión del riesgo*.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Cuando se produce un IRSP* disponemos de un sistema de alertas que consigue informar a las personas adecuadas en el momento oportuno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Puede ver el significado en el Glosario.

Si lo desea puede realizar algún comentario (1000 caracteres)

IV. Personal

A	No se ha planteado este punto
B	Se ha considerado, pero no se han implementado
C	Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas
D	Completamente implementado en algunas áreas
E	Completamente implementado en todas las áreas
NS	No sabe

IV. Personal	IV.1 Valorar si se promueve la formación y reconocimiento en SP*	A	B	C	D	E	NS
26. El SALUD realiza actividades formativas para promocionar la seguridad del paciente entre sus profesionales.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Se reconoce la participación en proyectos de mejora de la seguridad y de la calidad en la carrera profesional, baremos de puntuación para oposiciones o movilidad interna.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Puede ver el significado en el Glosario.

IV. Personal	IV.2 Valorar si se fomenta un trabajo en equipo eficaz y una mejora de la comunicación	A	B	C	D	E	NS
28. Existe un programa formativo teórico-práctico para desarrollar las competencias clínicas de forma interactiva y las habilidades de trabajo en equipo.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Se promueve la utilización de técnicas de simulación (role playing) para mejorar la comunicación interpersonal y del equipo en entornos de alto riesgo.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Los sistemas de información potencian la comunicación entre profesionales de diferentes ámbitos asistenciales (atención primaria, especializada, centros sociosanitarios) para evitar eventos adversos*.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. El Equipo Directivo pone los medios necesarios adecuando las plantillas y reestructurando la organización del centro/servicios para evitar que el personal trabaje bajo presión.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. El Equipo Directivo potencia el desarrollo de planes formativos para fomentar las competencias básicas de la mejora continua, la comunicación franca, la innovación y resolución de problemas.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Puede ver el significado en el Glosario.

Si lo desea puede realizar algún comentario (1000 caracteres)

V. Normativas y procedimientos

A	No se ha planteado este punto
B	Se ha considerado, pero no se han implementado
C	Parcialmente implementado en algunas o todas las áreas
D	Completamente implementado en algunas áreas
E	Completamente implementado en todas las áreas
NS	No sabe

V. Normativas y procedimientos	Valorar la implementación de mejoras en la prestación de la asistencia sanitaria para evitar depender de la memoria y de la vigilancia continua.	A	B	C	D	E	NS
33.	El SALUD utiliza listados de verificación (checklist), protocolos, procesos, recordatorios y estandariza los equipos, las formas, tiempos y lugares para evitar depender de la memoria y reducir el riesgo en la prestación de la asistencia sanitaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	El rediseño de procesos es pilotado y se comprueba su efectividad antes de su aplicación generalizada para identificar nuevas fuentes de fallo del proceso y/o eventos adversos derivados del cambio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI. La participación del paciente y su familia

VI. Participación del paciente y su familia	Valorar si se involucra a los pacientes y a sus familias en el diseño de procesos de trabajo, en la prestación de la asistencia sanitaria y en la retroalimentación de la información	A	B	C	D	E	NS
35.	Se han establecido mecanismos de respuesta inmediata para informar y pedir disculpas al paciente y a su familia cuando ocurre un evento adverso* con consecuencias sobre la salud del paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	Los pacientes y sus familias participan activamente en la resolución de problemas y en la mejora de la calidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	Los pacientes y sus familias reciben la información y la educación que necesitan para participar plenamente en el cuidado de su salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	La información para pacientes y los materiales para su formación se han diseñado y entregado en formatos útiles que se adecuen a las necesidades de alfabetización y culturales (diferentes idiomas...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Puede ver el significado en el Glosario.

Si lo desea puede realizar algún comentario (1000 caracteres)

VII. Actitudes directivas frente a la seguridad del paciente

En este apartado, debe prestar atención a que la escala de valoración utilizada es diferente al resto de los apartados (muy en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo, muy de acuerdo y no sabe (NS)).

VII. Actitudes directivas y opiniones frente a la seguridad del paciente en su centro de trabajo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	NS
39. Cuando ha ocurrido un evento adverso*, los profesionales de mi centro tienen una actitud temerosa al hablar conmigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Los profesionales de mi centro perciben que la seguridad del paciente* es un aspecto prioritario de mi agenda y de mis prioridades como directivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Los directivos escuchamos con respeto las opiniones y valoraciones de los profesionales en relación con la seguridad del paciente con independencia de su rango.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Los directivos animamos al personal a expresar puntos de vista alternativos y a expresar libremente cualquier desacuerdo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Los directivos pasamos por alto fallos relacionados con la asistencia sanitaria que ocurren una y otra vez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Los directivos a menudo tomamos decisiones basadas en lo que es mejor para el centro/gerencia/sector 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"/>
45. Cuando hay un problema en nuestro centro/ gerencia/ sector, valoramos si necesitamos cambiar la manera en qué hacemos las cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. La gerencia/dirección sólo parece que nos interesamos por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún evento adverso en un paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Puede ver el significado en el Glosario.

Si lo desea puede realizar algún comentario (1000 caracteres)

VIII. Puntuación Global

47. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en:

a. Su organización

b. Su ámbito de trabajo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IX. Priorización de Buenas Prácticas

Asuma que en la gestión en su ámbito de trabajo (SALUD/sector/gerencia/hospital) debe desarrollar prácticas relacionadas con la seguridad de los pacientes. En su opinión, seleccione diez prácticas y ordenélas del 1 al 10, de las más prioritarias a las menos prioritarias. (Ítem 48).

	Práctica	Puntuación
1	Cuidado de la higiene (ej. Higiene de manos)	
2	Gestión de riesgos	
3	Sistemas de notificación	
4	Cirugía segura	
5	Involucrar a los pacientes en su propia seguridad	
6	Identificación del paciente	
7	Prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria	
8	Mejorar la comunicación	
9	Uso seguro del medicamento	
10	Alertas sanitarias y de productos sanitarios	
11	Prevención de las úlceras por presión	
12	Estandarizar equipos y procesos	
13	Implantación de la historia clínica electrónica	

XI. Efectividad de Buenas Prácticas

En su opinión, ¿cuál sería la efectividad en su ámbito de trabajo (SALUD/sector/gerencia/hospital) de las siguientes medidas destinadas a mejorar de forma permanente la higiene de manos y la seguridad en cirugía, incluidas ambas en la Estrategia de Seguridad de Pacientes de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud..

I. Buena práctica	Mejorar la higiene de manos	Poco efectivo	Algo efectivo	Indiferente	Bastante efectivo	Muy efectivo
	1. Que los directivos de su institución apoyen y promuevan abiertamente la higiene de manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Que en su centro exista un preparado de base alcohólica en cada punto de atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Que existan carteles sobre higiene de manos en los puntos de atención a modo de recordatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Que todos los profesionales sanitarios reciban formación sobre la higiene de manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Que los profesionales sanitarios reciban retroalimentación sobre cómo realizan la higiene de manos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Que se invite a los pacientes a recordar a los profesionales sanitarios que deben realizar una buena higiene de las manos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Buena práctica	Cirugía segura	Poco efectivo	Algo efectivo	Indiferente	Bastante efectivo	Muy efectivo
	1. Que los directivos de su institución apoyen y promuevan abiertamente la cirugía segura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Que en su centro exista un listado de verificación (checklist) sobre seguridad en cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Que todos los profesionales sanitarios reciban formación sobre cirugía segura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Que los profesionales sanitarios reciban retroalimentación sobre los resultados en cirugía segura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Que se invite a los pacientes a participar activamente en la cumplimentación de los listados de verificación cuando se les pregunte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

XII. Información complementaria

1. ¿Cuál es su profesión?. Marque una sola respuesta.
 Médico Otra licenciatura/diplomatura
 Enfermero/a Otros
2. ¿En qué año empezó a desempeñar su profesión? En el año .
3. ¿En qué año empezó a trabajar en este hospital/gerencia/sector/Departamento/Servicios Centrales del SALUD? En el año .
4. ¿En qué año empezó a trabajar en el puesto directivo que ocupa ? En el año .
5. ¿Cuál es su cargo actual?
 Gerente de Sector Subdirector de enfermería
 Director de centro Subdirector de gestión
 Director de enfermería Responsable médico de calidad
 Director de Gestión Responsable de enfermería de calidad
 Subdirector médico Otros
6. Ámbito de atención
 Atención primaria Servicios centrales (SALUD, Departamento)
 Atención especializada Universidad
7. Tamaño del centro (en caso de hospital)
 Grande (más de 500 camas) Pequeño (hasta 200 camas)
 Mediano (entre 200 y 500 camas) No se aplica/ no se sabe
8. Centro de trabajo con docencia postgrado (Formación acreditada de médicos/enfermería interna residente, entre otras)
 Si No
9. Compatibiliza tareas de gestión/calidad con asistenciales. Si No
10. ¿Tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente, liderazgo, errores o notificaciones de incidentes en su organización, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés? (2000 caracteres).

