

Cultura de seguridad del paciente en España:

Percepciones y tendencias de los profesionales de las organizaciones sanitarias

2024





Cultura de seguridad del paciente en España:
Percepciones y tendencias de los profesionales
de las organizaciones sanitarias



FILIACIÓN AUTORES DEL INFORME CSP

Directores de la publicación:

Santiago Tomás Vecina

Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Interna. Jefe de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente de Badalona Serveis Assistencials (BSA). Director de la Fundación por la Investigación, Docencia e Innovación en Seguridad del Paciente (FIDISP).

María Pilar Astier Peña

Médica de familia. Centro de Salud de Universitat. Servicio Aragonés de Salud. Coordinadora del grupo de seguridad del paciente de SECA y SEMFYC y vocal de la junta directiva de WONCA Mundial. Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial (SACA).

Grupo de investigadores por orden alfabético:

Agra Varela, Yolanda

Doctora en Medicina. Especialista en MFyC. Miembro del grupo de trabajo de seguridad del paciente SECA. Miembro del Patronato de la Fundación por la Investigación, Docencia e Innovación en Seguridad del Paciente (FIDISP).

Alcaráz Martínez, Julián

Coordinador de Calidad Área VI. Servicio Murciano de Salud. Sociedad Murciana de Calidad Asistencial (SOMUCA).

Alonso Calo, Laureano

Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Responsable Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente del Hospital Universitario Central Asturias (2011-2023). Asociación Asturiana de Calidad (PASQAL).

Bueno Dominguez, María José

Responsable de Seguridad del Paciente. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Profesora y Coordinadora de proyectos de la Fundación Avedis Donabedian. Sociedad Catalana de Calidad Asistencial (SCQA).

Catalá Navarro, Isabel

Biología. Coordinadora Comité de tumores Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Vocal Junta Directiva Sociedad Valenciana de Calidad Asistencial (SOVCA).

Fumás Coma, Angels

Licenciada en Matemáticas. Departamento de Procesos, Control de Gestión y Business Intelligence de Badalona Serveis Assistencials (Barcelona). Grupo de trabajo FIDISP.

García García, Francisco Javier

Cardiólogo. Facultativo en la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital U. Nuestra Señora de Candelaria. Asociación Canaria de Calidad Asistencial (ACCA).

Lorenzo Coronado, Jessica Mariana

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública en el Hospital Universitario Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real. Miembro SECA (Sociedad Española Calidad Asistencial), SEE (Sociedad Española Epidemiología), Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria (SEMPSPGS)

Nebot Marzal, Cristina

Médico especialista en pediatría y sus áreas específicas. Directora del Hospital Padre Jofre (Valencia). Miembro (vocal) de la sección de seguridad del paciente de SECA. Miembro (vocal) del Grupo de Trabajo de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Sociedad Valenciana de Calidad Asistencial (SOVCA).

Roqueta Egea, Fermín

Médico. Cirujano especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo. Máster en Dirección de Organizaciones Sanitarias por la Universitat Autònoma de Barcelona. Docente y Miembro del Consejo Asesor de la Fundación FIDISP.

Ruano Ferrer, Fátima

Enfermera del Servicio Canario de Salud. Doctora PhD en Biomedicina. Línea de investigación en Seguridad del Paciente. Miembro del grupo de Seguridad del Paciente de la Seca. Miembro del grupo Sinasp del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Las Palmas, CHUIMI. Asociación Canaria de Calidad Asistencial (ACCA).

Ruiz López, Pedro Miguel

Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Cirugía General y Digestivo. Coordinador de Calidad del Hospital Universitario 12 de Octubre (1995 – 2021). Asociación Madrileña de Calidad Asistencial (AMCA).

Simarro Mir, Fernando

Médico Inspector. Coordinador de la Unidad Funcional de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente. Departamento Valencia Hospital General. Presidente Sociedad Valenciana de Calidad Asistencial (SOVCA).

Villán Villán, Yuri Fabiola

Médica Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario La Paz. Técnica de proyectos. Fundación Avedis Donabedian. Sección de seguridad del paciente SECA y SEMPSPGS. Asociación Madrileña de Calidad Asistencial (AMCA).

Revisores expertos, por orden alfabético:

Aibar Remón, Carlos

Profesor del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Zaragoza. Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial (SACA).

Lorenzo Martínez, Susana Francisca

Jefe de Área de Calidad y Gestión de Pacientes del Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Doctora en Medicina. Editora de la Revista Journal of Healthcare Quality Research. Asociación Madrileña de Calidad Asistencial (AMCA).

Maderuelo Fernández, José Angel

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Técnico de Salud. Gerencia de Atención Primaria de Salamanca. Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL).

Mira Solves, José Joaquín

Catedrático de Psicología. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad de Miguel Hernández de Elche. Sociedad Valenciana de Calidad Asistencial (SOVCA).

Citar como

Tomás Vecina S, Astier Peña, MP, editores. *Cultura de seguridad del paciente en España: Percepciones y tendencias de los profesionales de las organizaciones sanitarias*. Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y Fundación por la Investigación, la Docencia e Innovación en Seguridad del Paciente (FIDISP); 2024.

ISBN: 978-84-09-66719-2

https://fidisp.org/noticia-analisis-de-la-cultura-de-seguridad-del-paciente-post-pandemia-seca_fidisp/



AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todos los profesionales de las organizaciones sanitarias que participaron en las encuestas, por su tiempo y su compromiso diario con la seguridad del paciente.

Extendemos nuestro agradecimiento a la Unidad de Seguridad del Paciente de la Subdirección de Calidad Asistencial de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad, por su valioso apoyo al proyecto y por facilitar el contacto con los referentes de seguridad del paciente de las comunidades autónomas.

También queremos reconocer a los referentes de seguridad del paciente de las comunidades y ciudades autónomas por su colaboración en la difusión de las encuestas entre los profesionales de sus organizaciones.

Finalmente, agradecemos a la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y a la Fundación por la Investigación, Docencia e Innovación en Seguridad del Paciente (FIDISP) por el continuo apoyo brindado a lo largo de todo el proceso de este proyecto.





Cultura de seguridad del paciente en España:
Percepciones y tendencias de los profesionales
de las organizaciones sanitarias



PRÓLOGO

La Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y la Fundación de Investigación, Docencia e Innovación en Seguridad del Paciente (FIDISP) comparten el objetivo fundamental de mejorar la seguridad del paciente en las organizaciones sanitarias. Ambas entidades, con este objetivo común, han firmado un convenio de colaboración para llevar a cabo proyectos que promuevan una atención más segura y de mayor calidad en nuestro sistema sanitario. Una de las iniciativas clave de este convenio es el proyecto de medición de la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de las organizaciones sanitarias de España.

Este proyecto se inició en enero de 2024 con la participación de un equipo multidisciplinar de profesionales de SECA y FIDISP. Ha contado, además, con el apoyo de la Subdirección de Calidad Asistencial del Ministerio de Sanidad, con el que SECA tiene un convenio de colaboración enfocado en la promoción de diversas dimensiones de la calidad asistencial, entre ellas la seguridad del paciente.

Durante los meses de marzo y abril de 2024, se enviaron encuestas para medir la cultura de seguridad del paciente a profesionales de diversas organizaciones sanitarias. Estos profesionales eran miembros tanto de SECA como de FIDISP, así como de otras sociedades científicas que mantienen convenios de colaboración con ambas entidades. También se contó con la participación de los referentes de seguridad del paciente de las distintas comunidades autónomas para enviar las encuestas a los profesionales sanitarios de cada una de ellas, tanto del ámbito de la atención hospitalaria como de la atención primaria.

El equipo de investigación ha llevado a cabo un análisis que ha dado como resultado preliminar este informe ejecutivo, el cual ofrece una primera aproximación a la percepción de la cultura de seguridad del paciente en las organizaciones sanitarias de España. Cabe destacar que este informe se alinea con los objetivos estratégicos de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020 y del Plan de Acción Global de Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud 2021-2030, subrayando nuestro compromiso con la mejora continua y la creación de sistemas de salud más seguros a nivel global.

Este informe ejecutivo está dirigido a profesionales de las organizaciones sanitarias, gestores, sociedades científicas, sindicatos y responsables de políticas sanitarias que, con su trabajo diario, contribuyen a construir un sistema de salud a nivel nacional basado en una cultura de aprendizaje y mejora continua de la calidad y la seguridad del paciente. Su objetivo es crear entornos de trabajo capaces de gestionar los riesgos y reducir la probabilidad de causar daño a los pacientes en el curso de la atención que reciben.

Esperamos que los lectores de este informe encuentren en él información relevante que les inspire a reflexionar y a implementar las propuestas presentadas con el fin de construir una atención sanitaria más segura para todos.

Inmaculada Mediavilla Herrera
Presidenta de SECA

Mari Cruz Martín Delgado
Presidenta de FIDISP

ABREVIATURAS:

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality

AP: Atención Primaria

CAP: Centro de Atención Primaria

CISEMadrid: Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad del Paciente, Comunidad de Madrid

CS: Centro de Salud

CSP: Cultura de Seguridad del Paciente

ESPSNS: Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020

HSOPS: Encuesta de Cultura de Seguridad del Paciente de la AHRQ para hospitales

ISSP: Índice Sintético de Seguridad del Paciente

JCI: Joint Commission International

MOSPS: Encuesta de Cultura de Seguridad del Paciente de la AHRQ para atención primaria

MS: Ministerio de Sanidad

Not-i-fic: Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad del Paciente de Islas Baleares

NotificASP: Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad del Paciente de Andalucía

OOSS: Organizaciones sanitarias

PS: Prácticas Seguras

SiNASP: Sistema de Notificación y Registro de Incidentes y Eventos Adversos, Ministerio de Sanidad

SINEA: Sistema de Notificación de Eventos Adversos, Comunidad Valenciana

SISNOT: Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad del Paciente de Castilla y León

SNiSP Cat: Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad del Paciente de Cataluña

SNASP: Sistema de Notificación y Aprendizaje de Seguridad del Paciente, País Vasco

SP: Seguridad del Paciente

TCAE: Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería

UGR: Unidad de Gestión de Riesgos

ÍNDICE

Infografía resultados globales	11		
1. Introducción	15		
2. Objetivos del estudio	17		
3. Metodología	18		
4. Resultados de la encuesta en hospitales	24		
4.1 Características de los profesionales.....	24		
4.1.1 Hospitales a los que pertenecen.....	24		
4.1.2 Categorías profesionales y servicios.....	25		
4.1.3 Situación laboral de los profesionales.....	26		
4.1.4 Pertenencia a sociedades científicas.....	28		
4.2 Resultados globales de la percepción de la seguridad del paciente.....	29		
4.3 Resultados por dimensiones y preguntas del cuestionario.....	30		
4.3.1 Dimensiones.....	30		
4.3.2 Análisis por las diferentes variables o preguntas.....	32		
4.4 Análisis por subgrupos.....	34		
4.4.1 Por tipos de servicios.....	34		
4.4.2 Profesionales que realizan guardias vs no guardias.....	37		
4.4.3 Profesionales directivos versus profesionales sin cargo directivo.....	37		
4.4.4 Por categorías profesionales.....	40		
4.5 Preguntas para el debate sobre los datos de los hospitales.....	41		
¿Cómo ha evolucionado la percepción de la cultura de seguridad en los hospitales en España?.....	41		
		¿Ha mejorado la comunicación franca y la notificación de incidentes para el aprendizaje en los hospitales?.....	42
		¿Qué profesionales de los hospitales tienen mejor percepción de la CSP y pueden ser clave en su promoción?.....	42
		¿El apoyo de los líderes influye en la CSP percibida por los profesionales de los hospitales?.....	43
		5. Resultados de la encuesta en Atención Primaria	45
		5.1 Características de los profesionales.....	45
		5.2 Resultados de la percepción global de seguridad del paciente.....	46
		5.3 Resultados por dimensiones y preguntas.....	48
		5.3.1 Dimensiones.....	48
		5.3.2 Análisis por diferentes variables o preguntas.....	50
		5.4 Resultados por subgrupos de análisis.....	52
		5.4.1 Por características de los profesionales: sexo, años de antigüedad y tipo de contrato.....	52
		5.4.2 Por categoría profesional: sanitarios vs no sanitarios.....	55
		5.4.3 Profesionales que hacen guardias vs no guardias.....	58
		5.4.4 Por tamaño de cupo de pacientes por profesional.....	61
		5.4.5 Por cargo de gestión en el centro versus no cargo de gestión.....	65
		5.5 Preguntas para el debate de los datos de atención primaria.....	70
		¿Cómo ha evolucionado la percepción de la CSP en AP en España?.....	70
		¿El ritmo y la carga de trabajo sigue siendo la asignatura pendiente en AP para poder mejorar la CSP?.....	71
		¿Ha mejorado de la comunicación franca y la notificación de los incidentes para el aprendizaje en AP?.....	71

¿Qué profesionales en AP tienen una mejor percepción de la CSP y pueden ser clave en su promoción?.....	72
¿Tienen los profesionales diferente valoración global de la SP que de la calidad asistencial?.....	72
¿Cómo influye la formación en calidad y seguridad del paciente en los profesionales en AP?.....	72
¿El apoyo de los líderes influye en la CSP percibida por los profesionales de AP?.....	73
6. Resultados en relación con los factores estructurales de calidad y de seguridad del paciente.....	76
6.1 Los sistemas de notificación y aprendizaje de eventos adversos.....	76
6.1.1 Resultados en hospitales.....	76
6.1.2 Resultados en Atención Primaria.....	77
6.2 Estructura de calidad y seguridad del paciente en la organización.....	79
6.2.1 Resultados en Hospitales.....	79
6.2.2 Resultados en atención primaria.....	79
6.3 Preguntas para el debate.....	82
¿Cómo ha evolucionado el uso de los sistemas de notificación entre los profesionales?.....	82
¿La existencia de una estructura de calidad/seguridad puede condicionar el clima de seguridad de los centros sanitarios?.....	83
¿Influye la existencia de planes de apoyo a las víctimas de los eventos adversos en el clima de seguridad de los centros sanitarios?.....	84
7. Fortalezas y Limitaciones del estudio.....	87
7.1 Fortalezas.....	87
7.2 Limitaciones.....	88
8. Recomendaciones para avanzar en la cultura de la seguridad del paciente.....	91
8.1 Recomendaciones a nivel de macrogestión: Ministerio de Sanidad, Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y Consejerías de Salud.....	92
8.2 Recomendaciones a nivel de mesogestión: Organizaciones sanitarias.....	92
8.3 Recomendaciones a nivel de microgestión: Unidades, servicios o equipos de trabajo de las organizaciones sanitarias.....	93
9. Glosario de términos.....	95
9.1 Términos generales.....	95
9.2 Definiciones de las dimensiones de la Cultura de Seguridad del Paciente según la HSOPS - AHRQ.....	97
9.3 Definiciones de las dimensiones de la Cultura de Seguridad del Paciente según la MOSPS - AHRQ.....	98
10. Bibliografía.....	101
11. Anexos.....	106
11.1 Tablas de resultados de encuesta de hospitales.....	106
11.2 Tablas de resultados de encuesta atención primaria.....	129
11.3 Tablas de resultados de comparación por factores estratégicos para la seguridad del paciente.....	159
11.3.1 Estructura de seguridad – Hospitales.....	159
11.3.2 Estructura de seguridad – Atención primaria.....	161
11.4 Encuestas HSOPS y MOSPS.....	163

Infografía resultados globales

Estudio SECA-FIDISP: Cultura de Seguridad del Paciente (SP) en España: Percepciones y tendencias de los profesionales de las organizaciones sanitarias, 2024



Estudio prospectivo,
descriptivo transversal



14/03/24 a
30/04/24



Encuestas de la AHRQ: • Hospitales: HSOPS 1.0
• At. Primaria: MOSPS

Análisis de la cultura SP en Hospitales: 5.212 respuestas. Comparación HSOPS 2009

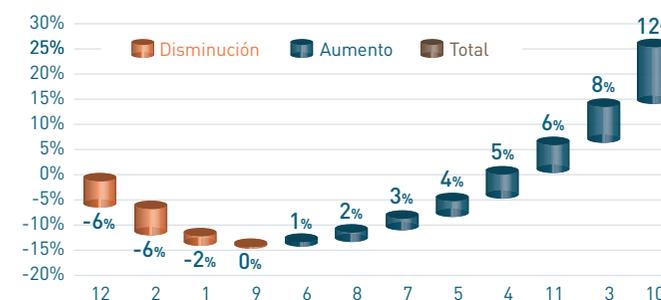
Puntuación global SP hospitales: 7,3 puntos
(7,5 puntos en 2009. Diferencia n.s.)



Enfermería 39% Medicina 28%
TCAE 12% Otros 21%

Nº	Dimensión	% posit. 2024
12	PROBLEMAS EN CAMBIOS DE TURNO Y TRANSICIONES ASISTENCIALES	48%
2	PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD	43%
1	FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS	45%
9	DOTACIÓN DE RECURSOS HUMANOS	27%
6	FACILIDAD/FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN	49%
8	RESPUESTA NO PUNITIVA A LOS ERRORES	55%
7	FEED-BACK Y COMUNICACIÓN SOBRE ERRORES	47%
5	TRABAJO EN EQUIPO EN LA UNIDAD	75%
4	APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL/MEJORA CONTINUA	60%
11	TRABAJO EN EQUIPO ENTRE UNIDADES	48%
3	EXPECTATIVAS/ACCIONES DE LOS RESPONSABLES DEL SERVICIO/UNIDAD	69%
10	APOYO DE LA GERENCIA DEL HOSPITAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	36%

Comparación respuestas + por dimensiones 2009-2024



Comparación entre grupos de participantes:

Sin diferencias ($p > 0,05$) entre grupos:

- Categorías profesionales
- Tipos de hospitales
- Número de notificaciones
- Años de profesión
- Realizar guardias

Diferencias ($p < 0,05$) con resto de profesionales:

- Servicios de urgencias menor percepción de SP.
- Equipos directivos mayor percepción de SP.

1. Frecuencia de notificación de eventos / 2. Percepción de seguridad / 3. Expectativas-acciones de los responsables del servicio o unidad / 4. Aprendizaje de la organización - mejora continua / 5. Trabajo en equipo en la unidad / 6. Facilidad - franqueza en la comunicación / 7. Feedback y comunicación sobre errores / 8. Respuesta no punitiva a los errores / 9. Dotación de recursos humanos / 10. Apoyo de la Gerencia / Dirección en seguridad del paciente / 11. Trabajo en equipo entre unidad / 12. Problemas en cambios de turno y transiciones asistenciales.

Análisis de la cultura SP en atención primaria: 2.196 respuestas. Comparación MOSPS 2011

El 80% de profesionales valoran globalmente la SP de bien a excelente (93% en 2011)

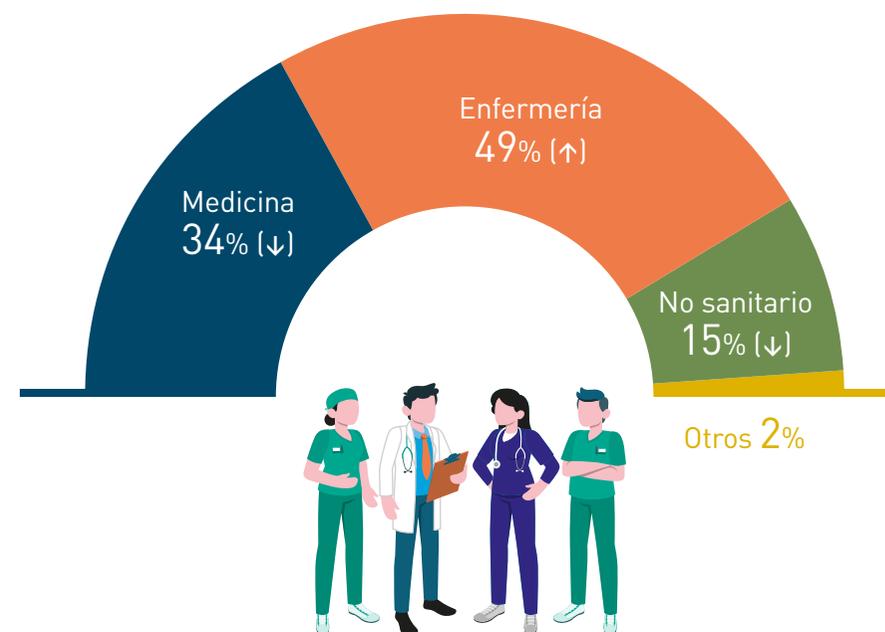
Figura: Comparación % de percepción positiva de las dimensiones de calidad y la SP



Diferencias globales 2024-2011:

- Mejora la atención efectiva. Atención equitativa queda igual.
- Disminuye atención centrada en paciente, a tiempo y eficiente.
- Todas las dimensiones de SP disminuyen respecto a encuesta 2011, salvo la de "Trabajo en equipo" que aumenta.