Muchas gracias por su tiempo y su colaboración

VIII.2. Cartas de presentación

VIII.2.1. Carta de presentación para directivos



Departamento de Salud y Consumo



Estimado amigo,

Como bien sabes, una de las prioridades del SALUD y de sus equipos directivos es mejorar la calidad y la seguridad del paciente en nuestros centros asistenciales. En este sentido, estamos realizando en colaboración con la Unidad Funcional de Seguridad del Paciente un estudio para conocer mejor la cultura de la seguridad del paciente de los directivos y gestores.

Te adjunto un cuestionario que puede ser cumplimentado en formato electrónico o bien imprimirlo y realizarlo en formato papel. Se hace en menos de 20 minutos.

El tratamiento de la información será anónimo, pero necesitamos hacer seguimiento de los cuestionarios recibidos para poder reclamar aquellos que estuvieran pendientes. Para ello, los cuestionarios se recopilarán en la Dirección de Coordinación Asistencial y se remitirán sin identificación personal a la Unidad Funcional de Seguridad del Paciente.

El cuestionario cumplimentado puede ser remitido:

- en archivo informático, desde la dirección de correo electrónico de cada directivo (o si es desde otra indicando en el mensaje a qué persona/s corresponde el envío), a la atención de Erme Pueyo, <mailto:epueyo@aragon.es>epueyo@aragon.es, o
- en papel, por correo interno con identificación exterior del remitente, a: Dirección de Coordinación Asistencial, Servicio Aragonés de Salud, Plaza de la Convivencia, 2, 50071 Zaragoza.

La fecha límite para recibir los cuestionarios es el martes 26 de abril.

Una vez concluida la investigación se te facilitará el acceso a la toda la información y a las publicaciones que de ella se pudieran derivar.

Agradeciendo de antemano tu colaboración, recibe un cordial saludo.

Pascual Moreno Núñez | Servicio Aragonés de Salud
Director del Área de Coordinación Asistencial
Plaza de la Convivencia, 2, 50017 Zaragoza.

Estimado amigo:

Como bien sabes, una de las prioridades del SALUD es mejorar la calidad y la seguridad del paciente en nuestros centros asistenciales. En este sentido, estamos realizando en colaboración con la Dirección de Coordinación Asistencial del SALUD un estudio para conocer mejor la cultura de la seguridad del paciente de los directivos y gestores.

Dicho cuestionario se ha remitido a todos los Equipos Directivos del SALUD, a través de la Dirección de Coordinación Asistencial, pero creemos fundamental vuestra participación en el proyecto, ya que los responsables de calidad sois un factor clave en el desarrollo de la Estrategia de Seguridad en Aragón y estáis trabajando en contacto directo con los Equipos Directivos.

Agradeceríamos tu colaboración en la investigación mediante realización de este cuestionario que te enviamos y que se ha remitido igualmente a todos los equipos directivos del SALUD. El mismo se realiza en menos de 20 minutos y puede ser cumplimentado en formato electrónico o bien imprimirlo y realizarlo en formato papel. El tratamiento de la información garantizará, cumpliendo los principios de buena investigación, confidencial y anónimo.

Como es preciso hacer un seguimiento de los cuestionarios recibidos para poder reclamar aquellos que estuvieran pendientes, los cuestionarios se recopilarán en la Dirección de Coordinación Asistencial y se remitirán sin identificación personal a la Unidad Funcional de Seguridad del Paciente.

El cuestionario cumplimentado puede ser remitido de dos maneras:

- En archivo informático, desde la dirección de correo electrónico de cada directivo (o si es desde otra indicando en el mensaje a qué persona/s corresponde el envío), a la atención de Erme Pueyo, epueyo@aragon.es
- En papel, por correo interno con identificación exterior del remitente, a: Dirección de Coordinación Asistencial, Servicio Aragonés de Salud, Plaza de la Convivencia, 2, 50071 Zaragoza.

La fecha límite para recibir los cuestionarios es el miércoles 13 de abril.

Una vez concluida la investigación se te proporcionará el acceso a la toda la información y a la documentación que de ella se pudieran derivar. Asimismo, no dudes en hacernos llegar cualquier comentario o duda que consideres oportunos. Agradeciendo de antemano tu colaboración, recibe un cordial saludo.

Carlos Aibar Remón,
Teresa Giménez Júlvez
Unidad Funcional de Seguridad de Pacientes del Servicio Aragonés de Salud
Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Clínico Lozano Blesa. Avda San Juan Bosco 15, 50009 Zaragoza.
Tlf: [+34 976 76 57 00](tel:+34976765700) ext 162414. Mail: mtgimenez@salud.aragon.es

VIII.2.3. Carta de presentación para responsables sindicales



Estimado amigo:

Desde la Unidad Funcional de Seguridad del Paciente del SALUD, ubicada en el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Clínico, se va a desarrollar un proyecto con el objetivo de conocer mejor la llamada cultura de la seguridad entre los líderes y directivos del SALUD. En definitiva: qué hacen, que piensan y que opinan.

Para ello, hemos utilizado un cuestionario adaptado ya utilizado en otros entornos asistenciales. Dicho cuestionario se ha remitido ya, tanto a los Equipos Directivos del SALUD, a través de la Dirección de Coordinación Asistencial, como a las Unidades de Calidad de todos los sectores, pero como bien sabes, nuestro sistema sanitario tiene algunos hechos diferenciales al respecto. En este sentido, entendemos que "lideran" no sólo quienes tienen un puesto directivo formal, sino también quienes tienen capacidad de influir sobre los conocimientos, actitudes y formas de hacer la práctica asistencial. Por ello, hemos creído fundamental encuestar a profesionales de las organizaciones sindicales.

Te adjunto el cuestionario que puede ser cumplimentado en formato electrónico o bien imprimirlo y realizarlo en formato papel. Se hace en menos de 20 minutos.

El tratamiento de la información obtenida garantizará el anonimato y la confidencialidad.

Los cuestionarios cumplimentados pueden ser remitidos hasta el **30 de junio**:

- En archivo informático a la atención de Teresa Giménez (mtgimenez@salud.aragon.es)
- En papel, por correo interno a:
 A\A Teresa Giménez Júlvez
 Adjunto M. Preventiva y Salud Pública
 Unidad Funcional de Seguridad de Pacientes del Servicio Aragonés de Salud
 Hospital Clínico Lozano Blesa
 Avda San Juan Bosco 15, 50009 Zaragoza.

Una vez concluida la investigación se te facilitará el acceso a toda la información y a las publicaciones que de ella se pudieran derivar.

Agradeciendo de antemano tu colaboración, recibe un cordial saludo.

Carlos Aibar Remón,
 Teresa Giménez Júlvez
 Unidad Funcional de Seguridad de Pacientes del Servicio Aragonés de Salud
 Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Clínico Lozano Blesa.
 Avda San Juan Bosco 15, 50009 Zaragoza.
 Tlf: [+34 976 76 57 00](tel:+34976765700) ext 162414. Mail: mtgimenez@salud.aragon.es

VIII.3. Cartas de recordatorio



Estimado amigo:

Me pongo en contacto contigo para comunicarte que el plazo para la entrega de los cuestionarios se ha ampliado hasta el X inclusive.

Agradeciendo de antemano tu colaboración, recibe un cordial saludo,

Pascual Moreno Núñez | Servicio Aragonés de Salud
Director del Área de Coordinación Asistencial
Plaza de la Convivencia, 2, 50017 Zaragoza.

VIII.4. Carta de agradecimiento



Estimado amigo:

A través de este mensaje, quiero agradecer tu participación en el estudio que se realizó en el pasado mes de mayo para conocer la cultura de la seguridad del paciente en los directivos y gestores en colaboración con la Unidad Funcional de Seguridad del Paciente. La tasa de cumplimentación del cuestionario fue elevada por lo que estamos convencidos de que los resultados que vamos a obtener nos serán de utilidad.

Una vez concluida la investigación se te facilitará el acceso a toda la información y a las publicaciones que de ella se pudieran derivar.

Agradeciendo de antemano tu colaboración, recibe un cordial saludo,

Pascual Moreno Núñez | Servicio Aragonés de Salud
Director del Área de Coordinación Asistencial
Plaza de la Convivencia, 2, 50017 Zaragoza.

VIII.5. Guión de la entrevista semiestructurada

ENCUADRE

Buenos días, mi nombre es....

Tal como ya habíamos acordado por teléfono estamos aquí para realizar una entrevista de una serie de entrevistas semiestructuradas que forman parte de una investigación para medir la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores.

En primer lugar, muchas gracias por su disponibilidad. Le hemos seleccionado a usted porque su experiencia puede ser de gran valor en nuestro estudio ya que se va a obtener una información muy valiosa y útil para la investigación. En la entrevista lo que se busca es conocer la opinión del entrevistado acerca del tema que estamos investigando, por lo que es importante que exprese sus ideas, opiniones y reflexiones ya que son fruto de su conocimiento y experiencia.

La entrevista es anónima y en ningún momento se va a vincular texto alguno del estudio con nombres y apellidos de los participantes. Con posterioridad le serán enviadas las conclusiones finales del estudio.

La duración máxima será de 60 minutos y si no tiene inconveniente se va a grabar con el único objeto de transcribirlo literalmente para realizar un análisis del contenido tal como se ha expresado.