Participación comparada con 2011 (↕)



Mejor percepción de los profesionales si: ($p < 0,05$)

- Cupo < 1.500 pacientes.
- Si realizan guardias.
- Gestores de equipos de AP.
- Trabajadores < 1 año o no hijos.
- Sexo masculino.

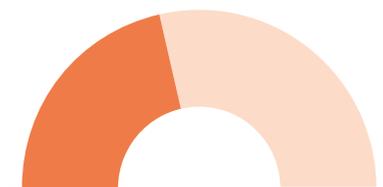
Impacto de los factores estructurales de calidad y seguridad



Sistemas de notificación de incidentes de seguridad del paciente:



- Más del 70% conoce los sistemas de notificación en hospitales y primaria.



- En atención primaria el 43% notificó un incidente (n.d. en 2011)

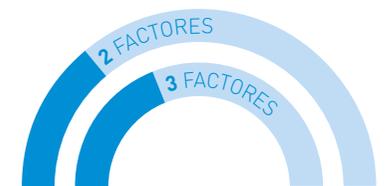


- 42% de profesionales de hospitales notificó un incidente en el último año (22% en 2009)

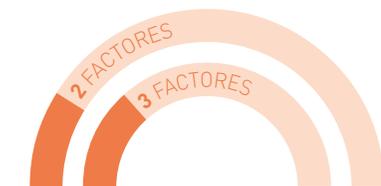
Análisis según los factores estructurales promovidos en la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020:

- 1) unidades con responsable de calidad y seguridad del paciente,
- 2) plan de respuesta a eventos adversos y
- 3) unidad de apoyo a las segundas víctimas.

Los resultados son significativos ($p < 0.05\%$) en ambos niveles asistenciales:



El grado de seguridad del paciente se incrementa un 28% en los hospitales que tienen uno o dos factores y un 38% si tiene los tres.



El grado de seguridad del paciente se incrementa un 18% en los centros de AP que tienen uno o dos factores y un 27% si tiene los tres.

RECOMENDACIONES para mejorar la cultura de seguridad del paciente en el sistema de salud

Macrogestión (Ministerio de Sanidad, CISNS y Consejerías de Salud):

- Promover una reforma legislativa para garantizar una asistencia sanitaria segura.
- Promover una regulación jurídica para los profesionales que notifican eventos adversos (EA).
- Reforzar la estructura y trabajo en red entre centros sanitarios y sistemas autonómicos de salud en SP con un espacio compartido de documentación y experiencias.
- Fomentar la formación y participación de la ciudadanía en SP.
- Incluir objetivos de SP en las estrategias de salud del Sistema Nacional de Salud.
- Facilitar la colaboración internacional en SP.

Mesogestión (Organizaciones Sanitarias):

- Designar responsables de calidad y SP en cada nivel asistencial y unidades de SP para el seguimiento y evaluación de acciones de mejora.
- Elaborar, actualizar y desarrollar planes de seguridad del paciente en las organizaciones sanitarias.
- Promover la implantación de planes de respuesta ante eventos adversos (EA) graves y unidades de apoyo a las segundas víctimas.
- Facilitar el acceso a los sistemas de notificación y aprendizaje en sus puestos de trabajo.
- Estimular la notificación, análisis y acciones de mejora a partir de incidentes notificados.
- Formar a los gestores de las organizaciones en la toma de decisiones para mejorar la SP, especialmente en atención primaria.
- Crear planes de acogida para nuevo personal con enfoque en SP.
- Adecuar la ratio de recursos humanos según carga de trabajo para mejorar la SP.
- Mejorar la coordinación, el trabajo en equipo y la comunicación efectiva entre servicios y niveles asistenciales.

Microgestión (Unidades, Servicios o Equipos de Trabajo):

- Sensibilizar a mandos de unidades, servicios y equipos sobre la importancia de la SP.
- Promover incentivos vinculados a objetivos de SP.
- Fomentar el trabajo en equipo y la gestión de riesgos con procedimientos específicos.
- Formar al personal en competencias de SP.
- Reforzar la atención urgente, la comunicación multidisciplinar y las transiciones asistenciales para reducir riesgos asistenciales.
- Activar a pacientes, familiares y cuidadores para una atención segura.

1. Introducción

Tal como define la Organización Mundial de la Salud (OMS), ofrecer una atención segura y libre de daños es fundamental para los sistemas y organizaciones sanitarias (OOSS) a nivel mundial¹. Recibir una atención sanitaria segura es un derecho de la población², ya que sin seguridad no hay calidad asistencial. De este modo, la seguridad del paciente (SP) se erige como una dimensión esencial de la calidad asistencial.

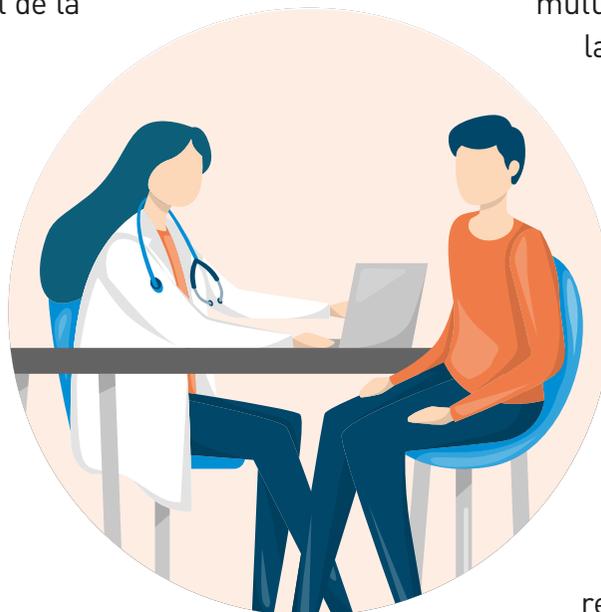
El daño derivado del proceso asistencial descredita la calidad de cualquier servicio prestado, y en muchas ocasiones sus consecuencias son irreversibles. Aunque la asistencia sanitaria no está exenta de riesgos, la evidencia disponible demuestra que muchos de estos daños son evitables cuando las OOSS adoptan enfoques organizacionales de alto nivel, orientados a la mejora de los procesos asistenciales, las condiciones de trabajo de los profesionales y la aplicación de prácticas seguras (PS) con efectividad demostrada.

Crear una cultura de SP en las OOSS es clave para avanzar hacia una atención más segura. La cultura organizacional hace referencia a las creencias, valores y normas compartidos por el personal en toda la organización, los cuales influyen en sus acciones y comportamientos. En particular, la cultura de seguridad del paciente es

el grado en que estas creencias, valores y normas apoyan y promueven la atención segura a los pacientes.

Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva³ se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua, la importancia compartida de la seguridad y la confianza en la efectividad de las acciones preventivas. La cultura de seguridad es un pilar fundamental para una atención más segura, ya que el proceso asistencial conlleva riesgos potenciales para los usuarios. Estos riesgos pueden desencadenar eventos adversos no deseables, frecuentemente producidos por la concatenación de múltiples fallos en el complejo sistema sanitario actual, pero muchos de estos eventos son prevenibles.

La cultura de seguridad del paciente busca minimizar continuamente el daño que podría resultar del proceso de atención. Se introduce, así, el concepto de cultura de seguridad dinámica, que consolida las acciones y comportamientos adoptados por los profesionales para reducir el daño en su trabajo diario. Dado que la cultura es mutable, un entorno puede transformarse en otro más positivo a través del liderazgo y una gestión adecuada⁴ de los riesgos.



Promover la cultura de SP en las OOS es un reto de alcance internacional, presente desde la publicación del informe del IOM en 1999, “To err is human”⁵, y que sigue siendo un tema clave en el Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030. Este plan recomienda la realización de encuestas periódicas sobre la cultura de seguridad para identificar carencias y proponer innovaciones alineadas con la experiencia internacional y las mejores prácticas. Además, establece un indicador de evaluación “número de países, regiones u OOS que realizan periódicamente encuestas de CSP”. En el informe de evaluación del plan de acción mundial de 2024⁶, se identificó que solo un 26% de los países informa que sus gobiernos han hecho esfuerzos para mejorar la CSP en las organizaciones y servicios sanitarios.

Los estudios sobre cultura de seguridad del paciente, como el informe de la OCDE en hospitales de diferentes países⁷, proporcionan una valiosa información que inspira a países y organizaciones a avanzar en la consolidación de la CSP, promoviendo una cultura de medición y mejora continua.

En nuestro país, el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS) 2006-2010⁸ y la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS 2015-2020⁹ (ESPSNS) han impulsado actividades para mejorar la cultura de seguridad entre los profesionales de la salud, incluyendo la medición de la CSP. En 2009 se llevó a cabo la primera encuesta de CSP en hospitales del SNS¹⁰, y en 2011 la primera encuesta en atención primaria (AP)¹¹, ambas basadas en los cuestionarios de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)¹² de Estados Unidos, Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) para hos-

pitales y Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS) para atención primaria.

Sin embargo, numerosos factores han podido modificar la CSP desde entonces tanto en hospitales como en atención primaria. La pandemia de COVID-19 ha tenido un gran impacto en la forma de trabajar de los profesionales sanitarios, afectando también a la seguridad del paciente en todos los sistemas de salud, tal como expone el informe de la OMS sobre el impacto de la pandemia en la seguridad del paciente.

A nivel nacional, en el año 2020 concluyó la implementación de la ESPSNS del SNS 2015-2020. Su evaluación ha informado cómo los servicios de salud de las comunidades autónomas han promovido la CSP en sus organizaciones, las actividades de formación promovidas y las buenas prácticas o prácticas seguras desplegadas en las organizaciones. El impacto del despliegue de la ESPSNS en la cultura de seguridad del paciente de los profesionales se podrá evaluar a través de la percepción de la cultura de seguridad de los profesionales actualmente.

En este contexto de evaluación, es crucial medir el nivel actual de la cultura de seguridad del paciente en los profesionales que trabajan en las OOS españolas, y determinar si la pandemia y el despliegue de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 han tenido algún impacto en comparación con la situación previa, medida a nivel nacional en hospitales en 2009 y en APS en 2011. Esta nueva evaluación permitirá establecer recomendaciones para mejorar la cultura de seguridad del paciente en el SNS y contribuir a la elaboración de la nueva ESPSNS.

Descrita la situación actual, en este momento clave para mejorar la CSP en nuestro sistema de salud español, la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y la Fundación para la Investigación, Docencia e Innovación en Seguridad del Paciente (FIDISP), en el marco de su convenio de colaboración, se comprometen a medir

de nuevo la CSP en hospitales y centros de atención primaria nacionales. Esta medición reflejará la situación actual tras la pandemia y propondrá estrategias de mejora para fortalecer la cultura de seguridad del paciente y garantizar una atención más segura.

2. Objetivos del estudio

Objetivo general:

Evaluar la percepción de los profesionales que trabajan en las organizaciones sanitarias en España sobre la cultura de seguridad del paciente.

Objetivos específicos:

- Analizar cómo perciben los profesionales las distintas dimensiones de la seguridad del paciente, incluyendo su evaluación global de la calidad asistencial tanto en atención hospitalaria como en atención primaria.
- Identificar los factores sociodemográficos, laborales y organizacionales que están asociados con una percepción positiva de la seguridad del paciente en los dos niveles asistenciales.
- Reconocer las dimensiones de la seguridad del paciente percibidas como fortalezas, así como las áreas que requieren mejorar en los dos niveles asistenciales.
- Comparar los resultados obtenidos con encuestas previas sobre cultura de seguridad del paciente a nivel nacional, tanto en hospitales como en atención primaria.
- Analizar el impacto de los factores estructurales promovidos desde la ESPSNS en la cultura de seguridad del paciente en ambos niveles asistenciales.
- Identificar áreas de mejora globales a partir del análisis de las respuestas con un menor nivel de resultados de percepción positiva.
- Proponer recomendaciones concretas para mejorar la cultura de seguridad del paciente en los diferentes niveles de gestión del sistema sanitario de España.



3. Metodología

Se diseñó un estudio prospectivo, descriptivo, transversal para medir la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales que trabajan en las organizaciones sanitarias españolas tanto en hospitales como en atención primaria.

Población:

Todos los profesionales que trabajaban en organizaciones sanitarias tanto en hospitales como en atención primaria en el territorio nacional y que voluntariamente quisieran participar en el estudio.

Encuesta de medición de cultura de seguridad del paciente:

Como instrumentos de medición de CSP se utilizaron las encuestas de la AHRQ traducidas y validadas en español: HSOPS versión 1.0 para hospitales y MOSPS para atención primaria.

El cuestionario HSOPS¹³:

Esta organizado en 12 dimensiones que recogen 3 percepciones de la CSP:

- CSP del profesional: Frecuencia de EA notificados y Percepción de la SP.

- CSP del servicio/unidad: Expectativas de los responsables del servicio, acciones de mejora continua, trabajo en equipo en la unidad, facilidad de comunicación, *feed-back* y comunicación de errores, respuesta no punitiva, dotación de recursos humanos.
- CSP del hospital: apoyo de la gerencia, trabajo en equipo entre unidades, problemas en las transiciones asistenciales.

Además, incluye una pregunta sobre la calificación general de la seguridad dentro del entorno de la persona que responde la encuesta y otra sobre el número de eventos reportados durante el último año, además de las variables de clasificación socio-profesional. Asimismo, la pregunta 52 recoge en texto libre las observaciones, comentarios y propuestas de los profesionales.

El cuestionario MOSPS para atención primaria¹⁴:

Las 10 dimensiones que recoge la encuesta MOSPS hacen referencia a las percepciones de los profesionales sanitarios y no sanitarios de manera individual y trabajando en el centro de salud:

CSP individual/equipo: Comunicación sobre errores; Comunicación franca; Procesos y estandarización en el centro de salud; Aprendizaje organizacional; Percepciones generales de la seguridad del paciente y la calidad; Apoyo del propietario/socio gerente/liderazgo para la seguridad del paciente; Seguimiento/monitoreo del cuidado del pa-

ciente; Formación del personal; Trabajo en equipo; Presión y ritmo de trabajo.

Además, la encuesta para AP incluye nueve variables que miden problemas de seguridad del paciente y calidad y cinco variables sobre el intercambio de información con otros entornos. Una pregunta sobre CSP y seis preguntas sobre la calificación general de la calidad y la seguridad.

El cuestionario de atención primaria traducido y validado al español cuenta con las 12 dimensiones y las preguntas del MOSPS. Sin embargo, para su validación en el entorno de trabajo del sistema de salud en España se incluyeron 3 subdimensiones 5b, 6b y 9b para detectar las diferencias entre profesionales sanitarios y no sanitarios. En la tabla 1 está detallada la estructura de las dimensiones y variables que se recogen en el cuestionario de atención primaria:

Tabla 1: Dimensiones del cuestionario MOSPS traducido, adaptado y validado a nivel nacional

1. Listado de aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente y temas de calidad. Acceso a la atención Identificación del paciente Manejo de la historia clínica de pacientes Equipamiento Médico Uso de Medicación Manejo de resultados de pruebas diagnósticas
2. Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales
3. El trabajo en equipo
4. La presión asistencial y el ritmo de trabajo
5. Formación de personal no sanitario: 5b. Formación del personal sanitario *
6. Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales no sanitarios 6b. Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales sanitarios *
7. Comunicación franca/ abierta entre el personal
8. Del seguimiento en la atención al paciente
9. Comunicación acerca de error. Profesionales no sanitarios 9b. Comunicación acerca del error. Profesionales sanitarios*
10. Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente
11. Aprendizaje de la Organización
12. Percepciones generales de la Seguridad del Paciente y Calidad: G1. ¿Cómo puntuaría a su Centro de Salud en cada una de las siguientes dimensiones de la calidad asistencial? G1a,b,c,d,e: centrado en el paciente, efectivo, a tiempo, eficiente y equitativo G2: Puntuación global en seguridad del paciente

- En negrita las dimensiones incorporadas en la traducción y validación para el sistema de salud español. Torijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G, Astier-Peña MP, Maderuelo-Fernández JÁ, Silvestre-Busto C. Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de atención primaria en España [Validation of a questionnaire to assess patient safety culture in Spanish Primary Health Care professionals]. Aten Primaria. 2013 Jan;45(1):21-37. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2012.07.003.

Preguntas específicas sobre aspectos relacionadas con la estructura de Seguridad del Paciente

En ambos cuestionarios, se añadieron preguntas relacionadas con aspectos estructurales relevantes para la cultura de seguridad del paciente y promovidos en las líneas estratégicas de la ESPSNS 2015-2020: 1) si existe la figura de responsable de calidad y/o seguridad del paciente (organización/servicio/centro de salud); 2) si existe un plan de respuesta de su organización ante eventos adversos graves; 3) si existe una unidad de apoyo a las segundas víctimas; 4) conocimiento del sistema de notificación que utilizan en su organización. Finalmente, si en su organización se identificaban las reclamaciones de los pacientes sobre seguridad del paciente. Por otra parte, se añadió una pregunta relativa a la pertenencia del profesional a una sociedad científica.

Tamaño muestral estimado

Se calculó un tamaño muestral para un análisis global teniendo en cuenta una población finita según los datos del SNS de 2021 de población profesional sanitaria —ver anexo 3—. Se consideró un 5% de máxima imprecisión ($\epsilon = 5\%$) asumiendo una estimación de respuestas negativas del 50% y un nivel de confianza para la estimación del 95% (error alfa 5%). Con estos parámetros se precisaba un mínimo de 384 encuestas para cada una de las encuestas (hospital y atención primaria). A este valor se añadió un 15 % de pérdidas (encuestas incompletas o repetidas), siendo el tamaño mínimo recomendado final de 442 encuestas. Este tamaño era el mínimo necesario para analizar los datos de cada segmentación que se fuera a considerar en el análisis.

Distribución de la encuesta

La encuesta se distribuyó a los socios de SECA y FIDISP así como a los de las sociedades con convenio de colaboración con ambas (Anexo 11.5. Listado de sociedades)

Se ofreció participar en el estudio a los servicios de salud de las comunidades y ciudades autónomas a través de los referentes de seguridad del paciente con la colaboración del Ministerio de Sanidad. Numerosos referentes solicitaron participar en el estudio. Se remitieron los enlaces a la encuesta de hospitales y atención primaria específicos para cada comunidad autónoma solicitante. Cada servicio de salud ha distribuido la encuesta entre sus profesionales.

En la sección de anexos figura el detalle de las preguntas de los cuestionarios (ver Anexo 11.4.)

Cumplimentación y difusión de las encuestas

La encuesta HSOPS con las variables añadidas sobre factores estructurales tiene 58 preguntas y se cumplimentaba en 14 minutos, mientras que la MSOPS presentaba 35 preguntas y se cumplimentaba en 13 minutos. La encuesta se preparó y distribuyó para la cumplimentación con el programa Survey Monkey® que permitía la realización de encuesta en línea. Se emplearon para su difusión sistemas de recopilación de respuestas (URL y códigos QR) remitidos a través de correo electrónico. La encuesta se reenvió en 3 ocasiones al Ministerio de Sanidad para su recordatorio a los referentes de seguridad del paciente de las comunidades autónomas, y a las socie-

dades y organizaciones en colaboración para que fuera reenviado a los profesionales sanitarios.

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de los datos recogidos con las encuestas aplicando la metodología de la AHRQ y de su adaptación española^{13,14,15} segmentando el análisis por las características de la población de ambas encuestas (edad, sexo, categoría profesional, responsabilidad, servicio, número de tarjetas sanitarias adscritas... etc), así como las variables sobre las dimensiones de la cultura de seguridad y las incorporadas en relación con las acciones vinculadas a la estrategia de seguridad del paciente nacional.

Los cuestionarios constaban de variables cuyo enunciado se preguntaba en “negativo”, manteniendo la escala de respuesta de “1-muy en desacuerdo” a “5- muy de acuerdo”. En estas preguntas, para la realización del análisis se consideró como muy positivas aquellas respuestas contestadas en “1” y “2” de las preguntas de enunciado negativo, siguiendo la metodología de la AHRQ. Estas preguntas identificaron con una “R” en las tablas de resultados del documento, para facilitar una interpretación adecuada de los resultados.

Se identificaron las dimensiones con puntuaciones positivas o muy positivas (dimensiones y preguntas con valores de más de 70% de preguntas positivas) y las negativas como aquellas con valores por encima del 40% de respuestas negativas, adaptando las recomendaciones de análisis de la AHRQ que recomiendan porcentajes de 75% de positivas y más de 50% de negativas. En el cuestionario

HSOPS versión 1.0 del 2009 se valoraban como puntos débiles las dimensiones con tasa de respuestas negativas del 50% o más. En la nueva versión actual HSOPS 2.0 de la AHRQ cambió el concepto de las dimensiones de mejora y se consideran aquellas con menos respuestas positivas. Para el análisis de las propuestas de mejora se siguió esta recomendación y se seleccionó el punto de corte de las preguntas que tienen una puntuación de respuestas positivas inferior al 50%.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables cuantitativas con frecuencia absolutas y porcentajes. Las comparaciones realizaron mediante la prueba de ji al cuadrado de Pearson o, alternativamente, mediante el test de Fisher (cuando los efectivos calculados fueron inferiores a 5) para las variables cualitativas y la prueba de la t de Student para las variables cuantitativas. Se consideró un nivel de significación de $p < 0,05$. En aquellas tablas con una distribución superior a 2 x 2 se redujeron las categorías para dicotomizar y ganar significación en el análisis de las variables.

En la encuesta MOSPS, las preguntas tenían diferentes escalas de medida según las secciones del cuestionario. La valoración de las respuestas realizó otorgando el valor 1 cuando la respuesta seleccionada expresaba una percepción más negativa a la SP y el valor de 5 ó 6 cuando expresaba la actitud más positiva o percepción más favorable. Para poder realizar un análisis comparativo de todas las dimensiones, la escala de respuesta original para las secciones A y B (“Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad” e “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales”), que tenía 6 categorías de respuesta, se transformó a una escala de

rango 1 a 5, al igual que el resto de secciones aplicando la fórmula: puntuación asignada en la escala original (PEO) x (4/5) + 0,2.

En el caso de la encuesta MOSPS, se calculó una puntuación resumen específica de cada dimensión mediante la media de las puntuaciones otorgadas a las preguntas que integraban la dimensión correspondiente, como en el estudio de AP de 2011. Esta puntuación se denominó Índice Sintético de Seguridad del Paciente (ISSP) y se calculó para el conjunto del cuestionario y para cada dimensión para mejorar la comparación entre dimensiones y valores globales de encuestas. El ISSP tenía un rango de 1 a 5 y se consideró que un profesional tenía una percepción positiva, en una determinada dimensión o en el ISSP, si tenía una puntuación > 3 y la percepción era claramente positiva si era ≥ 4 , como se hizo en la encuesta de CSP de AP de 2011.

En el conjunto del estudio, y basado en su amplio tamaño muestral, las diferencias entre porcentajes de preguntas positivas o negativas superiores al 5% se consideraron significativas.

En el Anexo 11.1. se detallan las tablas de resultados globales de las encuestas de hospitales.

En el Anexo 11.2. se detallan las tablas de los resultados globales de las encuestas de atención primaria.

En el Anexo 11.3. se detallan las tablas del análisis de los factores estructurales vinculados al despliegue de la ESPSNS 2015.2020.

Aspectos éticos y confidencialidad de los datos:

La cumplimentación de la encuesta ha sido anónima. Durante todo el desarrollo del estudio se ha mantenido el anonimato del encuestado y de los datos obtenidos en base a lo estipulado en las normas de protección de datos del Reglamento Europeo de Protección de Datos (Reglamento UE 2016/679) y la política de privacidad de datos de Fundación FIDISP y de SECA.

La información recogida no identificaba en ningún momento al profesional declarante, ni centros sanitarios (excepto que se solicite la petición de URL), ni tampoco datos de pacientes, existiendo tan sólo la opción voluntaria de declarar el correo electrónico por el participante, con objeto de notificarle los resultados de la encuesta y otras informaciones relacionadas. Para ello, la persona que cumplimentaba la encuesta debía marcar previamente su autorización.

En el presente documento, el uso del masculino tiene un carácter genérico e inclusivo, refiriéndose a todas las personas, independientemente de su género, con el fin de simplificar la redacción.

Cultura de seguridad del paciente en España:
Percepciones y tendencias de los profesionales
de las organizaciones sanitarias



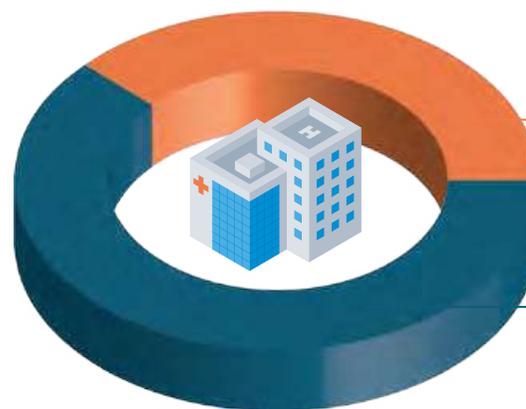
4. Resultados de la encuesta en hospitales

4.1 Características de los profesionales

El número de respuestas válidas fue de 5.212 sobre un total de 7.101 recibidas (73%). Se consideraron válidas aquellas que contestaban a todas las preguntas del cuestionario excepto la pregunta 52 de texto libre. Las respuestas se corresponden a profesionales de las diferentes comunidades autónomas con diversos niveles de participación. El conjunto de la muestra representa la percepción de la cultura del conjunto de profesionales que trabaja en la atención hospitalaria en nuestro país.

4.1.1 Hospitales a los que pertenecen

Los profesionales que contestaron la encuesta estaban adscritos a hospitales de agudos y hospitales de crónicos o intermedios, tanto públicos como privados

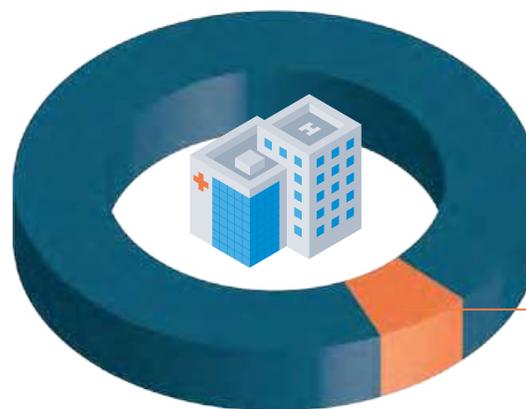


38%

Hospitales de crónicos o intermedios

62%

Hospitales de agudos



94%

Hospitales de Públicos

6%

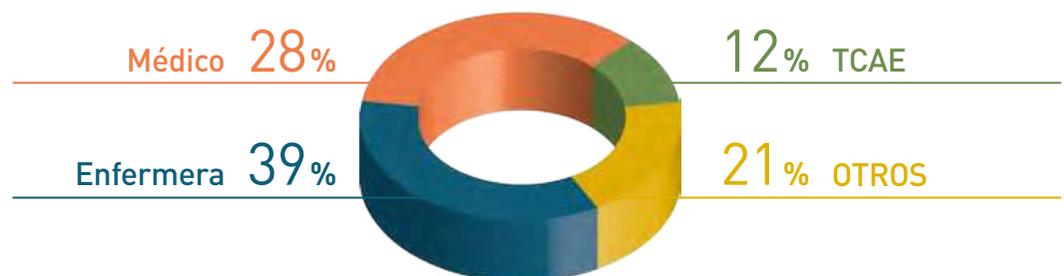
Hospitales Privados

4.1.2 Categorías profesionales y servicios

Sobre las 5212 respuestas válidas se consideraron 16 categorías profesionales y 24 servicios. En ambos existe un apartado de "Otros" para aquellos profesionales que no se identificaban con ninguno de los apartados especificados. Los servicios se agruparon en Especialidad Médica, Quirúrgica, Transversal, Urgencias y Otros según criterios consensuados por los miembros de los grupos de trabajo. La distribución de servicios por bloques es la siguiente Tabla-2:

Tabla 2: Distribución de servicios por grupos de especialidades según la encuesta HSOPS

Especialidad Médica	Hemodiálisis / Hospitalización a domicilio / Medicina Interna / Nefrología / Neurología / Oncología / Pediatría / Salud Mental - Psiquiatría / UCI (cualquier tipo).
Especialidad Quirúrgica	Anestesiología-Reanimación / Área Quirúrgica (Enfermería) / Cirugía / Obstetricia-Ginecología / Traumatología / Urología.
Especialidad Transversal	Admisiones / Diversas Unidades / Farmacia / Laboratorio / Medicina Nuclear / Radiología-Diagnóstico por Imagen / Rehabilitación.
Especialidad Urgencias	Servicio de Urgencias.
Especialidad Otros	Todas las no comprendidas en los grupos anteriores.



Por agrupación de servicios, a las especialidades definidas como médicas le correspondían un 31% de las respuestas, a las quirúrgicas un 19%, a las transversales un 16%, a urgencias un 8% y a otros un 25%. Si comparamos estas agrupaciones con la encuesta del año 2009, encontramos que existe una menor participación en el 2024 de profesionales de especialidades quirúrgicas a expensas de incremento de participación de especialidades transversales, médicas y otros, tal como se recoge en la siguiente Tabla-3:

Tabla 3: Distribución por Servicios: comparación encuestas 2024 vs 2009

	% Enc 2024	% Enc 2009	Inc
Esp. Médica	31%	29%	8%
Esp. Quirúrgica	19%	28%	-32%
Transversal	16%	11%	46%
Urgencias	8%	9%	-6%
Otro	25%	23%	9%

En cuanto a profesiones, un 39% se correspondían a enfermería, un 28% a médicos, un 12% a TCAE y un 21% a otros.

A la hora de comparar estos datos con los de la encuesta del año 2009 conviene destacar que en el apartado de profesiones se ha otorgado identidad propia al colectivo de TCAE en contraste con el documento de 2009 que las incluye dentro de Enfermera. De este modo

se observa que las respuestas de enfermería han decrecido del 62% al 39% (recordar el 12% de TCAE incluidos en la primera encuesta), el de médicos del 33% al 28% mientras que las respuestas de Otros han pasado de un 3% a un 19%.

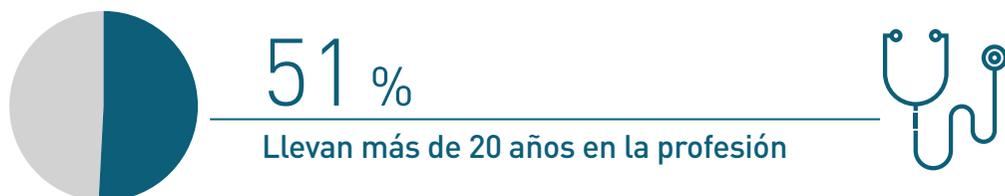
Un 81% de profesionales manifiesta tener contacto directo con el paciente. Esta cifra era de más del 90% en la encuesta anterior

Los datos detallados por categorías y servicios se recogen en el anexo 11.1

4.1.3 Situación laboral de los profesionales

Las preguntas del cuestionario original que hacen referencia a este tema incluyen jornada laboral semanal, años en la profesión, años en el hospital y años en el servicio. El grupo de trabajo incluyó una pregunta para saber si habitualmente realizaban guardias para poder discriminar determinadas valoraciones según este parámetro.

El 62% de profesionales tienen una jornada laboral de 20 a 39 horas semanales y un 36% de 40 horas semanales o más. Sin duda en este último grupo se deben incluir aquellos profesionales que realizan guardias habitualmente. Los datos detallados se recogen en el anexo 10.1. En comparación con 2009, existe diferencia en este grupo en relación con la encuesta anterior ya que en aquella el porcentaje de profesionales con jornadas semanales de 40 horas o más era del 42% y los de entre 20 y 39 horas un 57%.



En cuanto a años en el hospital el grupo más numeroso corresponde a los profesionales con más de 20 años de permanencia (29%) seguido de aquellos con entre 1 y 5 años (24%). En la encuesta anterior estos datos eran inferiores siendo de 23% más de 20 años y 21% entre 1 – 5 años. En el resto de las opciones hay un descenso de entre el 2% y el 3%.

En el caso de años en la unidad predominan los que llevan entre 1 y 5 años (37%), estando en segundo lugar los que llevan entre 6 y 10 años (19%). Aquí también ha habido un aumento en estas dos categorías respecto a la encuesta anterior (2% entre 1 y 5 años y 6% entre 6 y 10 años) mientras que en el resto de las opciones ha habido un descenso de entre 1% y 3%.

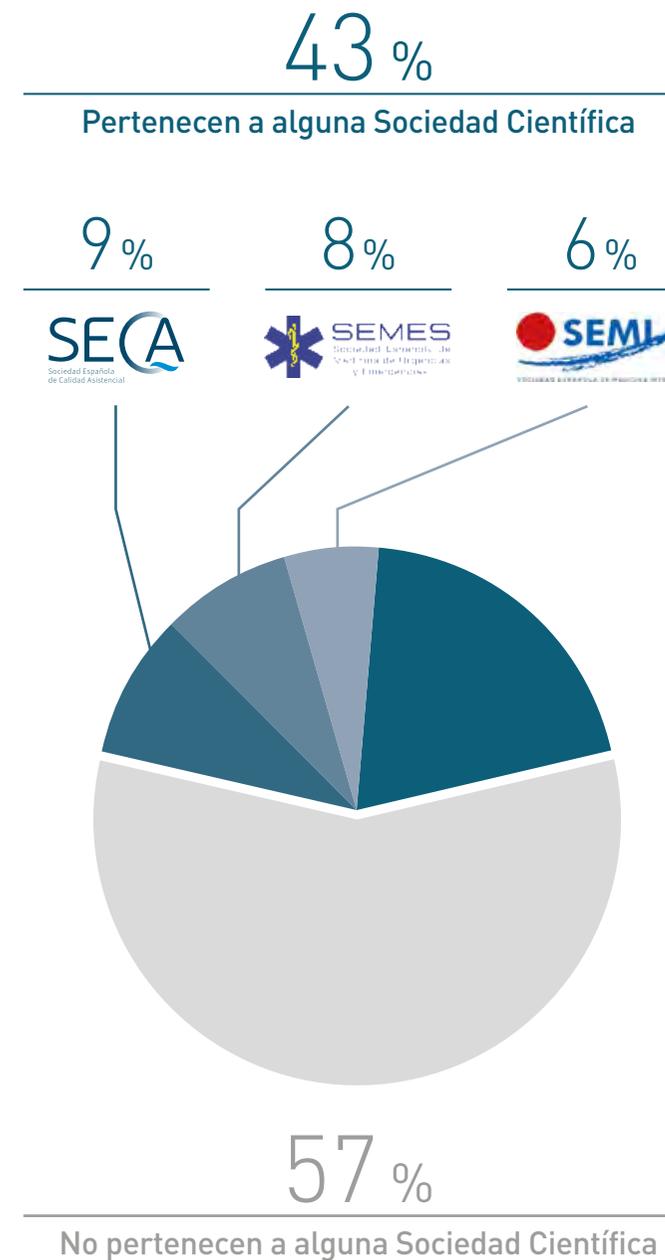
Analizando los años de profesión observamos que los que llevan más de 20 años suponen un 51%, seguidos a distancia de los que llevan entre 16 y 20 (16%). En comparación con la encuesta anterior estas dos categorías incrementan un 9% y un 1% respectivamente. Otra categoría que incrementa es la de entre 1 y 5 años con un 2%. Del resto muestra valores inferiores (Tabla 4).

Tabla 4: Distribución de años de trabajo en la unidad o servicio según hospital, unidad y profesión

Años	Años de trabajo					
	Hospital		Unidad		Profesión	
	N	%	N	%	N	%
<1	67	1,29%	167	3,20%	10	0,19%
1-5	1.229	23,58%	1.947	37,36%	540	10,36%
6-10	841	16,14%	997	19,13%	596	11,44%
11-15	716	13,74%	645	12,38%	586	11,24%
16-20	845	16,21%	602	11,55%	838	16,08%
21 o más	1.505	28,88%	842	16,16%	2.633	50,52%
No especifica	9	0,17%	12	0,23%	9	0,17%
Total	5.212	100,00%	5.212	100,00%	5.212	100,00%

4.1.4 Pertenencia a sociedades científicas

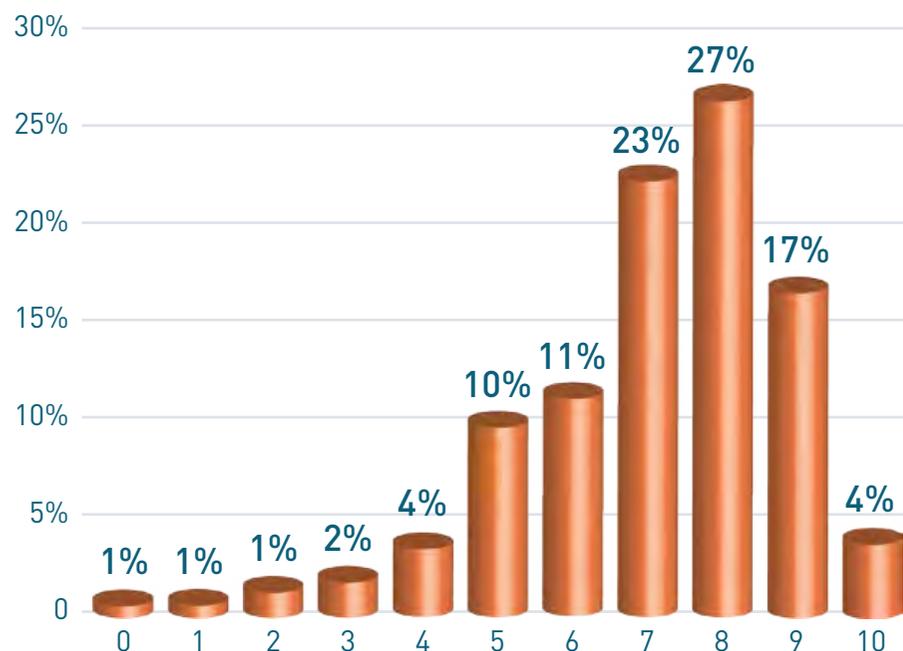
El grupo de trabajo añadió estas dos preguntas al cuestionario original para realizar análisis más detallados en fases posteriores.



4.2 Resultados globales de la percepción de la seguridad del paciente

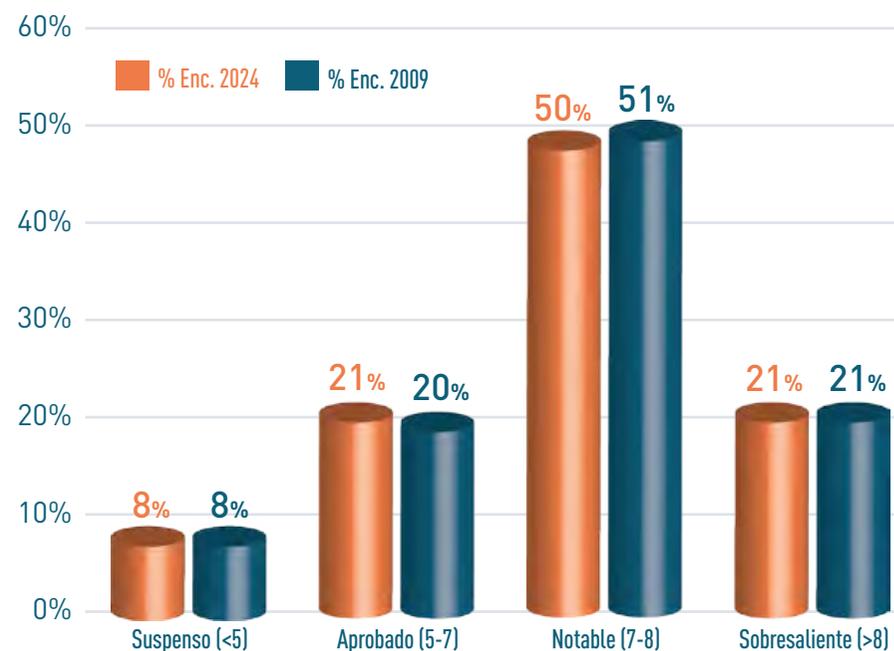
El grado de seguridad se valoró en una escala del 0 al 10. Los resultados se expresan en un gráfico con datos numéricos, la mediana es 7,3 sin diferencias significativas con la de la encuesta anterior (7,5). Tampoco hay diferencias entre los diferentes grupos de puntuaciones. (Gráfico 1).

Gráfico 1: Distribución de porcentajes de la escala de percepción global de la seguridad del paciente



El grado de seguridad se analizó también según colectivo profesional, grupo de especialidades, tipo de hospital, número de incidentes notificados, años en la profesión, realización de guardias, existencia de responsable de calidad/seguridad en el centro, existencia de plan de respuesta ante EA y existencia de plan de apoyo al profesional.

Se detectaron diferencias estadísticamente significativas en el caso de existencia de responsable de calidad/seguridad en el centro, existencia de plan de respuesta ante EA y existencia de plan de apoyo al profesional en favor de los profesionales de instituciones que disponían de estas estructuras, como se comenta con mayor detalle



en el capítulo 6. Asimismo, fueron estadísticamente significativas las diferencias en el caso de los profesionales de los servicios de urgencias, que otorgaron una puntuación más baja al grado de seguridad que los pertenecientes a otros servicios (6,6 versus 7,3 general), hecho que también comentamos más detalladamente en el apartado 4.4.

No existen diferencias significativas en el grado de seguridad en función del tipo de hospital, colectivos profesionales, número de incidentes notificados, años en la profesión o la realización de guardias.

4.3 Resultados por dimensiones y preguntas del cuestionario

4.3.1 Dimensiones

El porcentaje de respuestas positivas es del 54% y el de las negativas del 24%. La distribución de las respuestas por dimensión se recoge en la siguiente tabla (Tabla 5).