Sin más comenzamos la entrevista:

GUIÓN ENTREVISTA

SEGURIDAD DEL PACIENTE

- a) CONCEPTO. ¿Qué entiende por seguridad del paciente?
- b) PROBLEMAS DE SEGURIDAD. ¿En qué consisten los problemas de seguridad?

FACTORES CONTRIBUYENTES A LA PRODUCCIÓN DE PROBLEMAS DE SP

- a) Paciente
- b) Formación
- c) Profesionales
- d) Tareas
- e) Equipo
- f) Organización
- g) Recursos
- h) Condiciones de trabajo y factores del entorno
- i) Comunicación

PRIORIDAD EN LA ORGANIZACIÓN. ¿La organización reconoce la SP como aspecto importante en la organización?

LÍNEAS ESTRATÉGICAS DESARROLLADAS

- a) Infecciones
- b) Medicamentos
- c) Información a pacientes
- d) Atención primaria
- e) Cirugía Segura
- f) Identificación
- g) Enfermería
- h) Úlceras por presión
- i) Caídas

BARRERAS EN LA SP. ¿Cuales han sido las mayores dificultades que se han encontrado para poner en marcha estas estrategias?

AGENTES FACILITADORES EN SP. ¿Existen algunos facilitadores que potenciarían estas estrategias?

- a) Directivos y gestores
- b) Profesionales sanitarios y no sanitarios
- c) Pacientes

ORGANIZACIONES INVOLUCRADAS EN SP. ¿Hay algún tipo de organizaciones que están involucradas en SP.

- a) Colegios profesionales
- b) Sociedades científicas
- c) Agentes sociales (sindicatos, empresarios)
- d) Universidad
- e) Industria

LÍNEAS ESTRATÉGICAS PENDIENTES DE DESARROLLAR. ¿Cuáles crees que deberían ser las estrategias que se deberían desarrollar para involucrar y sensibilizar en relación a la SP?

GUIÓN DEBRIEFING Y LEGIBILIDAD

Me gustaría comentar brevemente una serie de cuestiones relacionadas con el proceso de respuesta y la estructura del cuestionario:

- ¿Las preguntas resultan adecuadas?
- ¿El lenguaje utilizado es correcto y comprensible?
- ¿Las opciones de respuesta son suficientes y se comprenden en el proceso de respuesta?
- ¿Existe un orden lógico en la estructura del cuestionario?
- ¿Qué te ha parecido el coste en tiempo y esfuerzos para cumplimentarlo?
- ¿Propondrías suprimir alguno de los 12 apartados para resumirlo?

VIII.6.Frecuencias de no respuesta global y por cargo

Sección I. Liderazgo	Total muestra N=113				Equipo directivo N=79				Responsable de calidad N=23				Representante sindical N=8			
	NS/NP		Total		NS/NP		Total		NS/NP		Total		NS/NP		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>I.1 Valorar si la seguridad del paciente es una de las prioridades de la organización</i>																
I.1.La seguridad del paciente se ha adoptado como un objetivo estratégico del SALUD	4	3,5%	4	3,5%	1	1,3%	1	1,3%	0	0,0%	0	0,0%	3	37,3%	3	37,3%
I.2. La seguridad del paciente se ha adoptado como un objetivo estratégico de nuestro Equipo Directivo	3	2,7%	3	2,7%	1	1,3%	1	1,3%	0	0,0%	0	0,0%	2	25,0%	2	25,0%
I.3.En su ámbito de trabajo se asignan recursos para llevar a cabo iniciativas de seguridad del paciente	4	3,5%	4	3,5%	1	1,3%	1	1,3%	0	0,0%	0	0,0%	3	37,3%	3	37,3%
I.4. La gestión de riesgos está integrada en el SALUD	9	8,0%	9	8,0%	3	3,8%	3	3,8%	1	4,3%	1	4,3%	5	62,5%	5	62,5%
I.5. El SALUD supervisa la seguridad del paciente en toda la organización	11	9,7%	13	11,5%	4	5,1%	5	6,3%	2	3,0%	3	13,0%	5	62,5%	5	62,5%
I.6. Una comisión supervisa la seguridad del paciente dentro de ámbitos concretos de trabajo	9	8,0%	9	8,0%	3	3,8%	3	3,8%	2	8,7%	2	8,7%	3	37,5%	3	37,5%
I.7. Un miembro de la dirección supervisa regularmente la implementación de las iniciativas de seguridad del paciente en su ámbito de trabajo	14	12,4%	14	12,4%	6	7,6%	6	7,6%	2	8,7%	2	8,7%	4	50,0%	4	50,0%
I.8. El SALUD promueve desarrollar alianzas para involucrar a los pacientes/usuarios en su seguridad	19	16,8%	20	17,7%	9	11,4%	10	12,7%	4	17,4%	4	17,4%	3	37,5%	3	37,5%
I.9. Nuestro Equipo de Dirección promueve que los pacientes se involucren en su seguridad	9	8,0%	9	8,0%	3	3,8%	3	3,8%	3	13,0%	3	13,0%	3	37,5%	3	37,5%
I.10. Se han desarrollado acciones para que los profesionales de los sectores, gerencias, servicios y unidades conozcan y apliquen la gestión del riesgo en su trabajo	5	4,4%	7	6,2%	2	2,5%	3	3,8%	1	4,3%	2	8,7%	1	12,5%	1	12,5%

Sección I. Liderazgo

	Total muestra N=113				Equipo directivo N=79				Responsable de calidad N=23				Representante sindical N=8			
	NS/NP		Total		NS/NP		Total		NS/NP		Total		NS/NP		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>I.2. Valorar si promovemos una cultura no punitiva compartiendo información y aprendiendo de los errores</i>																
I.11. Cuando ocurre un incidente relacionado con la seguridad del paciente en nuestro ámbito de trabajo se promueve una actitud no punitiva con el fin de implicar a pacientes y profesionales en la búsqueda de soluciones																
	8	7,1%	8	7,1%	3	3,8%	3	3,8%	2	8,7%	2	8,7%	3	37,5%	3	37,5%
I.12. En los diferentes Órganos de Dirección se tratan temas de seguridad del paciente, se informan los IRSP y sus posibles soluciones																
	9	8,0%	9	8,0%	3	3,8%	3	3,8%	3	13,0%	3	13,0%	1	12,5%	1	12,5%
I.13. En el Gobierno de Aragón se dispone de asesoría legal a la que recurrir cuando ha ocurrido un IRSP																
	30	26,5%	30	26,5%	12	15,2%	12	15,2%	14	60,9%	14	60,9%	4	50,0%	4	50,0%
I.14. El SALUD dispone de asesoría psicológica a la que recurrir cuando ha ocurrido un IRSP																
	56	49,6%	56	49,6%	33	41,8%	33	41,8%	17	73,9%	17	73,9%	4	50,0%	4	50,0%
I.15. Cuando un IRSP trasciende a la opinión pública, el SALUD nos asesora en el momento de informar a los medios de comunicación																
	30	26,5%	30	26,5%	14	17,7%	14	17,7%	12	52,2%	12	52,2%	3	37,5%	3	37,5%

Sección II. Planificación estratégica	Total muestra N=113				Equipo directivo N=79				Responsable de calidad N=23				Representante sindical N=8			
	NS/NP		Total		NS/NP		Total		NS/NP		Total		NS/NP		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
II.16. En el Plan Estratégico del SALUD, sector, hospital, centro de salud se incluye una línea de trabajo en seguridad del paciente con objetivos a medio y largo plazo revisada periódicamente por el Equipo Directivo	5	4,4%	6	5,3%	1	1,3%	1	1,3%	1	4,3%	2	8,7%	3	37,5%	3	37,5%
II.17. Se han desarrollado indicadores del sistema de gestión de riesgos y de las líneas de trabajo en seguridad del paciente	5	4,4%	5	4,4%	1	1,3%	1	1,3%	0	0,0%	0	0,0%	4	50,0%	4	50,0%
II.18. Se realiza una evaluación mediante la revisión de indicadores de SP	5	4,4%	6	5,3%	2	2,5%	3	3,8%	0	0,0%	0	0,0%	3	37,5%	3	37,5%
II.19. Cuando se detecta algún aspecto de SP que precisa llevar a cabo acciones de mejor, se desarrolla un plan por escrito de dichas acciones	7	6,2%	7	6,2%	2	2,5%	2	2,5%	1	4,3%	1	4,3%	3	37,5%	3	37,5%
II.20. En el proceso de adquisición y compra de medicamentos, productos sanitarios, aparataje y dispositivos se incluyen criterios de seguridad	13	11,5%	13	11,5%	5	6,3%	5	6,3%	4	17,4%	4	17,4%	3	37,5%	3	37,5%