Tabla 5: Distribución de las respuestas positivas, neutras y negativas según dimensiones de la encuesta de hospitales



La dimensión que alcanza el 75% de respuestas positivas es el de “Trabajo en equipo en la unidad” por lo que se puede considerar punto fuerte. A destacar también las “expectativas/acciones de los responsables del servicio/unidad” con un 69%.

La dimensión que sobrepasa el 50% de respuestas negativas es la de “dotación de recursos humanos” con un 61%, por lo que se puede considerar como punto claro de mejora.

Las dimensiones relacionadas con la notificación (“frecuencia de eventos notificados”) y con la comunicación (“facilidad/franqueza en la comunicación” y “*feed-back* y comunicación sobre errores”) tiene el mayor número de respuestas neutras.

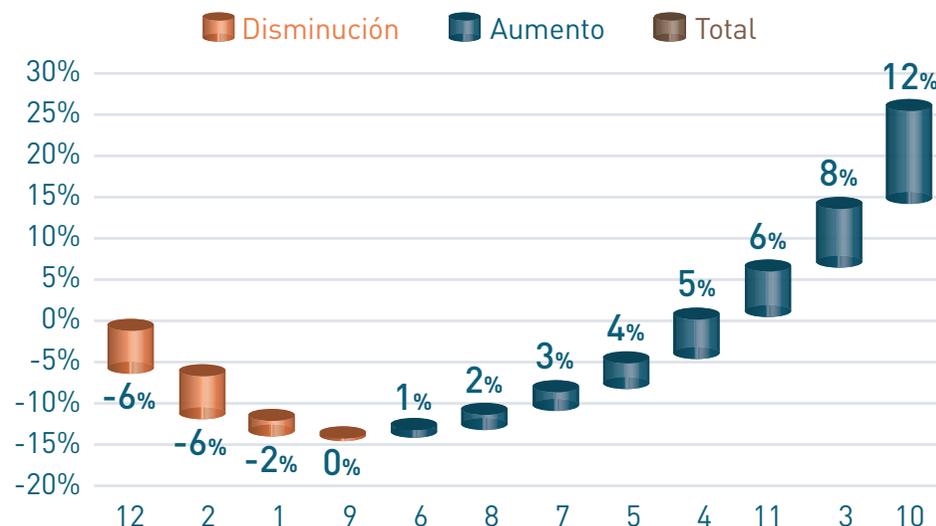
Con respecto a los datos de la encuesta de 2009, y considerando las respuestas positivas se observaron diferencias significativas de mejora (diferencia superior o igual al 5%) en 4 dimensiones destacando el “apoyo de la dirección/Gerencia del hospital en Seguridad del Paciente” con una diferencia del 12% y “Expectativas/acciones en seguridad del paciente de los responsables del servicio/unidad” con un 8%. Otras 4 dimensiones mostraron mejora de las respuestas positivas entre un 1 y un 4%. 4 dimensiones obtuvieron menos respuestas positivas que en la encuesta de 2009, especialmente “Problemas en cambios de turno y transiciones asistenciales” y “Percepción de Seguridad” con un -6% cada una de ellas.

En lo que se hace referencia a las respuestas negativas nos encontramos con que 7 dimensiones tienen menos respuestas negativas en comparación con la encuesta del 2009. En 3 de ellas la diferencia es igual o superior al -5% con mención especial de la dimensión “Apoyo de

la Dirección/gerencia en Seguridad del Paciente” con un -8%, “Trabajo en equipo entre unidades” con un 6% y “Aprendizaje Organizacional / Mejora continua” con un 5%. Cinco dimensiones tienen un mayor número de respuestas negativas con una diferencia que no supera el 5%.

En la siguiente gráfica se puede ver la comparación de las respuestas positivas por dimensiones entre las dos encuestas (2009 vs 2024) (Gráfico 2).

Gráfico 2: Distribución de las diferencias de % de puntuaciones positivas por dimensiones entre la encuesta HSOPS 2009 y la encuesta HSOPS 2024



1. Frecuencia de notificación de eventos / 2. Percepción de seguridad / 3. Expectativas-acciones de los responsables del servicio o unidad / 4. Aprendizaje de la organización – mejora continua / 5. Trabajo en equipo en la unidad / 6. Facilidad – franqueza en la comunicación / 7. *Feed-back* y comunicación sobre errores / 8. Respuesta no punitiva a los errores / 9. Dotación de recursos humanos / 10. Apoyo de la Gerencia /Dirección en seguridad del paciente / 11. Trabajo en equipo entre unidad / 12. Problemas en cambios de turno y transiciones asistenciales

4.3.2 Análisis por las diferentes variables o preguntas

En este punto hemos valorado aquellas variables que tienen un porcentaje de respuestas positivas igual o superior al 70% para poder tener una visión más amplia de acciones de mejora. Estas variables pertenecen a 4 dimensiones. En concreto, todas las variables de la dimensión “Trabajo en equipo en la unidad/servicio” superan el 70%. Las diferencias más positivas pertenecen a preguntas de las dimensiones: Expectativas y acciones de los responsables de la unidad/servicio que favorecen la seguridad del paciente y Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio.

Las diferencias respecto a la encuesta anterior en estas variables muestran un incremento de positividad en todas ellas excepto en “cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para que no ocurra de nuevo” (-3%). Hay dos variables que mejoran notoriamente destacando “Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente” que mejora en un 10% y “Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente” que lo hace en un 5%. El resto de las variables mencionadas en la tabla mejoran entre un 2% y un 4%

Las variables con una tasa de respuestas negativas igual o superior al 40% pertenecen a 4 dimensiones. En concreto, tres de las variables de la dimensión “Dotación de personal” superan el 60%. Los valores negativos de 50% o más (debilidad según criterios AHRQ) pertenecen a 2 dimensiones.

En lo que se refiere a las puntuaciones negativas de las variables comparadas con el trabajo del año 2009 sólo empeora en un 4% “En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal”. El resto se mantiene igual o mejora entre un 1% y 4% excepto “La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente” que mejora en un 11% (Tabla 6).

Tabla 6: Top positivas. Distribución de las preguntas con un porcentaje de respuestas positivas superior al 70%

Pregunta	Dimensión	Pregunta	% positivas
1	F5	El personal se apoya mutuamente.	81%
22	F3	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	78% ^R
4	F5	En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	77%
9	F4	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	74%
11	F5	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	72%
8	F8	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	71% ^R
3	F5	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	71%
20	F3	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	70%

F3=Expectativas y acciones de los responsables de la unidad/servicio que favorecen la seguridad del paciente; F4=Aprendizaje organizacional /mejora continua; F5= Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio; F8= Respuesta no punitiva a los errores. R= interpretación en reverso

Tabla 7: Top negativas. Distribución de las preguntas con un porcentaje de respuestas negativas superior al 40%

Pregunta	Dimensión	Pregunta	% negativas
5	F9	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	66%
14	F9	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	65%
2	F9	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	61%
15	F2	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	55%
7	F9	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	53%
24	F11	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	49%
31	F10	La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	44%
10	F2	No se producen más fallos por casualidad.	43%

F2= Percepción de seguridad; F9=Dotación de personal; F10= Apoyo de la gerencias del hospital a la seguridad del paciente ; F11=Trabajo en equipo entre unidades/servicios.

4.4 Análisis por subgrupos

4.4.1 Por tipos de servicios

Analizando por tipos de servicios se observa que existen diferencias significativas entre la valoración del grado de seguridad de los profesionales de los servicios de Urgencias con respecto al resto de colectivos analizados (6,6 vs 7,4 respectivamente).

En la siguiente tabla 8 se muestra el análisis detallado por las dimensiones de seguridad de la encuesta y las diferencias observadas entre los profesionales de los servicios de urgencias y el resto.

Dentro de las respuestas positivas, la mejor valorada en los servicios de urgencias es “el personal se apoya mutuamente”, con un 73% de respuestas positivas, aun así, dos puntos por debajo del resto de servicios. En el caso de urgencias todas las respuestas con valores positivos > 70%, excepto la pregunta nº8 de la dimensión 8, son porcentualmente inferiores a las del resto de servicios (tabla 9).

Con respecto a las preguntas respondidas con valores negativos de 50% o más (debilidad según criterios AHQR) éstas se corresponden, en el caso de los servicios de urgencias, con 9 preguntas. Se observa que las diferencias más significativas en las respuestas negativas corresponden a las afirmaciones “Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa” “A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora” y “suficiente personal para afrontar la carga de trabajo” todas ellas correspondientes a la dimensión 9 “Dotación de recursos humanos” (tabla 10).

Tabla 8: Comparación de las respuestas positivas por dimensiones entre los servicios de urgencias y el resto de los servicios del hospital

Núm. dim.	Dimensión	% positivas Urgencias	% positivas servicios	Diferencia
1	Frecuencia EA notificados	37%	45%	-8%
2	Percepción de Seguridad	29%	44%	-15%
3	Expectativas responsables del servicio	68%	70%	-2%
4	Mejora continua	56%	60%	-5%
5	Trabajo equipo unidad	72%	76%	-3%
6	Facilidad comunicación	49%	49%	0%
7	Feed-back y comunicación errores	39%	47%	-9%
8	Respuesta no punitiva	52%	55%	-4%
9	Dotación de RRHH	18%	28%	-11%
10	Apoyo de la Gerencia	30%	37%	-7%
11	Trabajo equipo entre unidades	41%	49%	-8%
12	Problemas en transiciones	42%	49%	-7%

Tabla 9: Top positivas. Distribución de las preguntas con un porcentaje de respuestas positivas superior al 70% del servicio de urgencias respecto al resto de servicios

Pregunta	Dimensión	Pregunta	Urgencias % positivas	Resto serv. % positivas
1	F5	El personal se apoya mutuamente.	79%	81%
22	F3	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	76%	78%
4	F5	En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	74%	78%
8	F8	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	72%	71%
20	F3	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	69%	70%
11	F5	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	68%	72%
3	F5	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	67%	71%
9	F4	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo	67%	74%

Tabla 10: Top negativas. Distribución de las preguntas con un porcentaje de respuestas negativas superior al 40% del servicio de urgencias respecto al resto de servicios

Pregunta	Dimensión	Pregunta	Urgencias % negativas	Resto serv. % negativas
14	F9	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	81%	64%
5	F9	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	80%	65%
2	F9	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	72%	60%
15	F2	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del.	66%	54%
7	F9	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal.	60%	53%
24	F11	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	58%	48%
17	F2	En esta unidad hay problemas relacionados con la "Seguridad del.	53%	32%
10	F2	No se producen más fallos por casualidad.	53%	42%
31	F10	La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	52%	44%
23	F10	La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	46%	37%
25	F12	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad / servicio a otra.	42%	36%
16	F8	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	42%	39%

4.4.2 Profesionales que realizan guardias vs no guardias

En el grupo de personas que realizan guardias, el grado de seguridad del paciente se ha valorado con 73 puntos sobre 100, mientras en el grupo sin guardias ha sido de 74. Esto supone menos de un punto porcentual, no existiendo diferencias estadísticamente significativas.

Se encontraron algunas diferencias en la valoración positiva de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente. En relación con los que NO hacen guardias, en 9 de las 12 dimensiones la respuesta positiva fue más alta. En concreto, en la dimensión 2 (percepción de seguridad) 44% vs 41%, en la dimensión 4 (Aprendizaje organizacional y mejora continua) con 61% respecto a 58% y trabajo en equipo en la unidad con 76% de respuestas positivas frente a 74% en el grupo con guardias.

Por el contrario, entre los que SÍ realizan guardias, hubo una respuesta ligeramente más positiva en las dimensiones 6 (franqueza en la comunicación) 8 (respuesta no punitiva a los errores) y 11 (trabajo en equipo entre unidades).

En el estudio de 2009 no se recogía este parámetro y por tanto no se han podido hacer comparaciones.

Los datos detallados se recogen en el anexo 11.1

4.4.3 Profesionales directivos versus profesionales sin cargo directivo

Tan solo 180 (3,5%) profesionales se identificaron como Gerentes/Directores hospitalarios. De ellos 54 (30%) refirieron estar en contacto con el paciente.

En el análisis de esta variable no se ha podido establecer la identificación de mandos intermedios (jefes de servicio, supervisoras, etc.) al no recogerse tal pregunta, entendiéndose que sus opiniones se encuentran dentro de los grupos profesionales a los que correspondan (médicos, enfermeras, farmacéuticos, etc.). Al ser una pregunta de opción múltiple, pero de respuesta simple o única, consideramos que quienes han contestado esta opción son profesionales con dedicación directiva exclusiva. Por tanto, el análisis de la opinión de equipos directivos se centra solo en los que se identificaron como tales.

Con la limitación de tratarse de una "n" pequeña (180 casos) se observa, como datos destacables, los siguientes:

- Una mejor valoración del grado de seguridad de la paciente manifestada por una puntuación de 7,8 puntos en relación con la media del estudio (7,3 puntos). Existen diferencias al comparar con el resto de colectivos profesionales como médicos (diferencia -4 puntos) enfermería (diferencia -7 puntos) y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) (diferencia -3 puntos).
- En el análisis por factores o dimensiones de cultura de seguridad, existen valoraciones mayormente positivas en todas ellas

expresadas por este grupo de 180 directivos con respecto al resto de profesionales del estudio (“no directivos”), destacando, especialmente, la valoración de la dimensión “Apoyo de la Gerencia” con una diferencia porcentual entre ambos colectivos del 41% tal como se muestra en la tabla 11.

- En lo que hace referencia a las diferencias entre las respuestas negativas, existen 8 preguntas, correspondientes a 4 dimensiones (dotación de recursos humanos, percepción de seguridad, trabajo en equipo entre unidades, apoyo de gerencia) donde existen diferencias de valoración significativamente más osensibles entre colectivos directivos vs no directivos, tal como se muestra en la tabla 12.

Estas dimensiones son precisamente las peor valoradas en la globalidad del estudio, siendo, en este análisis, mucho más marcada la menor percepción negativa en el colectivo directivo.

Tabla 11: Comparación de las respuestas positivas por dimensiones entre directivos y no directivos

Núm. dim.	Dimensión	% positivas Directivos	% positivas No directivos	Diferencia
1	Frecuencia EA notificados	63%	44%	19%
2	Percepción de Seguridad	60%	42%	17%
3	Expectativas responsables del servicio	91%	69%	22%
4	Mejora continua	83%	59%	24%
5	Trabajo equipo unidad	83%	75%	8%
6	Facilidad comunicación	70%	48%	22%
7	Feed-back y comunicación errores	67%	46%	22%
8	Respuesta no punitiva	75%	54%	21%
9	Dotación de RRHH	40%	27%	14%
10	Apoyo de la Gerencia	76%	35%	41%
11	Trabajo equipo entre unidades	65%	47%	18%
12	Problemas en transiciones	61%	48%	14%

Tabla 12: Top negativas. Distribución de las preguntas con un porcentaje de respuestas negativas superior al 40% de directivos y no directivos

Pregunta	Dimensión	Pregunta		Directivos % negativas	No directivos % negativas
7	F9	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	R	50%	54%
14	F9	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	R	48%	66%
5	F9	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	R	47%	67%
2	F9	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.		40%	62%
15	F2	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.		36%	56%
24	F11	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	R	34%	50%
10	F2	No se producen más fallos por casualidad.	R	25%	44%
31	F10	La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	R	16%	45%

F2= Percepción de seguridad; F9=Dotación de personal; F10= Apoyo de la gerencias del hospital a la seguridad del paciente; F11=Trabajo en equipo entre unidades/servicios
R= interpretación inversa

4.4.4 Por categorías profesionales

El análisis comparativo del grado de seguridad del paciente entre los colectivos profesionales de mayor peso del estudio muestra una puntuación menor en el colectivo de enfermería (71,5 puntos) con respecto los médicos (73,8), TCAE (74,4) y el grupo “Otros” (75,9). Aunque estas diferencias no son significativas, sí que muestran una variabilidad de percepción de seguridad entre colectivos

Tabla 13: Porcentaje de respuestas positivas según categoría profesional

Núm. dim.	Dimensión	% positivas médicos	% positivas enfermeros	% positivas TCAEs	% positivos Otros	Dif. médicos enfermeros	Dif. médicos TCAEs	Dif. médicos Otros	Dif. enfermeros TCAEs	Dif. enfermeros Otros	Dif. TCAEs Otros
1	Frecuencia EA notificados	41%	42%	50%	52%	-1%	-9%	-11%	-8%	-10%	-2%
2	Percepción de Seguridad	41%	40%	49%	48%	1%	-8%	-7%	-9%	-8%	1%
3	Expectativas responsables del servicio	69%	69%	70%	70%	-1%	-2%	-1%	-1%	-1%	0%
4	Mejora continua	55%	61%	62%	62%	-6%	-6%	-7%	0%	-1%	0%
5	Trabajo equipo unidad	74%	79%	71%	73%	-5%	3%	1%	8%	6%	-2%
6	Facilidad comunicación	49%	49%	44%	52%	0%	6%	-2%	6%	-2%	-8%
7	Feed-back y comunicación errores	46%	45%	44%	51%	1%	2%	-5%	0%	-7%	-7%
8	Respuesta no punitiva	59%	53%	45%	58%	6%	14%	2%	8%	-4%	-12%
9	Dotación de RRHH	26%	27%	26%	31%	0%	0%	-5%	0%	-5%	-5%
10	Apoyo de la Gerencia	36%	32%	31%	48%	4%	6%	-11%	1%	-16%	-17%
11	Trabajo equipo entre unidades	50%	45%	46%	53%	6%	4%	-2%	-2%	-8%	-6%
12	Problemas en transiciones	44%	51%	53%	46%	-7%	-9%	-2%	-2%	4%	7%

Comparando los factores de cultura de seguridad entre medicina y enfermería, en base a las respuestas positivas, la respuesta no punitiva y el trabajo en equipo entre unidades fueron mayores en el colectivo médico, mientras que la mejora continua, el trabajo en equipo en la unidad y los problemas en las transiciones fueron mayores en el grupo de enfermería tal como se muestra en la tabla 13:

No se observan diferencias significativas en el grado de seguridad entre los profesionales según sus años de antigüedad en hospital, servicio o profesión.

En comparación con el trabajo anterior y en lo que respecta a colectivos tanto en enfermería como en medicina, todas las dimensiones han mejorado excepto problemas en cambios de turno y transiciones.

4.5 Preguntas para el debate sobre los datos de los hospitales

¿Cómo ha evolucionado la percepción de la cultura de seguridad en los hospitales en España?

La percepción global en base al grado de seguridad asignado es buena, con poca variación respecto a la encuesta del año 2009¹⁵ (7,3 versus 7,5). En este período, los resultados publicados por diferentes hospitales¹⁶ y unidades¹⁷ con esta misma encuesta muestran valoraciones parecidas. El grado de seguridad que manifiestan los profesionales de los servicios de urgencias es significativamente menor, con valoraciones de alrededor de 6, al igual que en trabajo de referencia del año 2011¹⁸. En lo que respecta a las valoraciones publicadas de los servicios de emergencias extrahospitalarios en base a una adaptación de la encuesta HSOPS, este grado es más parecido al del global de los hospitales¹⁹ (5).

Las dimensiones “trabajo en equipo en la unidad” y “expectativas y acciones de los responsables del servicio/unidad” son valoradas muy positivamente por los profesionales, tanto ahora como en encuestas anteriores con un incremento de los porcentajes de respuestas positivas. La “dotación de recursos humanos” y la correspondiente carga de trabajo siguen siendo la dimensión peor valorada tanto con menor

número de respuestas positivas como mayor número de negativas sin diferencias con el estudio de referencia.

Ya hemos mencionado la mejora significativa de la dimensión “apoyo de la gerencia” (destacada) así como las de “aprendizaje organizacional” y “trabajo en equipo entre unidades” mientras que ha empeorado la dimensión “problemas en los cambios de turno y transiciones asistenciales” y “percepción de seguridad”. A la vista de los demás datos obtenidos cabe plantearse si este empeoramiento de la percepción de seguridad obedece al hecho, en sí positivo, de ser más conscientes de lo que pasa y puede pasar en SP.

Tratando con mayor detalle los datos correspondientes a los servicios de urgencias nos encontramos que, aunque hay diferencias en todas las dimensiones, estas son significativas en 7, especialmente “percepción de seguridad” y “dotación de recursos humanos”.

En estudios prepandemia del año 2018²⁰ y per-postpandemia del año 2021²¹ realizados por la agencia AHRQ de Estados Unidos utilizando la misma encuesta HSOPS 1.0, se observa que entre las dimensiones mejor valoradas se han mantenido “trabajo en equipo en la unidad” y “expectativas de los jefes servicio/unidad” con los mismos porcentajes alrededor del 80%. En lo que se refiere a las dimensiones con menor número de respuestas positivas, éstas siguen siendo “respuesta no punitiva al error” y “problemas en cambios de turno y transiciones asistenciales” con los mismos porcentajes cercanos al 48%. En cuanto a servicios, aquí también son los profesionales de los servicios de urgencias los que tienen un número menor de respuestas positivas (59%). No ha habido variación entre los datos de 2018 y los de 2021.

Tanto en estos datos de la AHRQ como en otros que abordaron la misma temática^{22,23,24} se muestra como las percepciones sobre el nivel de cultura de seguridad en forma de respuestas positivas son significativamente mayores en profesionales directivos y de gestión (78%) que en otros profesionales como por ejemplo los de enfermería (63%). Con las debidas reservas, atribuibles al bajo número de profesionales directivos en esta encuesta, parece que también en nuestro caso hay una diferencia significativa entre el grado de seguridad que otorgan los directivos y el que otorgan los no directivos (7,8 versus 7,3). Las diferencias significativas se mantienen en todas las 12 dimensiones con especial mención en “apoyo de la gerencia en seguridad del paciente”, “percepción de seguridad” y aquellas relacionadas con la comunicación y *feedback*. Sin duda es interesante profundizar en esta cuestión para poder conocer mejor estas diferencias e interpretarlas correctamente.

¿Ha mejorado la comunicación franca y la notificación de incidentes para el aprendizaje en los hospitales?

Las dimensiones relacionadas con la comunicación y la notificación tienen el número más elevado de respuestas neutras (entre 31% y 34%), no mostrando diferencias entre las dos encuestas que comparamos en ninguna de las opciones positivas, negativas o neutras. La dimensión “problemas en los cambios de turno y transiciones asistenciales” contiene 2 de 3 preguntas que se centran en la pérdida de información en estas situaciones lo que abarca también problemas de comunicación. Conviene recordar que esta dimensión ha empeorado.

En el presente estudio el 79% de profesionales conocen el sistema de notificación de su comunidad. El porcentaje de notificación de incidentes en los últimos 12 meses es del 42%, con predominio claro de 1-2 notificaciones lo que es una mejora considerable respecto al estudio anterior (22%). La respuesta no punitiva al error, que en los registros de la AHRQ se mantiene entre las dimensiones con un menor número de respuestas positivas no alcanza aquí estos niveles, pero no se puede descartar como una de las causas de la no notificación. Tanto las repercusiones a nivel de hospital como las que abarcan la esfera legal, al no haber un marco jurídico de protección al profesional que notifica, lastran considerablemente la notificación en nuestro país.

Conviene mencionar que la dimensión “problemas en los cambios de turno y transiciones asistenciales” que hace referencia en gran manera a la información y a su comunicación muestra un menor porcentaje de respuestas positivas en la encuesta actual (48% versus 54%), dato que es significativo y que nos plantea abordar de manera decidida este tema.

¿Qué profesionales de los hospitales tienen mejor percepción de la CSP y pueden ser clave en su promoción?

Como se ha mencionado con detalle en el análisis por subgrupos, la menor percepción del grado de seguridad del paciente, así como los significativamente menores porcentajes de respuestas positivas en 7 dimensiones se observaron en los servicios de urgencias. El valor del grado de seguridad es similar (6,1 puntos) al estudio de 2011 de Roqueta *et al*²⁵. En este sentido, probablemente el efecto de la pandemia Covid-19, con un mayor impacto en los servicios de

urgencias, puede haber repercutido en que las percepciones de la CSP no hayan mejorado.

En relación a los colectivos profesionales, la percepción de la CSP globalmente es similar, si bien existen diferencias en algunas dimensiones, como el trabajo en equipo en la unidad (más positivo en enfermería) o el trabajo en equipo entre las unidades (más positivo en medicina). En el caso de las TCAE, destaca un porcentaje más bajo en sus respuestas en las dimensiones “facilidad de la comunicación” y “respuestas no punitivas”, lo cual podría traducir un sentimiento de menor apoyo en su actividad. En el caso de los colectivos de enfermería y de las TCAE perciben un menor apoyo de la gerencia.

Estos resultados por categoría profesional no se pueden comparar con el estudio de hospitales de la OECD por no existir una equivalencia de categorías profesionales en el caso de TCAE, ni tampoco con la encuesta nacional del 2009.

¿El apoyo de los líderes influye en la CSP percibida por los profesionales de los hospitales?

Existen evidencias que muestran que el liderazgo es un componente esencial para la mejora de la cultura de la seguridad del paciente, ya que influye en la implementación de políticas, motivación del personal y la creación de un entorno donde la seguridad es una prioridad. La OMS, en su “Marco Conceptual para la Seguridad del paciente”, identifica el liderazgo como un factor clave para desarrollar e implantar políticas y prácticas que aseguren la seguridad del paciente en todos los niveles de la asistencia sanitaria. En la misma línea se

manifiesta la evaluación del Plan estratégico de seguridad del paciente de España, en la que se insta a los directivos en el despliegue de las estrategias en sus organizaciones.

En nuestro estudio, y aunque los datos deben interpretarse con precaución, existen diferencias significativas en la percepción de las diferentes dimensiones entre los directivos con respecto la opinión del resto de profesionales. Aun así, es llamativo, al comparar los resultados del 2009 con los actuales, una mejora de la percepción de los profesionales hacia la implicación de la gerencia o dirección en la seguridad del paciente.

Estos resultados de una percepción más positiva de la CSP por parte de los líderes coinciden con el informe de cultura de seguridad del paciente en hospitales de la OECD de julio de 2024.



Cultura de seguridad del paciente en España:
Percepciones y tendencias de los profesionales
de las organizaciones sanitarias



5. Resultados de la encuesta en Atención Primaria

5.1 Características de los profesionales

Se han recibido un total de 3.110 encuestas de las cuales un total de 2.196 (70,6%) han sido consideradas válidas para el análisis.

Se han recibido respuestas de todas las comunidades autónomas con un grado de participación variable. El conjunto de la muestra representa la percepción de la cultura del conjunto de profesionales que trabaja en atención primaria en todo el territorio nacional.

Un total 1.638 (79,63%) mujeres respondieron a la encuesta, un porcentaje mayor que en 2011 (70,7%). La edad media de los participantes ha sido de 50,4 años (47 años en 2011). Siendo la participación del grupo de 41 a 60 años la más numerosa (65,31%).

De los profesionales que respondieron a la encuesta, 738 (34,3%) eran de medicina (42,1%, 2011), 1051 (48,9%) de enfermería (34,9%, 2011), 317 (14,7%) profesionales no sanitarios (18%, 2011) y 90 (2%) otros profesionales (4,9%, 2011). Esto hace que el 84,7% (1820) de la muestra corresponda a profesionales sanitarios, el 13,3% (286) a no sanitarios y el 2% (90) a otras profesiones.

Un total de 272 (12,4%) de profesionales refiere tener un puesto de responsabilidad frente a un 8,8% en la encuesta de 2011.

El 43,85% (659) de los profesionales refiere pertenecer a alguna sociedad científica.



De todos los participantes, 1523 (71,5%) tenía un contrato fijo (69%, 2011), 390 (18,3%) tenía un contrato de interinidad (18,5%) y referían ser eventuales 216 (10,1%) en 2011 eran 12,6%. El 62,1% (1.336) trabajaba en horario de mañanas (50,5% en 2011), disminuyendo los de tarde (4,7% vs 8,7%) y aumentando los de turnos de mañana y tarde (33,2% vs 40,8%) Un total de 1.935 (90%) trabajan más de 32 hs semanales (84,2% 2011). Del total de participantes, 897 (41,7%) hacían guardias (39,4% 2011). En cuanto al tiempo trabajado, 1.264 (57,56%) personas llevaban menos de 6 años en la organización (52,8%, 2011).

En relación con la población asignada por profesional (cupos), 389 (24%) tiene un cupo de pacientes inferior a 1.000 (14,1% 2011), 514 (31,7%) de 1001 a 1500 pacientes (28,6%, 2011), 543 (33,5%) de 1501 a 2000 pacientes (43,5% 2011) y un total de 175 (10,8%) más de 2000

pacientes (13,8% 2011). De un total de 2051 profesionales, más de la mitad, 1.194 (58,2%) atienden a pacientes de 0 años en adelante, 706 a más de 15 años y sólo 151 a pacientes de 0 a 15 años”

5.2 Resultados de la percepción global de seguridad del paciente

El análisis de los resultados de atención primaria comparados con los resultados de la encuesta de atención primaria de 2011 se ha realizado de dos formas. Por un lado, comparando los porcentajes positivos de puntuaciones globales, dimensiones y preguntas; y por otro, a través de la comparación del Índice Sintético de Seguridad del Paciente (ISSP) definido como la media de las puntuaciones otorgadas a las preguntas de las dimensiones que componen el cuestionario (valores de 1 a 5).

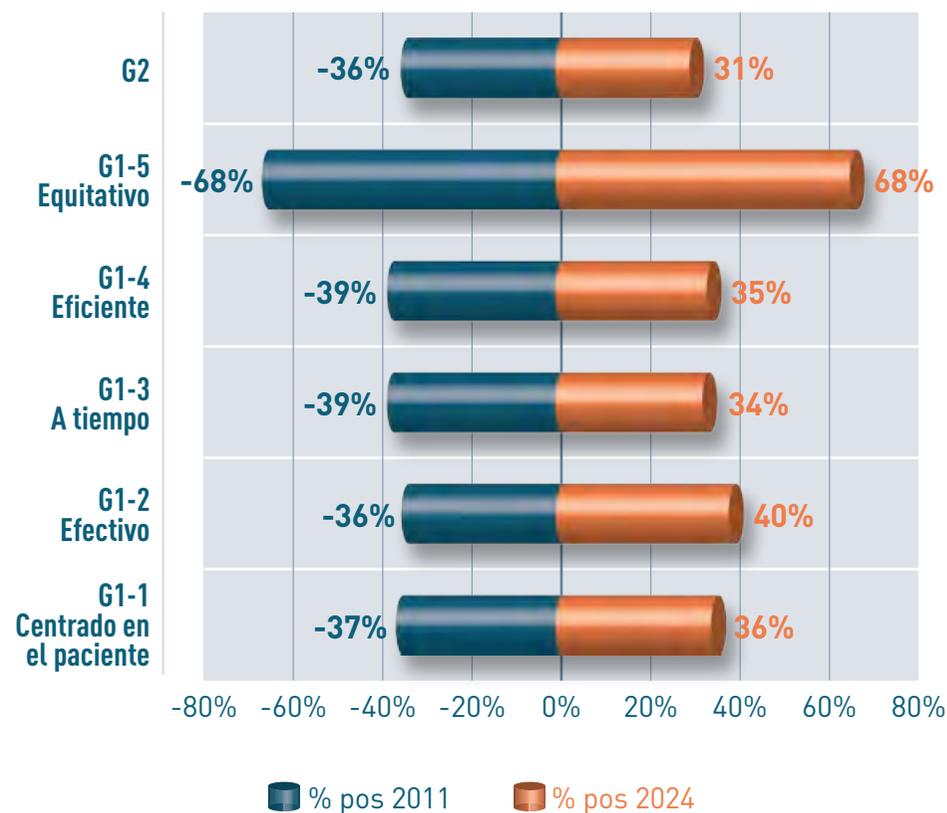
Las variables que describen de forma global la percepción de los profesionales en relación con la calidad asistencial y a la seguridad del paciente en la encuesta de atención primaria son las preguntas recogidas en las secciones G1 y la G2.

La sección G1 recoge preguntas en relación con las puntuaciones globales que los profesionales de AP dan a cada una de las dimensiones de la calidad asistencial definidas: atención centrada en el paciente, efectiva, a tiempo, eficiente y equitativa.

En relación con cambios significativos respecto a 2011, El *brindar una atención a tiempo* (minimizar esperas y demoras potencialmente

perjudiciales) y una *atención eficiente* (garantiza unos cuidados coste-efectivos evitando el despilfarro, la sobreutilización o el mal uso de los servicios) han disminuido su puntuación un 5%. Mientras la *atención efectiva* (basada en el conocimiento científico) ha mejorado un 6%. La dimensión mejora valorada es la de brindar una atención equitativa con un 68%, similar a 2011.

Gráfico 3: Distribución de % de respuestas positivas de las dimensiones de la calidad asistencial y la gestión de riesgos (G2), 2024 vs 2011



Haciendo un análisis más detallado de la puntuación global en seguridad del paciente (G2) que pregunta sobre “la puntuación global al sistema y los procedimientos clínicos que su centro de salud ha puesto en marcha para prevenir, detectar, y corregir problemas que potencialmente pueden afectar a los pacientes” observamos descenso en las puntuaciones positivas, manteniendo un porcentaje 80% de puntuaciones entre bien, muy bien y excelente en 2024, siendo del 93% en 2011 (Tabla 14).

Tabla 14: Distribución de % de respuestas positivas en relación con la pregunta G2 de gestión de riesgos en los centros de salud, 2024 vs 2011

G2: “la puntuación global al sistema y los procedimientos clínicos que su centro de salud ha puesto en marcha para prevenir, detectar, y corregir problemas que potencialmente pueden afectar a los pacientes”	Enc 2024		Enc 2011	Dif	Inc
	Num	%	%		
1 - Mal	87	4%	1%	3%	296%
2 - Aceptable	353	16%	10%	6%	61%
3 - Bien	1.068	49%	53%	-4%	-8%
4 - Muy bien	569	26%	30%	-4%	-14%
5 - Excelente	119	5%	6%	-1%	-10%
Total	2.196	100%	100%		

En el informe de 2011 se calculó el ISSP. En relación con el ISSP los resultados son similares a los referidos en relación con los porcentajes positivos asignados en 2011 y en 2024.

En la encuesta del 2024 el valor global del cuestionario del ISSP de CSP es de 3,57 (3,55-3,60) y en 2011 se situaba en 3,71 (3,70-3,73). Esto supone un descenso del ISSP de CSP global de 3,65%.

En relación con la puntuación global que los profesionales de AP dan a cada una de las dimensiones de la calidad asistencial G1 (atención centrada en el paciente, efectiva, a tiempo, eficiente y equitativa) obtiene un ISSP de 3,32 (3,29 3,35) frente a 3,42 (3,40-3,44) en 2011. Supone un descenso de 2,91%.

En cuanto a la puntuación global en seguridad del paciente (G2) que pregunta sobre “la puntuación global al sistema y los procedimientos clínicos que su centro de salud ha puesto en marcha para prevenir, detectar, y corregir problemas que potencialmente pueden afectar a los pacientes” tiene un ISSP del 3,13 (3,09 3,16) comparado con 2011 de un 3,25 (3,23-3,28). Esto supone una disminución del 3,77%.

En conjunto las diferencias de puntuaciones por ISSP son entorno al 3% en todas las dimensiones globales del cuestionario respecto a 2011. Por ello, para simplificar la interpretación de los datos y facilitar su comparación con hospitales pasamos a presentar el análisis detallado de las dimensiones según % de respuestas positivas.

5.3 Resultados por dimensiones y preguntas

5.3.1 Dimensiones

En la Tabla 15 siguiente observamos que según la distribución **del % de respuestas positivas de las dimensiones** de la encuesta las dimensiones mejor valoradas (por encima del 75% de positivas) son **el Trabajo en Equipo y el seguimiento de la atención a los pacientes**. En relación con aquellas con **un % de respuestas negativas** superior al 50%, sólo se identifica la dimensión del **ritmo y carga de trabajo**.

En la comparación con 2011, aquellas dimensiones que han disminuido con una diferencia significativa (>5%) son la dimensión que hace referencia al **Intercambio de información con otros niveles asistenciales (-16%)**. Con diferencias algo inferiores están los aspectos relacionados con la seguridad del paciente, la formación del personal (no sanitario y sanitario), los procedimientos establecidos en el centro (para profesionales no sanitarios y sanitarios), apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente, aprendizaje organizacional y las percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad. Las otras 6 dimensiones no presentan diferencias significativas.

Las dimensiones relacionadas con la comunicación sobre el error en los profesionales no sanitarios y sanitarios presenta la misma puntuación que en 2011.

Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales es la dimensión con mayor porcentaje de respuestas neutras (40%) en 2024.

En relación con el valor del ISSP, las dimensiones que más disminuyen respecto a la encuesta de 2011 (más de 5%) son **“Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales”** 3,57 (3,52-3,61), que en 2011 obtuvo un valor de 3,96 (3,93-3,99), lo que supone un descenso del -9,96%. También disminuye la dimensión **de aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad** 3,94 (2024) vs 4,18 (2011), con una disminución del -5,85% y la dimensión sobre Ritmo y carga de trabajo tiene un ISSP de 2,62 (2,58-2,66) frente a un 2,76 (2,74-2,79), en 2011, con un descenso del -5,14%, y sigue siendo la puntuación más baja de todas en ambos años (Tabla 15).

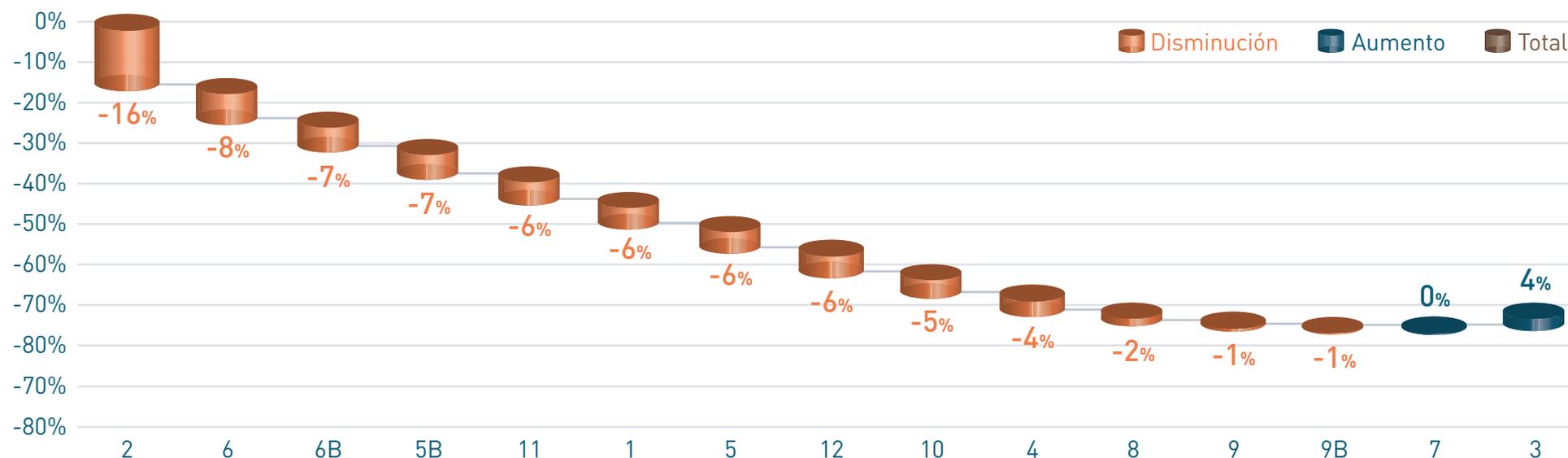
En el gráfico 4 se observan las diferencias entre los % puntuaciones positivas obtenidas en 2024 y en 2011, observando que todas disminuyen excepto el trabajo en equipo que aumenta su puntuación aunque no es significativa.

Tabla 15: Comparación de los resultados de dimensiones de CSP por % de respuestas positivas y por ISSP entre 2011 y 2024

Dimensiones y preguntas	2024			2011	24-11	2024	2011	24-11
	% (+)	% N*	% (-)	% (+)	Dif.	ISSP	ISSP	Dif
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente (A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9)	67%	24%	10%	73%	-6%	3,94	4,18	-5,85%
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (B1-B5)	45%	40%	15%	61%	-16%	3,57	3,96	-9,96%
Trabajo en equipo (C1 C2 C5 C13)	78%	12%	10%	74%	4%	3,99	3,90	2,28%
Ritmo y carga de trabajo (C3 C6 C11 C14)	29%	21%	51%	33%	-4%	2,62	2,76	-5,14%
Formación del personal no sanitario C4 C7 C10)	52%	20%	28%	58%	-6%	3,31	3,48	-4,90%
Formación del personal sanitario C16 C17 C18	57%	20%	24%	63%	-7%	3,45	3,49	-1,12%
Procedimientos establecidos en el centro. Personal no sanitario (C8,C9,C12,C15)	51%	23%	26%	59%	-8%	3,32	3,45	-3,72%
Procedimientos establecidos en el centro. Personal sanitario (C8,C9,C12,C19)	54%	22%	24%	61%	-7%	3,39	3,50	-3,08%
Comunicación franca/abierta entre el personal (D1 D2 D4 D10)	60%	27%	13%	59%	0%	3,64	3,65	-0,32%
Seguimiento de la atención a los pacientes (D3, D5,D6,D9)	75%	17%	9%	77%	-2%	3,94	4,00	-1,51%
Comunicación sobre el error. Profesionales no sanitarios (D7,D8,D11,D12)	62%	24%	14%	63%	-1%	3,72	3,76	-1,04%
Comunicación sobre el error. Profesionales sanitarios (D13,D8,D11,D14)	66%	22%	12%	67%	-1%	3,78	3,81	-0,75%
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente (E 1-4)	56%	23%	21%	62%	-5%	3,46	3,57	-3,19%
Aprendizaje organizacional (F1,F5,F7)	70%	18%	12%	76%	-6%	3,78	3,83	-1,36%
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad (F2,F3,F4,F6)	64%	20%	16%	70%	-6%	3,62	3,71	-2,42%

*N: respuestas neutras

Gráfico 4: Diferencia de puntuación entre los valores de respuestas positivas de la encuesta 2024 comparada con la encuesta 2011



- 1: Aspectos relacionados con la SP.
- 2: Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales.
- 3: El trabajo en equipo.
- 4: Ritmo y carga de trabajo.
- 5: Formación de personal no sanitario.
- 5B: Formación de personal sanitario.
- 6: Procedimientos establecidos en el centro, personal no sanitario.
- 6B: Procedimientos establecidos en el centro, personal sanitario.
- 7: Comunicación franca.
- 8: Seguimiento en la atención a los pacientes.
- 9: Comunicación del error, personal no sanitario.
- 9B: Comunicación del error, personal sanitario.
- 10: Apoyo a los responsables del centro.
- 11: Aprendizaje organizacional.
- 12: Percepciones generales sobre la SP y la calidad.