Sección III. Información y análisis	Total muestra N=113				Equipo directivo N=79				Responsable de calidad N=23				Representante sindical N=8			
	NS/NP		Total		NS/NP		Total		NS/NP		Total		NS/NP		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
III.21. El SALUD ofrece a todos sus profesionales un sistema de notificación sencillo, de fácil acceso y confidencial para los riesgos conocidos y los IRSP	21	18,6%	22	19,5%	15	19,0%	16	20,3%	5	2,7%	5	21,7%	1	12,5%	1	12,5%
III.22. Se utilizan de forma regular los resultados obtenidos a través de las no conformidades e incidencias de las certificaciones y acreditaciones para priorizar las acciones de mejora	14	12,4%	14	12,4%	8	10,1%	8	10,1%	2	8,7%	2	8,7%	4	50,0%	4	50,0%
III.23. Se integran en la planificación de la mejora de la calidad todos los conocimientos de SP obtenidos a través de las sugerencias y reclamaciones de los pacientes y de encuestas de satisfacción de los profesionales	11	9,7%	11	9,7%	6	7,6%	6	7,6%	1	4,3%	1	4,3%	4	50,0%	4	50,0%
III.24. El análisis de eventos adversos se lleva a cabo por profesionales con experiencia en seguridad del paciente y formación en gestión del riesgo	14	12,4%	14	12,4%	7	8,9%	7	8,9%	2	8,7%	2	8,7%	5	62,5%	5	62,5%
III.25. Cuando se produce un IRSP disponemos de un sistema de alertas que consigue informar a las personas adecuadas en el momento oportuno	10	8,8%	11	9,7%	6	7,6%	7	8,9%	1	4,3%	1	4,3%	3	37,5%	3	37,5%

Sección IV. Personal	Total muestra N=113				Equipo directivo N=79				Responsable de calidad N=23				Representante sindical N=8				
	NS/NP		Total		NS/NP		Total		NS/NP		Total		NS/NP		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<i>IV.1. Valorar si se promueve la formación y reconocimiento en SP</i>																	
IV.26. El SALUD realiza actividades formativas para promocionar la SP entre sus profesionales	5	4,4%	6	5,3%	1	1,3%	2	2,5%	0	0,0%	0	0,0%	4	50,0%	4	50,0%	
IV.27. Se reconoce la participación en proyectos de mejora de la seguridad y de la calidad en la carrera profesional, baremos de puntuación para oposiciones o movilidad interna	11	9,7%	11	9,7%	7	8,9%	7	8,9%	2	8,7%	2	8,7%	1	12,5%	1	12,5%	
<i>IV.2 Valorar si se fomenta un trabajo en equipo eficaz y una mejora de la comunicación</i>																	
IV.28. Existe un programa formativo teórico práctico para desarrollar las competencias clínicas de forma interactiva y las habilidades de trabajo en equipo	9	8,0%	9	8,0%	3	3,8%	3	3,8%	2	8,7%	2	8,7%	3	37,5%	3	37,5%	
IV.29. Se promueve la utilización de técnicas de simulación para mejorar la comunicación interpersonal y del equipo en entornos de alto riesgo	15	13,3%	15	13,3%	10	12,7%	10	12,7%	2	8,7%	2	8,7%	2	25,0%	2	25,0%	
IV.30. Los sistemas de información potencian la comunicación entre profesionales de diferentes ámbitos asistenciales para evitar eventos adversos	4	3,5%	4	3,5%	0	0,0%	0	0,0%	2	8,7%	2	8,7%	2	25,0%	2	25,0%	
IV.31. El Equipo Directivo pone los medios necesarios adecuando las plantillas y reestructurando la organización del centro/servicios para evitar que el personal trabaje bajo presión	4	3,5%	4	3,5%	1	1,3%	1	1,3%	2	8,7%	2	8,7%	1	12,5%	1	12,5%	
IV.32. El Equipo Directivo potencia el desarrollo de planes formativos para fomentar las competencias básicas de la mejora continua, la comunicación abierta, la innovación y resolución de problemas	2	1,8%	2	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	1	4,3%	1	4,3%	1	12,5%	1	12,5%	

Sección V. Normativas y procedimientos	Total muestra N=113				Equipo directivo N=79				Responsable de calidad N=23				Representante sindical N=8			
	NS/NP		Total		NS/NP		Total		NS/NP		Total		NS/NP		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
V.33. El SALUD utiliza listados de verificación, protocolos, procesos, recordatorios y estandariza los equipos, las formas, tiempos y lugares para evitar depender de la memoria y reducir el riesgo en la prestación de la asistencia sanitaria	7	6,2%	7	6,2%	4	5,1%	4	5,1%	1	4,3%	1	4,3%	2	25,0%	2	25,0%
V.34. El rediseño de procesos es pilotado y se comprueba su efectividad antes de su aplicación generalizada para identificar nuevas fuentes de fallo del proceso y eventos derivados del cambio	12	10,6%	13	11,5%	8	10,1%	8	10,1%	1	4,3%	2	8,7%	3	37,5%	3	37,5%

Sección VI. El paciente y su familia	Total muestra N=113				Equipo directivo N=79				Responsable de calidad N=23				Representante sindical N=8			
	NS/NP		Total		NS/NP		Total		NS/NP		Total		NS/NP		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
VI.35. Se han establecido mecanismos de respuesta inmediata para informar y pedir disculpas al paciente y a su familia cuando ocurre un evento adverso con consecuencias sobre la salud del paciente	17	15,0%	18	15,9%	10	12,7%	11	13,9%	3	13,0%	3	13,0%	4	50,0%	4	50,0%
VI.36. Los pacientes y sus familias participan activamente en la resolución de problemas y en la mejora de la calidad	11	9,7%	12	10,6%	7	8,9%	8	10,1%	1	4,3%	1	4,3%	3	37,5%	3	37,5%
VI.37. Los pacientes y sus familias reciben la información y la educación que necesitan para participar plenamente en el cuidado de su salud	8	7,1%	9	8,0%	5	6,3%	6	7,6%	1	4,3%	1	4,3%	2	25,0%	2	25,0%
VI.38. La información para pacientes y los materiales para su formación se han diseñado y entregado en formatos útiles que se adecuen a las necesidades de alfabetización y culturales	6	5,3%	8	7,1%	4	5,1%	5	6,3%	0	0,0%	1	4,3%	2	25,0%	2	25,0%

Sección VII. Actitudes directivas frente a la seguridad del paciente	Total muestra N=113				Equipo directivo N=79				Responsable de calidad N=23				Representante sindical N=8			
	NS/NP		Total		NS/NP		Total		NS/NP		Total		NS/NP		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
VII.39. Cuando ha ocurrido un evento adverso los profesionales de mi centro tienen una actitud temerosa al hablar conmigo	7	6,2%	9	8,0%	3	3,8%	4	5,1%	3	13,0%	3	13,0%	1	12,5%	1	12,5%
VII.40. Los profesionales de mi centro perciben que la seguridad del paciente es un aspecto prioritario de mi agenda y de mis prioridades como directivo	8	7,1%	10	8,8%	3	3,8%	4	5,1%	4	17,4%	4	17,4%	1	12,5%	2	25,0%
VII.41. Los directivos escuchamos con respeto las opiniones y valoraciones de los profesionales en relación con la seguridad del paciente con independencia de su rango	2	1,8%	4	3,5%	1	1,3%	1	1,3%	2	8,7%	2	8,7%	0	0,0%	1	12,5%
VII.42. Los directivos animamos al personal a expresar puntos de vista alternativos y a expresar libremente cualquier desacuerdo	4	3,5%	6	5,3%	2	2,5%	3	3,8%	2	8,7%	2	8,7%	0	0,0%	1	12,5%
VII.43. Los directivos pasamos por alto fallos relacionados con la asistencia sanitaria que ocurren una y otra vez	3	2,7%	6	5,3%	1	1,3%	1	1,3%	3	13,0%	4	17,4%	0	0,0%	1	12,5%
VII.44. Los directivos a menudo tomamos decisiones basadas en lo que es mejor para el centro, gerencia, sector en lugar de lo que es mejor para los pacientes	4	3,5%	6	5,3%	1	1,3%	2	2,5%	3	13,0%	3	13,0%	0	0,0%	1	12,5%
VII.45. Cuando hay un problema en nuestro centro, gerencia, sector, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas	1	0,9%	3	2,7%	1	1,3%	1	1,3%	1	4,3%	1	4,3%	0	0,0%	1	12,5%
VII.46. La gerencia, dirección solo parece que nos interesamos por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún evento adverso en un paciente	1	0,9%	3	2,7%	1	1,3%	1	1,3%	1	4,3%	1	4,3%	0	0,0%	1	12,5%

Sección VIII. Puntuación Global	Total muestra N=113		Equipo directivo N=79		Responsable de calidad N=23		Representante sindical N=8									
	NS/NP		Total		NS/NP		Total		NS/NP		Total					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
VIII.a. Puntuación global de la organización	--	--	4	3,5%	--	--	2	2,5%	--	--	1	4,3%	--	--	1	12,5%
VIII.b. Puntuación global de su ámbito de trabajo	--	--	7	6,2%	--	--	5	6,3%	--	--	2	8,7%	--	--	0	0,0%

Sección X. Set de Buenas Prácticas

	Total muestra N=113				Equipo directivo N=79				Responsable de calidad N=23				Representante sindical N=8			
	NS/NP		Total		NS/NP		Total		NS/NP		Total		NS/NP		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
X.1. Realizar una encuesta de seguridad entre los profesionales	11	9,7%	11	9,7%	9	11,4%	9	11,4%	0	0,0%	0	0,0%	1	12,5%	1	12,5%
X.2. Asegurar la distribución en la organización de artículos, información y documentos relacionados con la SP y prácticas seguras y estar al día en las últimas iniciativas en cuanto a SP	5	4,4%	6	5,3%	4	5,1%	4	5,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	12,5%	1	12,5%
X.3. Asegurar la comprensión del consentimiento informado	7	6,2%	7	6,2%	3	3,8%	3	3,8%	2	8,7%	2	8,7%	2	25,0%	2	25,0%
X.4. Implementar prescripciones computerizadas	12	10,6%	12	10,6%	5	6,3%	5	6,3%	4	17,4%	4	17,4%	3	37,5%	3	37,5%
X.5. Implementar protocolos para prevenir cirugía en sitio y paciente equivocado	32	28,4%	36	31,9%	20	25,3%	24	30,4%	7	30,4%	7	30,4%	4	50,0%	4	50,0%
X.6. Estandarizar el proceso de identificación de los usuarios en la prestación de la asistencia sanitaria	16	14,1%	17	15,0%	10	12,7%	11	13,9%	2	8,7%	2	8,7%	4	50,0%	4	50,0%
X.7. Instaurar programas y medidas que garanticen el correcto funcionamiento y mantenimiento del equipamiento	19	16,8%	21	18,6%	9	11,4%	10	12,7%	3	13,0%	3	13,0%	5	62,5%	5	62,5%
X.8. Evaluación y prevención de úlceras de decúbito	25	22,1%	25	22,1%	20	25,3%	20	25,3%	2	8,7%	2	8,7%	2	25,0%	2	25,0%
X.9. Promover la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria	23	20,3%	25	22,1%	17	21,5%	18	22,8%	2	8,7%	2	8,7%	2	25,0%	3	37,5%
X.10. Higiene de manos	19	16,8%	20	17,7%	13	16,4%	14	17,7%	2	8,7%	2	8,7%	3	37,5%	3	37,5%
X.11. Vacunar al personal sanitario contra la gripe	13	11,5%	13	11,5%	8	10,4%	8	10,4%	3	13,0%	3	13,0%	2	25,0%	2	25,0%
X.12. Mejorar la identificación y el registro de alergias e intolerancias a fármacos y alimentos en la historia clínica	15	13,3%	15	13,3%	10	12,7%	10	12,7%	2	8,7%	2	8,7%	2	25,0%	2	25,0%
X.13. Métodos estandarizados para el etiquetado empaquetado y almacenaje de medicamentos	20	17,7%	21	18,6%	12	15,2%	12	15,2%	4	17,4%	5	21,7%	4	50,0%	4	50,0%

Sección XI. Efectividad de las Buenas Prácticas XI.I. Higiene de Manos	Total muestra N=113				Equipo directivo N=79				Responsable de calidad N=23				Representante sindical N=8			
	NS/NP		Total		NS/NP		Total		NS/NP		Total		NS/NP		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
XI.I.1. Que los directivos de su institución apoyen y promuevan abiertamente la higiene de manos	--	--	0	0,0%	--	--	0	0,0%	--	--	0	0,0%	--	--	0	0,0%
XI.I.2. Que en su centro exista un preparado de base alcohólica en cada punto de atención	--	--	1	0,9%	--	--	1	1,3%	--	--	0	0,0%	--	--	0	0,0%
XI.I.3. Que existan carteles sobre higiene de manos en los puntos de atención a modo de recordatorio	--	--	0	0,0%	--	--	0	0,0%	--	--	0	0,0%	--	--	0	0,0%
XI.I.4. Que todos los profesionales sanitarios reciban formación sobre la higiene de manos	--	--	1	0,9%	--	--	1	1,3%	--	--	0	0,0%	--	--	0	0,0%
XI.I.5. Que todos los profesionales sanitarios reciban retroalimentación sobre como realizan la higiene de manos	--	--	4	3,5%	--	--	2	2,5%	--	--	0	0,0%	--	--	0	0,0%
XI.I.6. Que se invite a los pacientes a recordar a los profesionales sanitarios que deben realizar una buena higiene de las manos	--	--	4	3,5%	--	--	3	3,8%	--	--	1	4,3%	--	--	0	0,0%
XI.II. Cirugía Segura	NS/NP		Total		NS/NP		Total		NS/NP		Total		NS/NP		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
XI.II.1. Que los directivos de su institución apoyen y promuevan abiertamente la cirugía segura	--	--	7	6,2%	--	--	5	6,3%	--	--	2	8,7%	--	--	0	0,0%
XI.II.2. Que en su centro exista un listado de verificación sobre la seguridad en cirugía	--	--	8	7,1%	--	--	7	8,9%	--	--	1	4,3%	--	--	0	0,0%
XI.II.3. Que todos los profesionales sanitarios reciban formación sobre cirugía segura	--	--	8	7,1%	--	--	6	7,6%	--	--	2	8,7%	--	--	0	0,0%
XI.II.4. Que los profesionales sanitarios reciban retroalimentación sobre los resultados en cirugía segura	--	--	7	6,2%	--	--	5	6,3%	--	--	2	8,7%	--	--	0	0,0%
XI.II.5. Que se invite a los pacientes a participar activamente en la cumplimentación de los listados de verificación cuando se les pregunte	--	--	9	8,0%	--	--	5	6,3%	--	--	4	17,4%	--	--	0	0,0%

VIII.7. Matriz de correlaciones

Correlacio n	I.1	I.2.	I.3.	I.4.	I.5.	I.6.	I.7.	I.8.	I.9.	I.10.	I.11.	I.12.	I.13.	I.14.	I.15.	II.16.	II.17.	II.18.	II.19.	II.20.	II.21.	III.22	III.23	III.24	III.25
I.1	1,00 0	0,77 0	0,50 9	0,59 8	0,43 1	0,34 7	0,35 4	0,54 2	0,44 8	0,58 5	0,63 9	0,55 9	0,43 1	0,33 0	0,43 2	0,17 4	0,15 3	0,35 5	0,49 7	0,39 9	0,43 8	0,40 3	0,39 3	0,31 7	0,28 8
I.2.	0,77 0	1,00 0	0,47 2	0,82 5	0,39 7	0,29 7	0,29 4	0,56 8	0,58 6	0,54 9	0,60 5	0,63 2	0,60 1	0,36 4	0,56 9	0,00 2	- 0,01 4	0,17 2	0,47 4	0,60 6	0,66 8	0,55 5	0,42 2	0,63 5	0,46 8
I.3.	0,50 9	0,47 2	1,00 0	0,39 2	0,27 6	0,14 7	0,09 3	0,28 4	0,08 5	0,35 7	0,35 6	0,33 2	0,33 8	0,08 7	0,42 4	0,10 7	- 0,11 3	- 0,03 9	0,31 2	0,31 9	0,50 8	0,48 5	0,30 6	0,23 3	0,18 6
I.4.	0,59 8	0,82 5	0,39 2	1,00 0	0,47 0	0,45 2	0,35 7	0,68 1	0,72 1	0,61 6	0,54 5	0,60 3	0,51 0	0,49 2	0,36 6	- 0,15 1	- 0,12 5	0,09 3	0,40 4	0,59 3	0,53 9	0,55 8	0,41 1	0,56 3	0,47 8
I.5.	0,43 1	0,39 7	0,27 6	0,47 0	1,00 0	0,18 2	0,31 7	0,50 4	0,47 9	0,61 2	0,53 5	0,68 0	0,32 9	0,35 0	0,58 5	0,28 9	0,18 6	0,17 6	0,44 1	0,68 6	0,55 0	0,43 7	0,60 9	0,29 9	0,57 9
I.6.	0,34 7	0,29 7	0,14 7	0,45 2	0,18 2	1,00 0	0,76 3	0,70 0	0,54 4	0,66 6	0,25 2	0,44 4	0,17 6	0,55 3	0,11 1	- 0,05 4	0,01 2	0,27 1	0,15 3	0,15 8	0,07 9	0,24 2	0,16 2	0,24 5	0,26 0
I.7.	0,35 4	0,29 4	0,09 3	0,35 7	0,31 7	0,76 3	1,00 0	0,66 0	0,35 7	0,66 7	0,48 9	0,56 7	0,38 7	0,62 9	0,37 0	0,19 3	0,08 4	0,41 2	0,23 5	0,32 2	0,28 1	0,25 2	0,42 2	0,33 0	0,28 9
I.8.	0,54 2	0,56 8	0,28 4	0,68 1	0,50 4	0,70 0	0,66 0	1,00 0	0,70 7	0,75 8	0,50 8	0,74 3	0,48 6	0,80 5	0,52 2	0,06 0	0,03 2	0,25 0	0,32 3	0,42 0	0,57 5	0,52 2	0,50 8	0,66 5	0,66 1
I.9.	0,44 8	0,58 6	0,08 5	0,72 1	0,47 9	0,54 4	0,35 7	0,70 7	1,00 0	0,65 8	0,32 6	0,61 1	0,31 8	0,60 8	0,28 7	0,01 6	0,17 3	0,31 7	0,39 9	0,36 2	0,42 7	0,38 4	0,32 1	0,54 4	0,54 4
I.10.	0,58 5	0,54 9	0,35 7	0,61 6	0,61 2	0,66 6	0,66 7	0,75 8	0,65 8	1,00 0	0,55 7	0,74 2	0,41 5	0,54 1	0,54 6	0,25 3	0,08 6	0,32 0	0,47 9	0,45 8	0,37 7	0,46 3	0,44 5	0,40 2	0,47 9
I.11.	0,63 9	0,60 5	0,35 6	0,54 5	0,53 5	0,25 2	0,48 9	0,50 8	0,32 6	0,55 7	1,00 0	0,63 5	0,52 6	0,42 4	0,58 5	0,12 3	0,02 8	0,34 4	0,54 6	0,48 4	0,55 6	0,55 8	0,52 1	0,44 6	0,40 1
I.12.	0,55 9	0,63 2	0,33 2	0,60 3	0,68 0	0,44 4	0,56 7	0,74 3	0,61 1	0,74 2	0,63 5	1,00 0	0,53 9	0,63 1	0,69 4	0,26 3	0,14 8	0,39 4	0,68 2	0,61 8	0,68 6	0,65 0	0,65 5	0,68 0	0,63 7
I.13.	0,43 1	0,60 1	0,33 8	0,51 0	0,32 9	0,17 6	0,38 7	0,48 6	0,31 8	0,41 5	0,52 6	0,53 9	1,00 0	0,60 5	0,68 2	0,00 3	0,02 9	0,19 3	0,35 0	0,41 7	0,64 2	0,61 5	0,42 0	0,68 2	0,50 9
I.14.	0,33 0	0,36 4	0,08 7	0,49 2	0,35 0	0,55 3	0,62 9	0,80 5	0,60 8	0,54 1	0,42 4	0,63 1	0,60 5	1,00 0	0,56 1	0,02 9	0,05 9	0,40 5	0,21 7	0,26 9	0,51 0	0,42 8	0,38 7	0,65 9	0,58 9
I.15.	0,43 2	0,56 9	0,42 4	0,36 6	0,58 5	0,11 1	0,37 0	0,52 2	0,28 7	0,54 6	0,58 5	0,69 4	0,68 2	0,56 1	1,00 0	0,28 3	0,04 5	0,24 1	0,35 7	0,60 8	0,74 4	0,50 3	0,52 4	0,65 2	0,63 6
II.16.	0,17 4	0,00 2	0,10 7	- 0,15 1	0,28 9	- 0,05 4	0,19 3	0,06 0	0,01 6	0,25 3	0,12 3	0,26 3	0,00 3	0,02 9	0,28 3	1,00 0	0,70 8	0,53 6	0,49 6	0,20 6	0,24 6	0,08 9	0,48 7	0,04 9	0,06 8
II.17.	0,15 3	- 0,01 4	- 0,11 3	- 0,12 5	0,18 6	0,01 2	0,08 4	0,03 2	0,17 3	0,08 6	0,02 8	0,14 8	0,02 9	0,05 9	0,04 5	0,70 8	1,00 0	0,68 6	0,35 5	- 0,09 1	0,15 1	0,00 3	0,23 7	0,13 1	0,21 4
II.18.	0,35 5	0,17 2	- 0,03	0,09 3	0,17 6	0,27 1	0,41 2	0,25 0	0,31 7	0,32 0	0,34 4	0,39 4	0,19 3	0,40 5	0,24 1	0,53 6	0,68 6	1,00 0	0,42 7	0,02 9	0,18 1	0,12 0	0,33 7	0,33 8	0,35 4