5.3.2 Análisis por diferentes variables o preguntas

Profundizando en el análisis de la encuesta presentamos a continuación presentamos las preguntas que han recibido un porcentaje de respuestas positivas superior al 70% (Tabla 16). Estas preguntas pertenecen en su mayoría a las dimensiones de Aspectos relacionados con la seguridad del paciente (A1-A9), Trabajo en equipo (C1,C2,C5), Procedimientos estandarizados para profesionales sanitarios(D19) Seguimiento de la atención a los pacientes (D3,D5,D9), Comunicación del error en profesionales sanitarios (D11,D14) y Aprendizaje organizacional (F1 y F5) y Percepciones globales de calidad y seguridad (F4) con % de respuestas por encima del 80% de positivas.

Tabla 16: Top positivas. Distribución de las preguntas con un porcentaje de respuestas positivas superior al 70%

Pregunta	% positivas
A2. Identificación del paciente: se utilizó la historia clínica de otro paciente.	87%
A3. Historias clínicas: la historia clínica del paciente no estaba disponible cuando se precisó.	83%
A4. Historias clínicas: la información clínica se archivó en la historia clínica de otro paciente.	94%
A7. Medicación: la lista de medicación del paciente no se supervisó durante la consulta.	70%
A9. Diagnósticos y pruebas complementarias: un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día.	72%
C1. Cuando alguien tiene excesivo trabajo los compañeros le ayudan.	81%
C2. En este centro hay un buen ambiente de trabajo entre los componentes del equipo.	78%
C5. En este centro, nos tratamos mutuamente con respeto.	87%
C19. El personal sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.	78%
D3. El centro recuerda a sus pacientes cuándo deben citarse para revisiones o para actividades preventivas.	71%
D5. En este centro se registra si nuestros pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento.	73%
D9. En este centro se hacen revisiones a los pacientes que precisan un seguimiento.	89%
D11. En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.	74%
D14. El personal sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	74%
F1. Cuando hay un problema en nuestro centro, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas.	77%
F4. Si no cometemos más fallos que afecten a nuestros pacientes, es por casualidad.	71%
F5. Este centro modifica sus procesos para garantizar que los mismos problemas no vuelvan a ocurrir.	70%

Por otro lado, las preguntas que reciben un % de respuestas negativas por encima del 40% se refieren al gran volumen de pacientes que los profesionales atienden y que por tanto los deben atender con prisa. Estas cuatro preguntas conforman la dimensión ritmo y carga de trabajo en su totalidad.

Tabla 17: Top negativas. Distribución de las preguntas con un porcentaje de respuestas negativas superior al 40%

Pregunta		% negativas
C3. En este centro, sentimos que atendemos con prisas a los pacientes.	R	45%
C6. Tenemos demasiados pacientes asignados para el número de profesionales sanitarios que tiene el centro.	R	59%
C11. Tenemos suficiente personal no sanitario para manejar la carga de trabajo de los pacientes.		45%
C14. Este centro tiene demasiados pacientes para hacer frente a todo de forma eficiente.	R	54%

5.4 Resultados por subgrupos de análisis

5.4.1 Por características de los profesionales: sexo, años de antigüedad y tipo de contrato

Sexo:

En la comparación por sexo de las dimensiones de calidad (G1), se observan diferencias significativas, con una percepción menos positiva por parte de las mujeres en aspectos como la atención centrada en el paciente, atención efectiva, atención eficiente y atención equitativa. En cuanto a la variable G2, que evalúa las medidas proactivas para la seguridad del paciente, los resultados se sitúan en el límite de la significación (Tabla 18).

Años trabajados en la organización:

En relación con el variable G1, se observa una diferencia significativa al comparar a las personas que llevan menos de un año trabajando en la organización con aquellas que tienen más de un año de antigüedad. Los empleados con menos de un año de experiencia tienen una percepción más positiva en aspectos como la atención efectiva y la atención centrada en el paciente. Respecto al grupo G2, "Puntuación global del sistema de su centro para prevenir, detectar y corregir eventos adversos (EA)", también los empleados con menos de un año valoran este sistema de manera más favorable (Tabla 19).

Tabla 18: Comparación de las puntuaciones de las dimensiones globales de calidad y seguridad del paciente entre hombres y mujeres

Dimensiones globales de calidad y seguridad del paciente	Hombres	Mujeres	Dif
G1 Dimensiones de la calidad asistencial			
G1-1: Centrado en el paciente: responde a las preferencias individuales del paciente	40,81%	34,92%	5,89%
G1-2 Efectivo: Se basa en el conocimiento científico	44,87%	39,50%	5,37%
G1-3 A tiempo: Minimiza esperas y demoras potencialmente perjudiciales	37,71%	34,25%	3,46%
G1-4 Eficiente: Garantiza unos cuidados coste-efectivos (evita el mal uso de los servicios)	40,19%	34,78%	5,41%
G1-5 Equitativo: Ofrece la misma calidad asistencial a todos los individuos	75,18%	67,52%	7,66%
G2 Percepción global de la seguridad del paciente			
Globalmente, puntúa el sistema que su centro tiene para prevenir, detectar y corregir eventos adversos	34,84%	30,77%	4,07%

Tabla 19: Comparación de las puntuaciones de las dimensiones globales de calidad y seguridad del paciente según tiempo trabajado

Dimensiones globales de calidad y seguridad del paciente	% positivas menor de 1 año	% positivas mayor o igual de 1 año	Dif
G1 Dimensiones de la calidad asistencial			
G1-1: Centrado en el paciente: responde a las preferencias individuales del paciente	39,65%	31,59%	8,06%
G1-2 Efectivo: Se basa en el conocimiento científico	44,27%	39,49%	4,78%
G1-3 A tiempo: Minimiza esperas y demoras potencialmente perjudiciales	35,67%	34,31%	1,36%
G1-4 Eficiente: Garantiza unos cuidados coste-efectivos (evita el mal uso de los servicios)	37,58%	35,03%	2,55%
G1-5 Equitativo: Ofrece la misma calidad asistencial a todos los individuos	69,43%	68,25%	1,18%
G2 Percepción global de la seguridad del paciente			
Globalmente, puntúa el sistema que su centro tiene para prevenir, detectar y corregir eventos adversos	36,62%	30,61%	6,01%

Tipo de contrato (fijo vs interino/eventual):

Se observa una diferencia en la percepción de ambos grupos en la variable G2, “Puntuación global del sistema que su centro tiene para prevenir, detectar y corregir eventos adversos (EA)”, con los empleados interinos valorando más positivamente este sistema. No se encuentran diferencias significativas en las dimensiones de la calidad asistencial (G1). ni en el resto de las dimensiones evaluadas en el cuestionario (Tabla 20).

Tabla 20: Comparación de las puntuaciones de las dimensiones globales de calidad y seguridad del paciente según tipo de contrato

Dimensiones globales de calidad y seguridad del paciente	% positivas interinos/eventuales	% positivas fijo	Dif.
G1 Dimensiones de la calidad asistencial			
G1-1: Centrado en el paciente: responde a las preferencias individuales del paciente	37,13%	35,39%	1,74%
G1-2 Efectivo: Se basa en el conocimiento científico	41,91%	39,72%	2,19%
G1-3 A tiempo: Minimiza esperas y demoras potencialmente perjudiciales	33,66%	35,00%	-1,34%
G1-4 Eficiente: Garantiza unos cuidados coste-efectivos (evita el mal uso de los servicios)	35,70%	35,38%	0,32%
G1-5 Equitativo: Ofrece la misma calidad asistencial a todos los individuos	68,32%	68,81%	-0,49
G2 Percepción global de la seguridad del paciente			
Globalmente, puntúa el sistema que su centro tiene para prevenir, detectar y corregir eventos adversos	36,80%	29,42%	7,38%

5.4.2 Por categoría profesional: sanitarios vs no sanitarios

En la encuesta participaron un total de 2150 personas. Un 88,7% son profesionales sanitarios (77,0% en 2011). El 13,3% son personal no sanitario (18,0% en 2011), y un 2% otros profesionales (4,9% en 2011). En 2024, las respuestas de los profesionales administrativos representan un 10,29% del total.

Observamos una diferencia superior al 5% entre profesionales sanitarios y no sanitarios, con percepción más positiva de estos últimos en las dimensiones de la calidad (G1) atención efectiva y a tiempo. No existe diferencias en la G2 (Tabla 21).

Comparando las percepciones positivas de todas las dimensiones observamos que existen diferencias significativas a favor de una **percepción más positiva por parte de los profesionales no sanitarios** en relación con la valoración de la formación del personal sanitarios, de los procedimientos establecidos en el centro de salud tanto para personal sanitario como no sanitarios, en relación con la comunicación del error para ambos, en el apoyo de los responsables del centro, en el aprendizaje organizacional y en las percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad (Tabla 22).

Tabla 21: Comparación de las puntuaciones de las dimensiones globales de calidad y seguridad del paciente por categoría profesional

Dimensiones globales de calidad y seguridad del paciente	% positivas sanitarios	% positivas no sanitarios	Dif
G1 Dimensiones de la calidad asistencial			
G1-1: Centrado en el paciente: responde a las preferencias individuales del paciente	35,55%	38,11%	-2,56%
G1-2 Efectivo: Se basa en el conocimiento científico	41,15%	35,66%	5,49%
G1-3 A tiempo: Minimiza esperas y demoras potencialmente perjudiciales	35,33%	30,77%	4,56%
G1-4 Eficiente: Garantiza unos cuidados coste-efectivos (evita el mal uso de los servicios)	35,26%	37,19%	-1,93%
G1-5 Equitativo: Ofrece la misma calidad asistencial a todos los individuos	68,79%	68,53%	0,26%
G2 Percepción global de la seguridad del paciente			
Globalmente, puntúa el sistema que su centro tiene para prevenir, detectar y corregir eventos adversos	31,37%	33,92%	-2,55%

Tabla 22: Comparación del porcentaje de respuestas positivas por dimensiones según categoría profesional

DIMENSIONES	Personal sanitario	No Sanitario	Diferencia
Aspectos relacionados con la SP	66,45%	67,81%	-1,36%
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	44,88%	44,33%	0,55%
El trabajo en equipo	77,28%	80,91%	-3,63%
Ritmo y carga de trabajo	27,39%	31,84%	-4,45%
Formación de personal no sanitario	50,77%	53,41%	-2,64%
Formación de personal sanitario	52,46%	71,15%	-18,69%
Procedimientos establecidos en el centro, personal no sanitario	47,12%%	61,48%	-14,36%
Procedimientos establecidos en el centro, personal sanitario	51,07%	62,47%	-11,4%
Comunicación franca	59,23%	60,81%	-1,58%
Seguimiento en la atención a los pacientes	74,06%	77,42%	-3,36%
Comunicación del error, personal no sanitario	60,46%	67,02%	-6,56%
Comunicación del error, personal sanitario	64,59%	71,65%	-7,06%
Apoyo a los responsables del centro	53,29%	65,04%	-11,75%
Aprendizaje organizacional	67,36%	79,01%	-11,65%
Percepciones generales sobre la SP y la calidad	31,87%	72,39%	-40,52%

El aspecto peor valorado y con una percepción menos positiva es el ritmo y carga de trabajo para ambos grupos con una diferencia no significativa (27,39% vs 31,84%, dif -4,45%). Considerando por categoría profesional y a su vez la parte médica frente a enfermería tiene una peor percepción en cuanto a la valoración de esta dimensión (27,5% vs 29,7%).

En relación con las preguntas top de respuestas positivas y negativas:

Tabla 23: Top positivas. Distribución de las preguntas con un porcentaje de respuestas positivas superior al 70%

Pregunta	Sanitarios % positivas	No sanitarios % positivas
A2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: Se utilizó la historia clínica de otro paciente.	87%	90%
A3. HISTORIAS CLÍNICAS: La historia clínica del paciente no estaba disponible cuando se precisó.	82%	87%
A4. HISTORIAS CLÍNICAS: La información clínica se archivó en la historia clínica de otro paciente.	94%	95%
A7. MEDICACIÓN: La lista de medicación del paciente no se supervisó durante la consulta.	71%	69%
A9. DIAGNÓSTICOS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día.	72%	79%
C1. Cuando alguien tiene excesivo trabajo los compañeros le ayudan.	81%	80%
C2. En este centro hay un buen ambiente de trabajo entre los componentes del equipo.	79%	75%
C5. En este centro, nos tratamos mutuamente con respeto.	88%	81%
C15. El personal no sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.	63%	81%
C16. Este centro forma a su personal sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.	64%	71%
C17. En este centro se asegura que el personal sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.	59%	70%
C19. El personal sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.	78%	75%
D3. El centro recuerda a sus pacientes cuándo deben citarse para revisiones o para actividades preventivas.	72%	67%
D5. En este centro se registra si nuestros pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento.	73%	76%
D9. En este centro se hacen revisiones a los pacientes que precisan un seguimiento.	89%	88%
D11. En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.	75%	74%
D12. El personal no sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	60%	74%
D14. El personal sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	74%	77%
F1. Cuando hay un problema en nuestro centro, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas.	78%	74%
F4. Si no cometemos más fallos que afecten a nuestros pacientes, es por casualidad.	71%	76%
F5. Este centro modifica sus procesos para garantizar que los mismos problemas no vuelvan a ocurrir.	70%	73%

Tabla 24: Top negativas. Distribución de las preguntas con un porcentaje de respuestas negativas superior al 40%

Pregunta		Sanitarios % negativas	No sanitarios % negativas
C3. En este centro, sentimos que atendemos con prisas a los pacientes.	R	45%	39%
C6. Tenemos demasiados pacientes asignados para el número de profesionales sanitarios que tiene el centro.	R	59%	60%
C10. Al personal no sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.	R	25%	48%
C11. Tenemos suficiente personal no sanitario para manejar la carga de trabajo de los pacientes.		46%	46%
C14. Este centro tiene demasiados pacientes para hacer frente a todo de forma eficiente.	R	54%	53%

5.4.3 Profesionales que hacen guardias vs no guardias

Un 40,85% (897) de profesionales que declara hacer guardias y un 57,06% (1253) no hace guardias.

En relación con las puntuaciones de las dimensiones de la calidad (G1) existen diferencias significativas en relación con una percepción más positiva entre los profesionales que realizan guardias para la atención centrada en el paciente, el dar una atención a tiempo, y una atención equitativa. La percepción global (G2) de que el centro dispone de un sistema para prevenir, detectar y corregir EA es muy superior a la de los que no hacen guardias (35,01% vs 28,97%) (Tabla 25).

En relación con la percepción de las dimensiones destaca el hecho de que casi todos los valores son más positivos entre los profesionales que realizan guardias a aquellos que no las realizan. Destacamos aquellos que con diferencias superiores al 5%: ritmo y carga de trabajo (31,84% versus 26,18%), formación del personal no sanitario (54,79% versus 49,20%), comunicación franca (63,92% versus 56,56%), comunicación sobre el error, profesionales no sanitarios (66,55% versus 59,32%), comunicación sobre el error, profesionales sanitarios (69,21% versus 63,89%), aprendizaje organizacional (73,13% versus 68,41%) y percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad (67,18% versus 62,68%). El único valor que no cumple este criterio son los aspectos relacionados con la seguridad del paciente en el que no se observan diferencias (66,62% versus 66,88%) (Tablas 26, 27 y 28).

Tabla 25: Comparación de las puntuaciones de las dimensiones globales de calidad y seguridad del paciente entre profesionales que realizan guardias o no

Dimensiones globales de calidad y seguridad del paciente	% positivas guardias	% positivas no guardias	Dif.
G1 Dimensiones de la calidad asistencial			
G1-1: Centrado en el paciente: responde a las preferencias individuales del paciente	39,69%	32,88%	6,81%
G1-2 Efectivo: Se basa en el conocimiento científico	41,14%	39,51%	1,63%
G1-3 A tiempo: Minimiza esperas y demoras potencialmente perjudiciales	39,46%	30,97%	8,49%
G1-4 Eficiente: Garantiza unos cuidados coste-efectivos (evita el mal uso de los servicios)	37,35%	34,00%	3,55%
G1-5 Equitativo: Ofrece la misma calidad asistencial a todos los individuos	70,90%	66,84%	4,06%
G2 Percepción global de la seguridad del paciente			
Globalmente, puntúa el sistema que su centro tiene para prevenir, detectar y corregir eventos adversos	35,01%	28,97%	6,04%

Tabla 26: Comparación del porcentaje de respuestas positivas por dimensiones entre profesionales que realizan guardias o no

Dimensiones	Guardias	No Guardias	Dif.
Aspectos relacionados con la SP	66,62%	66,88%	-0,26%
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	45,17%	44,42%	0,75%
El trabajo en equipo	79,96%	76,97%	2,99%
Ritmo y carga de trabajo	31,84%	26,18%	5,66%
Formación de personal no sanitario	54,79%	49,20%	5,59%
Formación de personal sanitario	58,58%	55,18%	3,40%
Procedimientos establecidos en el centro, personal no sanitario	52,38%	50,07%	2,31%
Procedimientos establecidos en el centro, personal sanitario	55,59%	52,93%	2,66%
Comunicación franca	63,92%	56,56%	7,36%
Seguimiento en la atención a los pacientes	76,83%	73,27%	3,56%
Comunicación del error, personal no sanitario	66,55%	59,32%	7,23%
Comunicación del error, personal sanitario	69,21%	63,89%	5,32%
Apoyo a los responsables del centro	57,57%	55,35%	2,22%
Aprendizaje organizacional	73,13%	68,41%	4,72%
Percepciones generales sobre la SP y la calidad	67,18%	62,68%	4,50%

Tabla 27: Top positivas. Distribución de las preguntas con un porcentaje de respuestas positivas superior al 70%

Pregunta	Guardias % positivas	No guardias % positivas
A2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: Se utilizó la historia clínica de otro paciente.	87%	88%
A3. HISTORIAS CLÍNICAS: La historia clínica del paciente no estaba disponible cuando se precisó.	80%	85%
A4. HISTORIAS CLÍNICAS: La información clínica se archivó en la historia clínica de otro paciente.	95%	94%
A7. MEDICACIÓN: La lista de medicación del paciente no se supervisó durante la consulta.	72%	69%
A9. DIAGNÓSTICOS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día.	72%	73%
C1. Cuando alguien tiene excesivo trabajo los compañeros le ayudan.	81%	81%
C2. En este centro hay un buen ambiente de trabajo entre los componentes del equipo.	80%	77%
C5. En este centro, nos tratamos mutuamente con respeto.	88%	86%
C13. Este centro promueve el trabajo en equipo para el cuidado de los pacientes.	71%	64%
C19. El personal sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.	80%	76%
D3. El centro recuerda a sus pacientes cuándo deben citarse para revisiones o para actividades preventivas.	76%	67%
D5. En este centro se registra si nuestros pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento.	74%	72%
D9. En este centro se hacen revisiones a los pacientes que precisan un seguimiento.	88%	89%
D11. En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.	77%	72%
D14. El personal sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	75%	73%
E2. Los responsables de su centro pasan por alto los fallos relacionados con la asistencia que ocurren una y otra vez. R	70%	64%
F1. Cuando hay un problema en nuestro centro, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas.	80%	75%
F3. En este centro se producen fallos con más frecuencia de lo que debieran. R	70%	66%
F4. Si no cometemos más fallos que afecten a nuestros pacientes, es por casualidad. R	73%	70%
F5. Este centro modifica sus procesos para garantizar que los mismos problemas no vuelvan a ocurrir.	72%	69%
G1-5 Equitativo: Ofrece la misma calidad asistencial a todos los individuos con independencia de su sexo, raza, etnia, nivel socioeconómico, idioma, etc.	71%	67%

Tabla 28: Top negativas. Distribución de las preguntas con un porcentaje de respuestas negativas superior al 40%

Pregunta		Guardias % negativas	No guardias % negativas
C3. En este centro, sentimos que atendemos con prisas a los pacientes.	R	40%	48%
C6. Tenemos demasiados pacientes asignados para el número de profesionales sanitarios que tiene el centro.	R	53%	63%
C11. Tenemos suficiente personal no sanitario para manejar la carga de trabajo de los pacientes.		49%	43%
C14. Este centro tiene demasiados pacientes para hacer frente a todo de forma eficiente.	R	49%	57%

5.4.4 Por tamaño de cupo de pacientes por profesional

En relación con la población asignada por profesional (cupos), 389 (24%) tiene un cupo de pacientes inferior a 1.000, 514 (31.7%) de 1001 a 1500 pacientes, 543 (33.5%) de 1501 a 2000 pacientes y un total de 175 (10,8%) más de 2000 pacientes. Para el análisis se ha seleccionado el punto de corte de 1500 pacientes. Un total de profesionales tiene asignado cupo de menos o igual a 1500 (903, 55,7%) y más de 1500 (718, 44,3%).