II.19.	0,49 7	0,47 4	0,31 2	0,40 4	0,44 1	0,15 3	0,23 5	0,32 3	0,39 9	0,47 9	0,54 6	0,68 2	0,35 0	0,21 7	0,35 7	0,49 6	0,35 5	0,42 7	1,00 0	0,52 3	0,50 0	0,63 4	0,54 2	0,39 6	0,25 5
II.20.	0,39 9	0,60 6	0,31 9	0,59 3	0,68 6	0,15 8	0,32 2	0,42 0	0,36 2	0,45 8	0,48 4	0,61 8	0,41 7	0,26 9	0,60 8	0,20 6	- 0,09 1	0,02 9	0,52 3	1,00 0	0,59 1	0,46 3	0,52 2	0,37 7	0,39 8
II.21.	0,43 8	0,66 8	0,50 8	0,53 9	0,55 0	0,07 9	0,28 1	0,57 5	0,42 7	0,37 7	0,55 6	0,68 6	0,64 2	0,51 0	0,74 4	0,24 6	0,15 1	0,18 1	0,50 0	0,59 1	1,00 0	0,75 0	0,68 7	0,80 8	0,66 1
III.22.	0,40 3	0,55 5	0,48 5	0,55 8	0,43 7	0,24 2	0,25 2	0,52 2	0,38 4	0,46 3	0,55 8	0,65 0	0,61 5	0,42 8	0,50 3	0,08 9	0,00 3	0,12 0	0,63 4	0,46 3	0,75 0	1,00 0	0,64 3	0,64 7	0,45 1
III.23.	0,39 3	0,42 2	0,30 6	0,41 1	0,60 9	0,16 2	0,42 2	0,50 8	0,32 1	0,44 5	0,52 1	0,65 5	0,42 0	0,38 7	0,52 4	0,48 7	0,23 7	0,33 7	0,54 2	0,52 2	0,68 7	0,64 3	1,00 0	0,54 6	0,44 8
III.24.	0,31 7	0,63 5	0,23 3	0,56 3	0,29 9	0,24 5	0,33 0	0,66 5	0,54 4	0,40 2	0,44 6	0,68 0	0,68 2	0,65 9	0,65 2	0,04 9	0,13 1	0,33 8	0,39 6	0,37 7	0,80 8	0,64 7	0,54 6	1,00 0	0,81 9
III.25.	0,28 8	0,46 8	0,18 6	0,47 8	0,57 9	0,26 0	0,28 9	0,66 1	0,54 4	0,47 9	0,40 1	0,63 7	0,50 9	0,58 9	0,63 6	0,06 8	0,21 4	0,35 4	0,25 5	0,39 8	0,66 1	0,45 1	0,44 8	0,81 9	1,00 0
IV.26.	0,66 8	0,70 3	0,48 6	0,51 5	0,63 4	0,11 6	0,24 9	0,43 7	0,39 8	0,62 3	0,48 3	0,70 7	0,57 4	0,29 5	0,68 8	0,38 3	0,20 1	0,35 2	0,58 9	0,63 6	0,60 7	0,54 9	0,51 0	0,47 8	0,49 1
IV.27.	0,27 5	0,52 1	0,04 8	0,61 4	0,21 6	0,20 9	0,04 1	0,39 5	0,51 8	0,24 0	0,32 0	0,26 0	0,24 0	0,30 9	0,10 6	- 0,18 7	- 0,02 2	0,01 0	0,05 8	0,16 6	0,24 2	0,22 9	0,13 2	0,31 6	0,23 2
IV.28.	0,52 2	0,64 5	0,11 8	0,60 4	0,42 8	0,28 7	0,52 2	0,63 0	0,57 7	0,59 5	0,42 0	0,64 9	0,59 2	0,50 2	0,49 4	0,11 2	0,03 3	0,30 5	0,43 5	0,52 8	0,52 6	0,42 5	0,52 5	0,63 9	0,54 9
IV.29.	0,45 8	0,57 3	0,17 3	0,51 7	0,53 7	0,33 0	0,34 4	0,65 5	0,68 1	0,50 4	0,25 9	0,61 9	0,47 6	0,56 4	0,50 7	0,12 7	0,24 7	0,21 1	0,27 6	0,39 9	0,57 7	0,25 6	0,41 8	0,64 6	0,72 8
IV.30.	0,33 2	0,49 5	0,30 6	0,62 4	0,52 0	0,24 0	0,23 3	0,40 2	0,67 0	0,59 1	0,46 7	0,51 8	0,51 6	0,40 1	0,33 3	0,06 5	0,05 4	0,10 7	0,52 0	0,40 4	0,45 6	0,55 6	0,38 3	0,40 3	0,37 3
IV.31.	0,36 2	0,32 3	0,28 9	0,44 8	0,59 1	- 0,05 0	- 0,02 7	0,22 2	0,34 4	0,45 9	0,21 7	0,34 7	0,07 1	0,10 4	0,25 6	0,30 9	0,02 5	0,00 9	0,33 8	0,42 5	0,19 8	0,11 7	0,30 8	0,00 9	0,15 8
IV.32.	0,47 5	0,54 9	0,19 6	0,76 2	0,56 8	0,50 9	0,37 5	0,69 4	0,74 1	0,72 5	0,47 0	0,59 4	0,26 4	0,48 6	0,24 4	- 0,08 6	0,00 0	0,22 9	0,28 6	0,32 2	0,27 4	0,34 8	0,34 5	0,40 8	0,55 0
V.33.	0,29 2	0,30 1	0,41 5	0,36 9	0,47 0	0,05 5	0,17 8	0,43 5	0,41 4	0,53 0	0,40 5	0,38 6	0,28 1	0,33 2	0,44 8	0,27 4	0,21 8	0,21 7	0,27 8	0,23 0	0,52 1	0,33 9	0,26 2	0,41 7	0,54 9
V.34.	0,26 8	0,32 3	0,28 0	0,25 1	0,42 2	0,13 3	0,36 0	0,52 1	0,29 2	0,42 3	0,36 7	0,52 8	0,56 8	0,57 2	0,65 2	0,46 3	0,49 8	0,53 8	0,30 0	0,21 8	0,69 1	0,53 8	0,60 4	0,71 6	0,71 6
VI.35.	0,59 8	0,55 3	0,44 3	0,40 2	0,65 6	0,13 9	0,39 7	0,42 1	0,36 5	0,56 3	0,69 9	0,64 6	0,62 0	0,42 0	0,72 8	0,32 9	0,12 4	0,28 7	0,55 0	0,53 7	0,63 4	0,53 7	0,58 5	0,40 6	0,41 1
VI.36.	0,48 1	0,48 1	0,27 9	0,55 0	0,71 0	0,34 1	0,36 1	0,67 2	0,66 6	0,58 5	0,48 1	0,64 7	0,36 1	0,44 3	0,42 8	0,07 6	0,12 7	0,18 0	0,37 4	0,39 2	0,52 9	0,37 0	0,57 1	0,50 0	0,62 5
VI.37.	0,33 8	0,45 5	0,25 4	0,31 9	0,56 5	- 0,09 8	0,26 1	0,34 8	0,16 7	0,28 1	0,61 5	0,46 1	0,39 2	0,20 8	0,59 5	0,27 4	0,15 3	0,14 1	0,33 3	0,59 5	0,65 5	0,33 7	0,43 9	0,40 9	0,40 5

VI.38.	0,40 8	0,56 0	0,25 6	0,49 6	0,38 6	0,18 2	0,28 6	0,37 7	0,39 1	0,30 5	0,44 3	0,43 3	0,28 8	0,39 3	0,47 7	- 0,09 8	- 0,11 7	0,17 9	0,27 0	0,57 5	0,42 8	0,12 2	0,08 8	0,40 7	0,50 2
VII.39.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VII.40.	0,35 4	0,26 3	0,26 0	0,10 7	0,36 0	0,09 4	0,33 6	0,13 4	0,19 3	0,46 4	0,53 1	0,56 7	0,18 3	0,22 2	0,48 5	0,34 6	0,25 4	0,57 4	0,46 3	0,15 2	0,25 4	0,19 0	0,23 9	0,22 2	0,26 0
VII.41.	0,28 1	0,42 7	0,12 9	0,51 0	0,32 5	0,22 0	0,24 5	0,44 3	0,60 8	0,48 6	0,28 1	0,59 3	0,26 4	0,37 0	0,29 1	0,34 2	0,39 6	0,52 2	0,51 8	0,23 5	0,42 7	0,42 0	0,57 5	0,62 6	0,54 2
VII.42.	0,26 5	0,37 9	0,40 0	0,34 3	0,42 0	- 0,15 0	0,04 4	0,36 1	0,18 7	0,30 5	0,32 8	0,49 8	0,42 2	0,29 1	0,53 2	0,08 2	- 0,14 0	- 0,04 1	0,18 5	0,27 7	0,57 5	0,40 2	0,53 5	0,54 3	0,50 8
VII.43.	0,23 1	0,16 9	0,31 7	0,13 1	0,54 4	- 0,18 1	0,04 3	0,22 5	0,05 6	0,27 9	0,40 8	0,43 3	0,14 4	0,19 0	0,54 1	0,21 2	- 0,12 0	0,05 3	0,16 3	0,27 8	0,39 5	0,21 5	0,47 3	0,23 4	0,32 4
VII.44.	-	-	-	-	-	0,05 6	0,23 5	0,19 0	0,10 7	0,29 8	0,67 2	0,46 2	0,15 3	0,16 3	0,45 3	0,22 6	0,11 6	0,34 6	0,22 9	0,23 6	0,38 3	0,27 3	0,55 6	0,24 9	0,34 6
VII.45.	0,13 8	0,09 1	0,12 6	0,10 2	0,09 0	0,35 3	0,23 7	0,10 5	0,16 7	0,02 4	0,28 7	0,03 2	0,02 7	0,13 0	0,01 0	0,27 6	0,37 1	0,21 1	0,10 8	0,01 6	0,10 2	0,03 2	0,00 7	0,11 9	0,12 1
VII.46.	0,16 7	0,14 6	0,17 2	0,15 0	0,35 9	- 0,20 7	- 0,00 2	0,15 1	0,06 4	0,19 5	0,21 2	0,28 1	0,04 7	0,00 9	0,17 8	0,43 1	0,07 2	0,18 5	0,30 4	0,25 3	0,24 9	0,29 4	0,65 5	0,14 3	0,14 7
VIII.a	0,41 1	0,36 8	0,28 2	0,32 1	0,47 1	0,07 7	0,24 6	0,35 9	0,33 3	0,53 3	0,54 9	0,57 5	0,39 4	0,39 4	0,60 7	0,23 4	0,13 8	0,34 0	0,37 0	0,21 0	0,44 4	0,35 9	0,44 4	0,48 1	0,49 1
VIII.b	0,34 7	0,34 3	0,33 8	0,31 0	0,49 6	- 0,11 1	0,13 4	0,38 0	0,16 7	0,43 2	0,57 2	0,46 2	0,30 0	0,28 1	0,57 4	0,31 0	0,07 3	0,10 7	0,23 2	0,29 8	0,42 7	0,21 0	0,28 4	0,27 8	0,39 6
VIII.b	0,26 8	0,33 8	0,31 0	0,30 3	0,52 1	- 0,04 1	0,09 3	0,37 5	0,25 6	0,36 3	0,46 7	0,52 6	0,28 3	0,34 4	0,59 0	0,16 4	- 0,07 5	0,02 0	0,21 5	0,28 2	0,45 6	0,31 8	0,39 4	0,33 5	0,38 7

Matriz de correlaciones (Continuación)