En relación con las puntuaciones de las dimensiones de la calidad (G1) existen diferencias significativas con una percepción más positiva entre los profesionales que tienen cupos más pequeños en relación con la atención centrada en el paciente, el dar una atención a tiempo, eficiente y una atención equitativa. La percepción global (G2) de que el centro dispone de un sistema para prevenir, detectar y corregir EA es superior en los cupos de menos de 1500 pacientes (33,00% vs 28,69%) (Tabla 29).

Casi todas las dimensiones de CSP son más positivas en relación a profesionales con un cupo menor de 1500 pacientes. Destacan las dimensiones con %>5%: Aspectos relacionados con la seguridad del paciente (69,00% versus 63,84%), intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (44,98% versus 38,98%), ritmo y carga de trabajo (33,65% versus 20,86%), procedimientos establecidos en el centro, personal no sanitario (51,32% versus 47,82%), comunicación franca (64,92% versus 55,20%), seguimiento de la atención a los pacientes (76,22% versus 72,54%), comunicación sobre el error. profesionales no sanitarios (65,93% versus 56,75%), comunicación sobre el error, profesionales sanitarios (69,07% versus 62,90%), apo-

yo de los responsables del centro a la seguridad del paciente (58,40% versus 53,64%), aprendizaje organizacional (71,41% versus 68,49%) y por último, las percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad (67,52% versus 60,52%) (Tabla 30).

En general, todos los valores positivos han disminuido respecto a los resultados de las encuestas pasadas en el 2011, salvo la comunicación franca (59,6% versus 59,3%). También han bajado las percepciones positivas generales sobre la seguridad del paciente y la calidad (64,4% versus 70,3%).

No existen diferencias significativas al analizar las percepciones de las dimensiones de CSP por cupo de pacientes asignados (< o => 1500 pacientes), sin embargo en ambos grupos, se valora muy positivamente el trabajo en equipo (<=1500 pacientes = 79,99%; >1500 = 77,82%), cuando alguien tiene excesivo trabajo los compañeros le ayudan y el mutuo respeto entre compañeros; así como también el seguimiento de la atención a los pacientes (<=1500 pacientes = 76,22%; >1500 = 72,54%)

En cuanto a la dimensión relacionada con el ritmo y carga de trabajo es la que menos porcentaje de respuesta positiva obtuvo (20,86%) principalmente en el conjunto de mayor cupo (>1500), observándose además que este grupo tiene una menor percepción general (>1500 = 60,52%) sobre seguridad del paciente en comparación a <=1500 cupo (67,52%) la baja tasa de respuestas positivas en todas las preguntas (Tablas 31 y 32).

Tabla 29: Comparación de las puntuaciones de las dimensiones globales de calidad y seguridad del paciente entre profesionales con diferente tamaño de cupo de pacientes

Dimensiones globales de calidad y seguridad del paciente	% positivas cupo menor o igual a 1500 pacientes	% positivas cupo mayor de 1500 pacientes	Dif.
G1 Dimensiones de la calidad asistencial			
G1-1: Centrado en el paciente: responde a las preferencias individuales del paciente	39,65%	31,89%	7,76%
G1-2 Efectivo: Se basa en el conocimiento científico	42,64%	40,96%	1,68%
G1-3 A tiempo: Minimiza esperas y demoras potencialmente perjudiciales	43,85%	27,44%	16,41%
G1-4 Eficiente: Garantiza unos cuidados coste-efectivos (evita el mal uso de los servicios)	39,51%	31,75%	7,76%
G1-5 Equitativo: Ofrece la misma calidad asistencial a todos los individuos	71,98%	66,99%	4,99%
G2 Percepción global de la seguridad del paciente			
Globalmente, puntúa el sistema que su centro tiene para prevenir, detectar y corregir eventos adversos	33,00%	28,69%	4,31%

Tabla 30: Comparación del porcentaje de respuestas positivas por dimensiones por tamaño de cupo de pacientes

Dimensiones	Cupo menor de 1500 pacientes	Cupo de más de 1500 pacientes	Dif.
Aspectos relacionados con la SP	69,00%	63,84%	5,16%
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	44,98%	39,98%	5,00%
El trabajo en equipo	79,99%	77,82%	2,17%
Ritmo y carga de trabajo	33,65%	20,86%	12,79%
Formación de personal no sanitario	53,63%	50,70%	2,93%
Formación de personal sanitario	56,54%	55,79%	0,75%
Procedimientos establecidos en el centro, personal no sanitario	51,32%	47,82%	3,50%
Procedimientos establecidos en el centro, personal sanitario	54,79%	51,49%	3,30%
Comunicación franca	64,92%	55,20%	9,72%
Seguimiento en la atención a los pacientes	76,22%	72,54%	3,68%
Comunicación del error, personal no sanitario	65,93%	56,75%	9,18%
Comunicación del error, personal sanitario	69,07%	62,90%	6,17%
Apoyo a los responsables del centro	58,40%	53,64%	4,76%
Aprendizaje organizacional	71,41%	68,49%	2,92%
Percepciones generales sobre la SP y la calidad	67,52%	60,52%	7,00%

Tabla 31: Top positivas. Distribución de las preguntas con un porcentaje de respuestas positivas superior al 70% por tamaño de cupo de pacientes

Pregunta	< 1500 % positivas	> 1500 % positivas
A2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: Se utilizó la historia clínica de otro paciente.	87%	87%
A3. HISTORIAS CLÍNICAS: La historia clínica del paciente no estaba disponible cuando se precisó.	82%	83%
A4. HISTORIAS CLÍNICAS: La información clínica se archivó en la historia clínica de otro paciente.	95%	94%
A7. MEDICACIÓN: La lista de medicación del paciente no se supervisó durante la consulta.	72%	69%
A9. DIAGNÓSTICOS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día.	76%	67%
C1. Cuando alguien tiene excesivo trabajo los compañeros le ayudan.	81%	80%
C2. En este centro hay un buen ambiente de trabajo entre los componentes del equipo.	81%	78%
C5. En este centro, nos tratamos mutuamente con respeto.	88%	88%
C13. Este centro promueve el trabajo en equipo para el cuidado de los pacientes.	70%	64%
C19. El personal sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.	78%	76%
D3. El centro recuerda a sus pacientes cuándo deben citarse para revisiones o para actividades preventivas.	72%	67%
D5. En este centro se registra si nuestros pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento.	73%	72%
D9. En este centro se hacen revisiones a los pacientes que precisan un seguimiento.	90%	88%
D11. En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.	76%	72%
D14. El personal sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	75%	74%
F1. Cuando hay un problema en nuestro centro, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas.	80%	75%
F3. En este centro se producen fallos con más frecuencia de lo que debieran. R	72%	63%
F4. Si no cometemos más fallos que afecten a nuestros pacientes, es por casualidad. R	74%	67%
F5. Este centro modifica sus procesos para garantizar que los mismos problemas no vuelvan a ocurrir.	71%	68%
G1-5. Equitativo: Ofrece la misma calidad asistencial a todos los individuos con independencia de su sexo, raza, etnia, nivel socioeconómico, idioma, etc.	72%	67%

Tabla 32: Top negativas. Distribución de las preguntas con un porcentaje de respuestas negativas superior al 40% por tamaño de cupo de pacientes

Pregunta	<1500 % negativas	>1500 % negativas
A1. ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA: El paciente no consiguió una cita para consultar un problema de salud agudo en las siguientes 48h.	27%	46%
C3. En este centro, sentimos que atendemos con prisas a los pacientes.	40%	52%
C6. Tenemos demasiados pacientes asignados para el número de profesionales sanitarios que tiene el centro.	48%	74%
C11. Tenemos suficiente personal no sanitario para manejar la carga de trabajo de los pacientes.	43%	50%
C14. Este centro tiene demasiados pacientes para hacer frente a todo de forma eficiente.	46%	65%

5.4.5 Por cargo de gestión en el centro versus no cargo de gestión

Un total de 272 (12.4%) de profesionales refiere tener un puesto de responsabilidad frente a un 8,8% en la encuesta de 2011. Hay un aumento de 3,6 % en la proporción de personas que se identifican como líderes, resaltando el grupo de responsables de enfermería.

Los gestores tienen puntuaciones más positivas en todas las dimensiones de calidad asistencial y en la global de seguridad del paciente, con diferencias significativas (>5%) (Tabla 33).

Hay una diferencia de 17,75 puntos en la “Percepción general sobre la seguridad del paciente y la calidad”, entre gestores 80,00% positividad sobre los no gestores que es del 62,25%.

Todas las dimensiones del cuestionario son valoradas más positivamente por los gestores que los no gestores con diferencia significativa como ocurría en 2011. El “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales”, es la única dimensión que obtiene más respuestas positivas en el grupo de no gestores 45,12% que en el de gestores 42,5%, con diferencia no significativa. Similar a la situación de 2011 79,1 % vs a 84,7.% aunque con puntuaciones más bajas (Tabla 34).

La percepción positiva de los gestores en cuanto a su rol de “apoyo de los responsables del centro a la SP” es superior a la percibida por los no gestores en 2024 (74,88% gestores, 53,44% no gestores). Similar a la situación en 2011.

La dimensión mejor valorada en ambos grupos es el “Trabajo en equipo”, aunque con diferencias entre el grupo de gestores con un 89,16% de positividades frente al grupo de no gestores que es del 76,60%. Similar a los datos de 2011, 89,9 en gestores vs 85,1 en no gestores.

En el otro extremo, ambos grupos sitúan el “Ritmo y la carga de trabajo” como la dimensión peor valorada (Gestores 32,73% y no gestores 27,94%), como también ocurría en 2011.

Sin embargo, en 2024, un 7%, menos que en 2011 (66% versus 73%), de los participantes afirman que “Los responsables de su centro pasan por alto los fallos relacionados con la asistencia que ocurren una y otra vez”, es decir los profesionales perciben que hay más interés en actuar frente a los errores reiterados actualmente con significación estadística (Tablas 35 y 36).

Tabla 33: Comparación de las puntuaciones de las dimensiones globales de calidad y seguridad del paciente entre profesionales gestores de AP y no gestores

Dimensiones globales de calidad y seguridad del paciente	Gestores de AP	No gestores de AP	Dif.
G1 Dimensiones de la calidad asistencial			
G1-1: Centrado en el paciente: responde a las preferencias individuales del paciente	46,69%	34,13%	12,56%
G1-2 Efectivo: Se basa en el conocimiento científico	51,47%	38,55%	12,92%
G1-3 A tiempo: Minimiza esperas y demoras potencialmente perjudiciales	51,47%	32,06%	19,41%
G1-4 Eficiente: Garantiza unos cuidados coste-efectivos (evita el mal uso de los servicios)	52,40%	32,94%	19,46%
G1-5 Equitativo: Ofrece la misma calidad asistencial a todos los individuos	81,62%	66,51%	15,11%
G2 Percepción global de la seguridad del paciente			
Globalmente, puntúa el sistema que su centro tiene para prevenir, detectar y corregir eventos adversos	40,81%	30,14%	10,67%

Tabla 34: Comparación del porcentaje de respuestas positivas por dimensiones por profesionales gestores o no gestores

Dimensiones	Gestores	No gestores	Dif.
Aspectos relacionados con la SP	69,64%	66,29	3,35%
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	42,50%	45,12%	-2,62%
El trabajo en equipo	89,16%	76,60%	12,56%
Ritmo y carga de trabajo	32,73%	27,94%	4,79%
Formación de personal no sanitario	65,48%	49,24%	16,24%
Formación de personal sanitario	76,76%	53,65%	23,11%
Procedimientos establecidos en el centro, personal no sanitario	65,79%	48,78%	17,01%
Procedimientos establecidos en el centro, personal sanitario	68,94%	51,81%	17,13%
Comunicación franca	75,67%	57,16%	18,51%
Seguimiento en la atención a los pacientes	80,75%	73,87%	6,88%
Comunicación del error, personal no sanitario	74,68%	60,39%	14,29%
Comunicación del error, personal sanitario	78,52%	64,26%	14,26%
Apoyo a los responsables del centro	74,88%	53,44%	21,44%
Aprendizaje organizacional	88,16%	67,69%	20,47%
Percepciones generales sobre la SP y la calidad	80,00%	62,25%	17,75%

Tabla 35: Top positivas. Distribución de las preguntas con un porcentaje de respuestas positivas superior al 70% por profesionales gestores o no gestores

Pregunta	Gestores % positivas	No gestores % positivas
A2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: Se utilizó la historia clínica de otro paciente.	87%	88%
A3. HISTORIAS CLÍNICAS: La historia clínica del paciente no estaba disponible cuando se precisó.	84%	82%
A4. HISTORIAS CLÍNICAS: La información clínica se archivó en la historia clínica de otro paciente.	96%	94%
A7. MEDICACIÓN: La lista de medicación del paciente no se supervisó durante la consulta.	70%	70%
A9. DIAGNÓSTICOS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día.	78%	72%
C1. Cuando alguien tiene excesivo trabajo los compañeros le ayudan.	87%	80%
C2. En este centro hay un buen ambiente de trabajo entre los componentes del equipo.	89%	77%
C4. Este centro forma a su personal no sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.	72%	49%
C5. En este centro, nos tratamos mutuamente con respeto.	93%	86%
C8. Este centro está más desorganizado de lo que debiera.	R 73%	53%
13. Este centro promueve el trabajo en equipo para el cuidado de los pacientes.	87%	64%
C15. El personal no sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.	76%	64%
C16. Este centro forma a su personal sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.	86%	62%
C17. En este centro se asegura que el personal sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.	83%	57%
C19. El personal sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.	89%	76%
D2. En este centro, se anima al personal no sanitario a expresar puntos de vista alternativos.	80%	57%
D3. El centro recuerda a sus pacientes cuándo deben citarse para revisiones o para actividades preventivas.	79%	70%
D5. En este centro se registra si nuestros pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento.	80%	72%

Pregunta		Gestores % positivas	No gestores % positivas
D6. En nuestro centro se realiza un seguimiento cuando no se recibe el informe de un paciente que estamos esperando que nos remita un especialista de otro centro.		71%	66%
D8. Todo el equipo habla abiertamente de los problemas del centro.		77%	56%
D9. En este centro se hacen revisiones a los pacientes que precisan un seguimiento.		93%	88%
D10. Es difícil expresar libremente cualquier desacuerdo en este centro.	R	84%	59%
D11. En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.		85%	73%
D12. El personal no sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.		71%	61%
D13. El personal sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.	R	71%	55%
D14. El personal sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.		81%	73%
E2. Los responsables de su centro pasan por alto los fallos relacionados con la asistencia que ocurren una y otra vez.	R	87%	63%
E3. Los responsables de su centro dan prioridad a los procesos relacionados con la mejora de la atención a los pacientes.		89%	63%
F1. Cuando hay un problema en nuestro centro, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas.		92%	75%
F2. Los procesos de nuestro centro son buenos para prevenir fallos que pueden afectar a los pacientes.		82%	64%
F3. En este centro se producen fallos con más frecuencia de lo que debieran.	R	79%	66%
F4. Si no cometemos más fallos que afecten a nuestros pacientes, es por casualidad.	R	83%	69%
F5. Este centro modifica sus procesos para garantizar que los mismos problemas no vuelvan a ocurrir.		88%	68%
F6. En este centro, es más importante realizar más trabajo que la calidad de la atención.	R	75%	49%
F7. Después de introducir cambios para mejorar la asistencia, comprobamos si funcionan.		84%	60%
G1-5 Equitativo: Ofrece la misma calidad asistencial a todos los individuos con independencia de su sexo, raza, etnia, nivel socioeconómico, idioma, etc.		82%	67%

Tabla 36: Top negativas. Distribución de las preguntas con un porcentaje de respuestas negativas superior al 40% por profesionales gestores o no gestores

Pregunta		Gestores % negativas	No gestores % negativas
C3. En este centro, sentimos que atendemos con prisas a los pacientes.	R	41%	45%
C6. Tenemos demasiados pacientes asignados para el número de profesionales.	R	55%	59%
C11. Tenemos suficiente personal no sanitario para manejar la carga de trabajo de los pacientes.		42%	46%
C14. Este centro tiene demasiados pacientes para hacer frente a todo de forma eficiente.	R	50%	54%

5.5 Preguntas para el debate de los datos de atención primaria

¿Cómo ha evolucionado la percepción de la CSP en AP en España?

Los profesionales que trabajan en el ámbito de AP del SNS en España tienen una buena percepción global de la SP en su trabajo diario, similar a la que tienen los profesionales de AP de otros sistemas de salud²⁶. Sin embargo, esta percepción ha disminuido en los últimos 13 años al comparar con los datos de la encuesta de 2011.

La percepción de los profesionales es más positiva en aquellas dimensiones como “El seguimiento de la atención a los pacientes” y el trabajo en equipo. Hecho que ocurría también en 2011 y en otros estudios internacionales²⁷.

Mientras que el ritmo y la carga de trabajo sigue siendo la dimensión con peor puntuación y menos respuestas positivas en 2011 y en 2024.

La tendencia de los resultados de la encuesta MOSPS en EEUU, de 2012 a 2024²⁸, muestra que antes de la pandemia los resultados de las diferentes dimensiones fueron mejorando. Sin embargo, de 2020 a 2022, todas las puntuaciones disminuyeron. En los resultados de 2024, varias medidas se mantienen en buenas cifras como el trabajo en equipo (85%) y el seguimiento de la atención a los pacientes (85%) como ocurre en atención primaria en nuestro país.

¿El ritmo y la carga de trabajo sigue siendo la asignatura pendiente en AP para poder mejorar la CSP?

La dimensión de ritmo y carga de trabajo hace referencia a tener demasiados pacientes, asignados, atender con prisas, no tener suficiente personal no sanitario para la carga de trabajo. Esta dimensión obtiene la peor puntuación por parte de todos los profesionales en atención primaria tanto en 2011 como en 2024. Esta circunstancia también se da en otros países donde esta dimensión es la peor puntuada²⁹ y en estudios a nivel hospitalario como los de nuestro país de CSP en 2024 y en 2009 y a nivel internacional como el informe de la cultura de seguridad del paciente en hospitales de la OECD³⁰.

Este hecho pone de manifiesto que no se ha conseguido adecuar las cargas de trabajo para garantizar una atención segura, bien por la complejidad de los pacientes, por el número de pacientes asignados, la distribución de las cargas de trabajo en el equipo o la falta de profesionales en el CAP. Es un tema que requiere de una planificación atenta por parte de los servicios de salud ya que estas condiciones han ido empeorando en los últimos 13 años. La OMS oficina europea se ha hecho eco de esta realidad en Europa y ha iniciado la publicación de propuestas para hacer frente a esta realidad que se agrava con la progresiva falta de profesionales para atención primaria en los próximos años³¹.

¿Ha mejorado de la comunicación franca y la notificación de los incidentes para el aprendizaje en AP?

La dimensión de comunicación abierta o franca y comunicación del error en profesionales sanitarios y no sanitarios es valorada

positivamente de forma significativa más positiva entre los profesionales que hacen guardia, los profesionales con cupos menores de 1500 pacientes y los profesionales con cargo de gestión. Sin embargo, los valores positivos no han mejorado significativamente con respecto a 2011.

Cabe destacar que el 70% de los profesionales conoce el sistema de notificación de su comunidad autónoma. Y el 43.13% refiere haber realizado una notificación en el último año. Además, de los que han notificado, el 64.03% refiere que su notificación ha ayudado a mejorar la organización sanitaria.

Uno de los elementos alegados en otros estudios para no tener una comunicación franca es la falta de apoyo de los líderes de la organización y el miedo a una crítica negativa. Además, los profesionales con bajo nivel de comunicación franca tenían bajo nivel de CSP global³². En dos estudios en Arabia Saudí³³ y Marruecos³⁴ se han identificado como áreas de mejora la notificación de incidentes de seguridad y las respuestas no punitivas a los errores. Se puede decir que establecer una cultura de seguridad en cualquier organización sanitaria requiere la eliminación de tres elementos cruciales: la culpa, el miedo y el silencio.

En España no existe una regulación que ampare a los profesionales en la notificación, el análisis y la disculpa ante incidentes de seguridad del paciente. Por ello es crucial el desarrollo de un marco jurídico nacional como se ha llevado a cabo en otros países europeos, como Italia³⁵. Sin embargo, somos conscientes de que la legislación no mejora por sí sola la CSP, es necesario gestionar la resistencia

al cambio de los profesionales y dedicar financiación para aplicarla como se ha identificado en el estudio de evaluación de la ley italiana a los 5 años de su promulgación³⁶.