Correlacion	IV.26.	IV.27.	IV.28.	IV.29.	IV.30.	IV.31.	IV.32.	V.33.	V.34.	VI.35.	VI.36.	VI.37.	VI.38.	VII.39.	VII.40.	VII.41.	VII.42.	VII.43.	VII.44.	VII.45.	VII.46.	VIII.a	VIII.b			
I.1	0,668	0,275	0,522	0,458	0,332	0,362	0,475	0,292	0,268	0,598	0,481	0,338	0,408	-0,354	0,281	0,265	0,231	-0,291	-0,138	0,167	-0,411	0,347	0,268			
I.2.	0,703	0,521	0,645	0,573	0,495	0,323	0,549	0,301	0,323	0,553	0,481	0,455	0,560	-0,263	0,427	0,379	0,169	-0,268	-0,091	0,146	-0,368	0,343	0,338			
I.3.	0,486	0,048	0,118	0,173	0,306	0,289	0,196	0,415	0,280	0,443	0,279	0,254	0,256	-0,260	0,129	0,400	0,317	-0,100	0,126	0,172	-0,282	0,338	0,310			
I.4.	0,515	0,614	0,604	0,517	0,624	0,448	0,762	0,369	0,251	0,402	0,550	0,319	0,496	-0,107	0,510	0,343	0,131	-0,184	-0,102	0,150	-0,321	0,310	0,303			
I.5.	0,634	0,216	0,428	0,537	0,520	0,591	0,568	0,470	0,422	0,656	0,710	0,565	0,386	-0,360	0,325	0,420	0,544	-0,580	-0,090	0,359	-0,471	0,496	0,521			
I.6.	0,116	0,209	0,287	0,330	0,240	-	0,050	0,509	0,055	0,133	0,139	0,341	-	0,098	0,182	-0,094	0,220	-0,150	-0,181	0,056	0,353	-0,207	-0,077	-	0,041	
I.7.	0,249	0,041	0,522	0,344	0,233	-	0,027	0,375	0,178	0,360	0,397	0,361	0,261	0,286	-0,336	0,245	0,044	0,043	-0,235	0,237	-0,002	-0,246	0,134	0,093		
I.8.	0,437	0,395	0,630	0,655	0,402	0,222	0,694	0,435	0,521	0,421	0,672	0,348	0,377	-0,134	0,443	0,361	0,225	-0,190	0,105	0,151	-0,359	0,380	0,375			
I.9.	0,398	0,518	0,577	0,681	0,670	0,344	0,741	0,414	0,292	0,365	0,666	0,167	0,391	-0,193	0,608	0,187	0,056	-0,107	0,167	0,064	-0,333	0,167	0,256			
I.10.	0,623	0,240	0,595	0,504	0,591	0,459	0,725	0,530	0,423	0,563	0,585	0,281	0,305	-0,464	0,486	0,305	0,279	-0,298	0,024	0,195	-0,533	0,432	0,363			
I.11.	0,483	0,320	0,420	0,259	0,467	0,217	0,470	0,405	0,367	0,699	0,481	0,615	0,443	-0,531	0,281	0,328	0,408	-0,672	-0,287	0,212	-0,549	0,572	0,467			
I.12.	0,707	0,260	0,649	0,619	0,518	0,347	0,594	0,386	0,528	0,646	0,647	0,461	0,433	-0,567	0,593	0,498	0,433	-0,462	0,032	0,281	-0,575	0,462	0,526			
I.13.	0,574	0,240	0,592	0,476	0,516	0,071	0,264	0,281	0,568	0,620	0,361	0,392	0,288	-0,183	0,264	0,422	0,144	-0,153	-0,027	0,047	-0,394	0,300	0,283			
I.14.	0,295	0,309	0,502	0,564	0,401	0,104	0,486	0,332	0,572	0,420	0,443	0,208	0,393	-0,222	0,370	0,291	0,190	-0,163	0,130	0,009	-0,394	0,281	0,344			
I.15.	0,688	0,106	0,494	0,507	0,333	0,256	0,244	0,448	0,652	0,728	0,428	0,595	0,477	-0,485	0,291	0,532	0,541	-0,453	-0,010	0,178	-0,607	0,574	0,590			
II.16.	0,383	-	0,187	0,112	0,127	0,065	0,309	-	0,086	0,274	0,463	0,329	0,076	0,274	-	0,098	-0,346	0,342	0,082	0,212	-0,226	0,276	0,431	-0,234	0,310	0,164
II.17.	0,201	-	0,022	0,033	0,247	0,054	0,025	0,000	0,218	0,498	0,124	0,127	0,153	-	0,117	-0,254	0,396	-0,140	-0,120	-0,116	0,371	0,072	-0,138	0,073	-	0,075
II.18.	0,352	0,010	0,305	0,211	0,107	0,009	0,229	0,217	0,538	0,287	0,180	0,141	0,179	-0,574	0,522	-0,041	0,053	-0,346	0,211	0,185	-0,340	0,107	0,020			
II.19.	0,589	0,058	0,435	0,276	0,520	0,338	0,286	0,278	0,300	0,550	0,374	0,333	0,270	-0,463	0,518	0,185	0,163	-0,229	0,108	0,304	-0,370	0,232	0,215			
II.20.	0,636	0,166	0,528	0,399	0,404	0,425	0,322	0,230	0,218	0,537	0,392	0,595	0,575	-0,152	0,235	0,277	0,278	-0,236	0,016	0,253	-0,210	0,298	0,282			
II.21.	0,607	0,242	0,526	0,577	0,456	0,198	0,274	0,521	0,691	0,634	0,529	0,655	0,428	-0,254	0,427	0,575	0,395	-0,383	0,102	0,249	-0,444	0,427	0,456			
III.22.	0,549	0,229	0,425	0,256	0,556	0,117	0,348	0,339	0,538	0,537	0,370	0,337	0,122	-0,190	0,420	0,402	0,215	-0,273	-0,032	0,294	-0,359	0,210	0,318			
III.23.	0,510	0,132	0,525	0,418	0,383	0,308	0,345	0,262	0,604	0,585	0,571	0,439	0,088	-0,239	0,575	0,535	0,473	-0,556	-0,007	0,655	-0,444	0,284	0,394			
III.24.	0,478	0,316	0,639	0,646	0,403	0,009	0,408	0,417	0,716	0,406	0,500	0,409	0,407	-0,222	0,626	0,543	0,234	-0,249	0,119	0,143	-0,481	0,278	0,335			
III.25.	0,491	0,232	0,549	0,728	0,373	0,158	0,550	0,549	0,716	0,411	0,625	0,405	0,502	-0,260	0,542	0,508	0,324	-0,346	0,121	0,147	-0,491	0,396	0,387			
IV.26.	1,000	0,267	0,658	0,481	0,437	0,556	0,437	0,458	0,542	0,689	0,434	0,565	0,372	-0,520	0,464	0,516	0,474	-0,394	-0,127	0,424	-0,545	0,494	0,467			
IV.27.	0,267	1,000	0,246	0,338	0,382	0,392	0,645	0,245	0,141	0,124	0,359	0,342	0,235	-0,041	0,387	0,314	0,249	-0,265	-0,282	0,135	-0,284	0,380	0,446			
IV.28.	0,658	0,246	1,000	0,607	0,390	0,280	0,514	0,358	0,453	0,539	0,602	0,460	0,454	-0,288	0,580	0,427	0,244	-0,204	-0,021	0,339	-0,406	0,254	0,279			

IV.29.	0,481	0,338	0,607	1,000	0,527	0,384	0,551	0,424	0,494	0,473	0,665	0,303	0,506	-0,172	0,527	0,522	0,231	-0,148	0,167	0,106	-0,458	0,291	0,321
IV.30.	0,437	0,382	0,390	0,527	1,000	0,501	0,614	0,493	0,313	0,520	0,444	0,180	0,290	-0,269	0,487	0,398	0,141	-0,202	-0,034	0,217	-0,461	0,311	0,306
IV.31.	0,556	0,392	0,280	0,384	0,501	1,000	0,539	0,477	0,125	0,406	0,369	0,287	0,258	-0,276	0,373	0,518	0,562	-0,310	-0,343	0,489	-0,470	0,536	0,469
IV.32.	0,437	0,645	0,514	0,551	0,614	0,539	1,000	0,462	0,299	0,276	0,671	0,206	0,427	-0,281	0,581	0,401	0,293	-0,357	-0,152	0,288	-0,446	0,441	0,437
V.33.	0,458	0,245	0,358	0,424	0,493	0,477	0,462	1,000	0,596	0,422	0,454	0,536	0,323	-0,382	0,487	0,541	0,461	-0,258	-0,045	0,152	-0,602	0,643	0,367
V.34.	0,542	0,141	0,453	0,494	0,313	0,125	0,299	0,596	1,000	0,433	0,344	0,462	0,171	-0,360	0,581	0,513	0,345	-0,368	0,161	0,335	-0,563	0,444	0,380
VI.35.	0,689	0,124	0,539	0,473	0,520	0,406	0,276	0,422	0,433	1,000	0,532	0,528	0,353	-0,560	0,290	0,388	0,456	-0,533	-0,142	0,323	-0,517	0,450	0,479
VI.36.	0,434	0,359	0,602	0,665	0,444	0,369	0,671	0,454	0,344	0,532	1,000	0,437	0,382	-0,254	0,497	0,463	0,476	-0,406	0,081	0,217	-0,467	0,370	0,488
VI.37.	0,565	0,342	0,460	0,303	0,180	0,287	0,206	0,536	0,462	0,528	0,437	1,000	0,412	-0,334	0,217	0,433	0,548	-0,532	-0,180	0,236	-0,424	0,608	0,462
VI.38.	0,372	0,235	0,454	0,506	0,290	0,258	0,427	0,323	0,171	0,353	0,382	0,412	1,000	-0,356	0,196	0,212	0,208	-0,172	0,153	-0,083	-0,288	0,334	0,324
VII.39.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,000	-0,427	-0,276	-0,488	0,615	0,053	-0,202	0,656	-0,485	-
	0,520	0,041	0,288	0,172	0,269	0,276	0,281	0,382	0,360	0,560	0,254	0,334	0,356	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,506
VII.40.	0,464	0,387	0,580	0,527	0,487	0,373	0,581	0,487	0,581	0,290	0,497	0,217	0,196	-0,427	1,000	0,498	0,307	-0,276	0,102	0,408	-0,617	0,269	0,322
VII.41.	0,516	0,314	0,427	0,522	0,398	0,518	0,401	0,541	0,513	0,388	0,463	0,433	0,212	-0,276	0,498	1,000	0,777	-0,441	-0,326	0,474	-0,729	0,593	0,621
VII.42.	0,474	0,249	0,244	0,231	0,141	0,562	0,293	0,461	0,345	0,456	0,476	0,548	0,208	-0,488	0,307	0,777	1,000	-0,684	-0,372	0,462	-0,743	0,661	0,774
VII.43.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,615	-0,276	-0,441	-0,684	1,000	0,442	-0,493	0,566	-0,538	-
	0,394	0,265	0,204	0,148	0,202	0,310	0,357	0,258	0,368	0,533	0,406	0,532	0,172	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,603
VII.44.	-	-	-	0,167	-	-	-	-	0,161	-	0,081	-	0,153	0,053	0,102	-0,326	-0,372	0,442	1,000	-0,327	0,200	-0,289	-
	0,127	0,282	0,021	-	0,034	0,343	0,152	0,045	0,142	-	0,180	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,162
VII.45.	0,424	0,135	0,339	0,106	0,217	0,489	0,288	0,152	0,335	0,323	0,217	0,236	-	-0,202	0,408	0,474	0,462	-0,493	-0,327	1,000	-0,221	0,362	0,410
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,083	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VII.46.	0,545	0,284	0,406	0,458	0,461	0,470	0,446	0,602	0,563	0,517	0,467	0,424	0,288	0,656	-0,617	-0,729	-0,743	0,566	0,200	-0,221	1,000	-0,588	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,640
VIII.a	0,494	0,380	0,254	0,291	0,311	0,536	0,441	0,643	0,444	0,450	0,370	0,608	0,334	-0,485	0,269	0,593	0,661	-0,538	-0,289	0,362	-0,588	1,000	0,797
VIII.b	0,467	0,446	0,279	0,321	0,306	0,469	0,437	0,367	0,380	0,479	0,488	0,462	0,324	-0,506	0,322	0,621	0,774	-0,603	-0,162	0,410	-0,640	0,797	1,000