¿Qué profesionales en AP tienen una mejor percepción de la CSP y pueden ser clave en su promoción?

Los profesionales de AP que tienen una mejor percepción de SP son principalmente mujeres, profesionales sanitarios que hacen guardias y tienen cupos de pacientes menores de 1500 y aquellos que tienen responsabilidades de gestión en los centros de salud.

En España, los profesionales que trabajan haciendo guardias, en general pertenecen al medio rural, con menor presión asistencial. Estos datos contrastan con estudios internacionales donde el trabajo en el entorno rural es más vulnerable a incidentes de seguridad de pacientes por la mayor rotación de médicos, la sobrecarga de trabajo, las inclemencias del clima y la distancia al hospital. Los profesionales reconocen tener mayor conciencia de una mayor conciencia de riesgo de error³⁷.

Por otro parte, los centros de atención primaria con sistemas de acreditación de calidad tienen mejores resultados en CSP³⁸. En nuestro estudio no se investigaba esta variable. Por ello, es un tema relevante para promover en futuras estrategias para el SNS en España.

¿Tienen los profesionales diferente valoración global de la SP que de la calidad asistencial?

La dimensión que valora de manera global la SP es una de las peor valoradas por los profesionales, lo que contrasta con el hecho de que el resto de las dimensiones presentan mejores puntuaciones. Este hecho puede informarnos de que cuando los profesionales piensan en la SP en los CAP, están pensando en mucho más que en los protocolos y/o en la estandarización de procesos.

Los profesionales tienen una mejor percepción de la calidad asistencial que de la seguridad en los CAP. Este dato podría reflejar el hecho de que los profesionales han interiorizado el trabajo realizado en los últimos 30 años en calidad asistencial por medio del desarrollo de herramientas y puesta en marcha de procesos de mejora de la atención e indicadores de medición³⁹. Y al mismo tiempo, son más conscientes de la presencia de muchos riesgos asociados a la atención sanitaria que no están bien controlados.

¿Cómo influye la formación en calidad y seguridad del paciente en los profesionales en AP?

En relación con la formación de los profesionales, el Plan de Acción Global de Seguridad del Paciente 2021-2030 señala la relevante necesidad de formar a los profesionales sanitarios en CSP. Estudios internacionales refieren la mejora de la CSP a través de la formación⁴⁰.

Existen diferencias significativas en las dimensiones de formación de personal no sanitario y sanitario, (5, 5B respectivamente). Cada grupo

profesional valora peor su formación que la del otro grupo, similar a la encuesta de 2011. Sin embargo, en la valoración de la formación, el % de positivos en situación interina/eventual tiene una puntuación 2,7 puntos más baja que la de fijos. Fundamentalmente debido a la pregunta C7 de esta dimensión con un % de positivos en interinos/eventuales del 46,09%

La formación sigue siendo un tema clave para mejorar la CSP en AP.

¿El apoyo de los líderes influye en la CSP percibida por los profesionales de AP?

El liderazgo es fundamental para promover una cultura de seguridad del paciente en atención primaria⁴¹. Existen pocos estudios sobre cultura de seguridad en gestores, y la mayoría se han realizado en directivos de hospitales o gerencias.

Así, Giménez-Júlvez *et al*⁴¹. realizaron un estudio sobre cultura de seguridad del paciente entre personal de dirección y gestión del Servicio Aragonés de Salud, que incluía coordinadores de atención primaria, aunque sin diferenciar los resultados de los directivos de hospital o de servicios centrales, con el resultado de percibir poco apoyo práctico relacionado con la seguridad del paciente imputado al poco margen para actuar, a que existe exceso de rotación entre directivos y que en nuestro caso podría coincidir y también convendría explorar en estudios ulteriores. Emplearon un cuestionario propio, así como entrevistas estructuradas.

Por su parte, Borneo Cantalicio⁴³ en Perú, empleando el cuestionario de Giménez-Júlvez, realiza un estudio en el ámbito de atención

primaria correlacionando la cultura de seguridad del paciente de 55 gestores con la seguridad del paciente de empresas prestadoras de servicios, y encuentra que el 49,1% de los gestores presentan una cultura seguridad del paciente baja y que el nivel de seguridad del paciente es bajo en el 90% de las empresas prestadoras de servicios.

La diferencia en cultura de seguridad entre gestores y no gestores podría estar en relación con varias circunstancias:

- La mayoría son puestos de libre designación o a propuesta de los compañeros del centro, sin tener en cuenta la formación.
- Los responsables de los centros de salud están más cerca de la dirección.
- Tener un puesto de responsabilidad conlleva estar más alerta.
- En un puesto de responsabilidad hay más conciencia de que los errores existen y de que una gran parte pueden ser evitables.
- Los gestores tienen más acceso a la formación que el resto.
- Los gestores gestionan las quejas de los usuarios, por lo que son concedores de los motivos de los errores.

De la encuesta y de la bibliografía disponible se deduce que el liderazgo es fundamental para desarrollar una cultura de seguridad en la que la organización y el personal puedan aprender juntos.

Portela Romero *et al*⁴⁴ publicaron un estudio sobre cultura de seguridad del paciente realizado en una muestra de Médicos Internos Residentes de Medicina de familia en Galicia, encontrado para la dimensión “Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente” una puntuación en el índice sintético de seguridad del paciente de 3,56 (3,55-3,60), similar al obtenido por todos los profesionales de Atención Primaria en 2011 que fue de 3,57 (3,55-3,60) y superior a la de 2024 que es de 3,46 (3,42-2,94).

El estudio realizado por Araujo *et al.* en Brasil, en centros de atención primaria, reveló que la “Apoyo del propietario/socio gerente/liderazgo para la seguridad del paciente”, obtuvo un 42,6% de respuestas positivas, inferior a la obtenida por nosotros en 2024 (56,2%), sí bien hay que tener en cuentas las diferencias entre sistemas y ha empeorado en un 3,19% respecto de 2011.

Cultura de seguridad del paciente en España:
Percepciones y tendencias de los profesionales
de las organizaciones sanitarias



6. Resultados en relación con los factores estructurales de calidad y de seguridad del paciente

Se han considerado como factores estructurales promovidos desde la ESPSNS 2015-2020 que influyen en la CSP los siguientes:

1. El conocimiento y utilización de los Sistemas de Notificación y Aprendizaje de Eventos Adversos
2. La existencia de una estructura de calidad y seguridad del paciente en la organización
3. La existencia de planes de seguridad del paciente y de respuesta a los eventos adversos incluyendo unidades de apoyo a las segundas víctimas.

6.1 Los sistemas de notificación y aprendizaje de eventos adversos

6.1.1 Resultados en hospitales

El 78% de los profesionales del ámbito hospitalario que han participado en la encuesta conoce el sistema de notificación de su comunidad autónoma.

Tabla 37: Porcentaje de conocimiento del sistema de notificación ajustado por los participantes de referencia de la comunidad autónoma que lo utiliza en hospitales

	Núm.	CC.AA.	%
Nacional: SiNASP	1.701	2.214	77%
Castilla León: SISNOT	745	912	82%
Madrid: CISEMadrid	543	668	81%
Valencia: SINEA	413	515	80%
Andalucía: notificASP	338	480	70%
Baleares: Notific	149	195	76%
Cataluña: SNiSP Cat	142	206	69%
Pais Vasco: SNASP	25	22	114%
Total	4.056	5.212	78%

Un 42% de los profesionales ha notificado un incidente de seguridad del paciente en el último año.

Tabla 38: Porcentaje de profesionales que refiere haber notificado un incidente al sistema de notificación en el ámbito hospitalario en el último año

¿Ha notificado algún incidente en el último año?	Enc 2024	
	Núm.	%
Sí	2.099	42%
No	3.000	58%
Total	5.099	100%

Un 58% de profesionales no han notificado incidentes en 2024. Sin embargo, comparado con un 78% en 2009, ha disminuido un 24% los profesionales que nunca han notificado incidente de seguridad del paciente relacionado con su práctica clínica. Este cambio informa de un aumento de la predisposición abierta de los profesionales a aprender de los incidentes que ocurren en el sistema sanitario.

En general, en comparación con 2009, el número de notificaciones ha aumentado de manera exponencial.

Tabla 39: Porcentaje de notificaciones reportadas en el último año por los participantes de la encuesta de hospitales en 2024 y en 2009

	Enc 2024			
	% Enc 2024	% Enc 2009	Dif.	Inc.
No ha notificado	58%	78%	-20%	-24%
1-2	23%	15%	8%	56%
3-5	11%	5%	6%	121%
6-10	4%	2%	2%	103%
>10	3%	1%	2%	345%

6.1.2 Resultados en Atención Primaria

Del total de participantes 1.543 (70,26%) conocen el sistema de notificación de su servicio de salud.

En la tabla adjunta se observa la distribución de profesionales de atención primaria que conoce los sistemas de notificación de su comunidad o ciudad autónoma.

Tabla 40: Porcentaje de conocimiento del sistema de notificación ajustado por los participantes de referencia de la comunidad autónoma que lo utiliza en atención primaria

Sistemas de Notificación de Incidentes de Seguridad del Paciente en España	Numero de respuestas	Participantes por CC.AA.	%
Nacional: SiNASP	559	884	63%
Castilla León: SISNOT	439	525	84%
Madrid: CISEMadrid	222	282	79%
Valencia: SINEA	108	110	98%
Andalucía: notificASP	98	128	77%
Baleares: Notific	74	93	80%
Cataluña: SNI SP Cat	28	35	80%
Pais Vasco: SNASP	13	12	108%
Total	1.541	2.069	74%

El 848 (43,13%) de los profesionales refieren haber notificado un incidente de SP en el último año. De ellos, 543 (64 %) concluye que su notificación ha contribuido a mejorar la calidad de su organización.

Tabla 41: Porcentaje de profesionales de atención primaria que han notificado un incidente en el último año

	Enc 2024		Enc 2011
	Núm.	%	nd
Sí	848	43%	nd
No	1.118	57%	nd
Total	1.966	100%	nd

Nd: pregunta no disponible en 2011.

Tabla 42: Distribución de respuestas en relación con la percepción de la contribución de la notificación a mejorar la calidad en atención primaria

En caso que haya notificado, la notificación contribuye a mejorar la calidad en la organización	Enc 2024	
	Núm.	%
Sí	543	64%
NO	227	27%
Prefiero no contestar	74	9%
No informado	4	0%
Total	848	100%

6.2 Estructura de calidad y seguridad del paciente en la organización

Estos resultados se refieren a las preguntas del cuestionario que se incorporaron específicamente para este estudio y que hacían referencia a la existencia de responsable de calidad y/o seguridad, la existencia de una unidad de seguridad del paciente, apoyo a las segundas víctimas y la existencia de un plan de gestión de eventos adversos.

El análisis de los datos muestra que la existencia de cada uno de los factores estructurales considerados por separado o combinados incrementa, de forma significativa, la percepción del grado de seguridad del paciente tanto en hospital como en AP.

6.2.1 Resultados en Hospitales

La existencia de responsable de calidad y/o seguridad del paciente en el hospital incrementa un 13,15% el grado de seguridad del paciente (66,9 vs 75,7) evaluado a través del cuestionario.

El grado de seguridad del paciente aumenta un 16,22% (67 vs 78) en los hospitales que disponen de una unidad de seguridad del paciente/apoyo a las segundas víctimas.

El grado de seguridad del paciente aumenta un 24,8% (61,6 vs 76,9) en los hospitales que disponen de un plan de respuesta a eventos adversos graves.

La mayoría de los encuestados trabajan en centros que tienen alguno de los factores mencionados (ningún factor: 170 vs alguno: 4.313). Los centros que tienen algún factor tienen mejor grado de seguridad del paciente (ninguno: 57, 1 o 2: 73 y todos: 79). El grado de seguridad del paciente se incrementa un 28% en los hospitales que tienen 1 o 2 factores y un 38% si los tienen todos.

La puntuación de todas las dimensiones mejora en los hospitales que tienen uno o más factores estructurales analizados. De manera especial mejora la dimensión “Apoyo de la gerencia” en dichos hospitales” (Tabla 43).

6.2.2 Resultados en atención primaria

La existencia de responsable de calidad y/o seguridad del paciente en el centro de AP incrementa en un 14,5% el grado de seguridad del paciente (2,84 vs 3,25) evaluado a través del cuestionario.

El grado de seguridad del paciente se incrementa un 14% (2,9 vs 3,3) en los centros de AP que disponen de una unidad de seguridad del paciente/apoyo a las segundas víctimas.

El grado de seguridad del paciente se incrementa un 23% (2,7 vs 3,3) en los centros de AP que disponen de un plan de respuesta a eventos adversos graves.

La mayoría de los encuestados trabajan en centros que tienen alguno de los factores mencionados (ninguno: 148 vs alguno: 1.543).

Los centros que tienen alguno de los factores tienen mejor grado de seguridad del paciente (ninguno: 2,66, 1 o 2 factores: 3,13 y todos los factores: 3,39). El grado de seguridad del paciente se incrementa un 18% en los centros que tienen 1 o 2 factores y un 27% si los tiene todos (Tabla 44).

Tabla 43: Comparación de porcentajes de respuestas positivas por dimensiones en función de los factores estructurales de seguridad del paciente en hospitales

N.º Dimensión	Responsable calidad			Plan Eventos Adversos			Unidad de Apoyo		
	% pos. Sí resp. calidad	% pos. NO resp. calidad	Dif. % pos.	% pos. Sí plan EA	% pos. NO plan EA	Dif. % pos.	% pos. Sí unidad de apoyo	% pos. NO unidad de apoyo	Dif. % pos.
1 Frecuencia EA notificados	50%	33%	17%	53%	26%	27%	57%	33%	23%
2 Percepción de Seguridad	47%	33%	14%	49%	30%	19%	51%	36%	15%
3 Expectativas responsables del servicio	75%	55%	21%	78%	50%	28%	79%	60%	19%
4 Mejora continua	68%	43%	25%	71%	39%	33%	75%	50%	24%
5 Trabajo equipo unidad	78%	68%	11%	80%	62%	18%	81%	70%	11%
6 Facilidad comunicación	54%	40%	14%	56%	32%	24%	56%	43%	13%
7 Feed-back y comunicación errores	53%	33%	20%	57%	25%	32%	60%	37%	22%
8 Respuesta no punitiva	61%	45%	16%	62%	41%	21%	64%	51%	13%
9 Dotación de RRHH	30%	22%	7%	31%	21%	10%	32%	26%	7%
10 Apoyo de la Gerencia	45%	21%	24%	47%	18%	29%	53%	29%	24%
11 Trabajo equipo entre unidades	53%	39%	14%	55%	35%	20%	58%	42%	16%
12 Problemas en transiciones	50%	42%	9%	53%	34%	19%	53%	40%	14%

Tabla 44: Comparación de porcentajes de respuestas positivas por dimensiones en función de los factores estructurales de seguridad del paciente en atención primaria

N.º Dimensión

N.º Dimensión	Responsable calidad			Plan Eventos Adversos			Unidad de Apoyo		
	% pos. Sí resp. calidad	% pos. NO resp. calidad	Dif. % pos.	% pos. Sí plan EA	% pos. NO plan EA	Dif. % pos.	% pos. Sí unidad de apoyo	% pos. NO unidad de apoyo	Dif. % pos.
1 Aspectos relacionados con la seguridad del paciente	68%	65%	3%	68%	62%	5%	67%	64%	3%
2 Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	42%	41%	1%	45%	36%	9%	44%	40%	4%
3 Trabajo en equipo	82%	70%	12%	83%	68%	15%	84%	72%	12%
4 Ritmo y carga de trabajo	30%	26%	3%	30%	28%	2%	31%	27%	3%
5 Formación del personal no sanitario	57%	42%	15%	60%	39%	20%	62%	45%	16%
5b Formación del personal sanitario	63%	47%	16%	66%	45%	21%	67%	51%	16%
6 Procedimientos establecidos en el centro. Personal no sanitario	57%	42%	14%	58%	40%	18%	59%	45%	14%
6b Procedimientos establecidos en el centro. Personal sanitario	60%	44%	16%	61%	43%	18%	62%	48%	14%
7 Comunicación franca	65%	51%	14%	66%	51%	15%	64%	56%	8%
8 Seguimiento de la atención a los pacientes	79%	66%	13%	80%	62%	18%	79%	68%	11%
9 Comunicación sobre el error. Profesionales no sanitarios	67%	53%	14%	69%	50%	19%	68%	56%	13%
9b Comunicación sobre el error. Profesionales sanitarios	71%	57%	14%	73%	54%	19%	73%	59%	14%
10 Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente	62%	48%	14%	63%	44%	19%	61%	51%	10%
11 Aprendizaje organizacional	77%	59%	19%	80%	53%	26%	80%	62%	18%
12 Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad	69%	56%	12%	72%	51%	21%	70%	57%	13%

6.3 Preguntas para el debate

¿Cómo ha evolucionado el uso de los sistemas de notificación entre los profesionales?

En hospitales, el 78% de los profesionales conoce el sistema de notificación de su comunidad autónoma y en atención primaria, un 70,26%. Aunque este porcentaje es ligeramente inferior en atención primaria, sigue siendo una cifra positiva que indica una buena difusión del sistema entre los profesionales.

En hospitales, el 42% de los profesionales notificó un incidente en el último año, mientras que en atención primaria esta cifra asciende al 43,13%. Aunque la diferencia no es muy grande, es notable que en atención primaria haya una ligera mayor proporción de notificaciones. En estudios previos sobre atención primaria, como el realizado por Makeham *et al*⁴⁵, se ha observado que los profesionales de este ámbito a menudo tienen más oportunidades de identificar incidentes debido a la continuidad del cuidado y la relación directa con el paciente. No obstante, también se enfrentan a barreras similares a las de los profesionales hospitalarios, como la sobrecarga de trabajo y el tiempo limitado para realizar notificaciones. Quizás el hecho de que el 64% de los profesionales que notificaron concluye que su notificación ha tenido un impacto positivo en la calidad de la organización y donde los equipos son más pequeños, y los cambios derivados de las notificaciones pueden ser más visibles y, por tanto, los profesionales pueden percibir más fácilmente su impacto directo sea un factor contribuyente para superar las barreras.

Investigaciones realizadas en hospitales, tanto en España como en otros países, han mostrado que las barreras más importantes para la notificación son la falta de conocimiento del sistema, la falta de apoyo de los gestores o de confianza en los sistemas de notificación como herramienta para la mejora⁴⁶. Una revisión sistemática⁴⁷ encontró que la formación y la familiarización de los profesionales con los sistemas de notificación son determinantes para mejorar su utilización.

Los entornos hospitalarios, que suelen ser contar con más estructuras de apoyo, pueden tener una ventaja en la utilización de los sistemas de notificación en comparación con los centros de atención primaria. Sin embargo, experiencias recientes de integración del acceso a los sistemas de notificación en las historias clínicas electrónicas de las organizaciones sanitarias en ambos niveles asistenciales promete una importante mejora en el número de notificaciones por parte de los profesionales, particularmente en el ámbito de atención primaria⁴⁸.

El crecimiento en el número de notificaciones ha sido exponencial tanto en hospitales como en atención primaria desde 2009. Esto refleja que, a nivel nacional, los esfuerzos por mejorar la cultura de seguridad del paciente están teniendo éxito. La integración de nuevas tecnologías, como los sistemas electrónicos de notificación, también ha facilitado este aumento en ambos niveles asistenciales. Aunque los hospitales presentan un mayor porcentaje de conocimiento del sistema, la frecuencia de notificación es ligeramente superior en atención primaria, y los profesionales en este ámbito perciben que sus notificaciones tienen un impacto tangible en la mejora de la cali-

dad. Para ambos niveles asistenciales, es crucial seguir promoviendo la cultura de seguridad, mejorar la retroalimentación sobre las notificaciones y abordar las barreras que aún impiden que todos los profesionales se involucren activamente en estos procesos. Entre ellas la falta de una legislación nacional que garantice a los profesionales que las notificaciones de incidentes y su análisis, en el marco de los sistemas de notificación, van a orientarse a la mejora y no van a ser utilizadas en procesos judiciales.

¿La existencia de una estructura de calidad/seguridad puede condicionar el clima de seguridad de los centros sanitarios?

Una de las recomendaciones prioritarias del National Quality Forum para mejorar la cultura de seguridad es el desarrollo de sistemas de liderazgo para la seguridad del paciente incluyendo la creación de estructuras organizativas, unidades específicas, que promuevan la seguridad del paciente a nivel del centro sanitario⁴⁹. La existencia de un plan de seguridad y responsable que lo coordine, en el marco de dicha estructura organizativa, constituye una herramienta fundamental para favorecer la implantación de PS y la mejora de la seguridad del paciente⁵⁰.

En el presente estudio, los profesionales que trabajan en centros con una mejor estructura de seguridad del paciente tienen una mejor percepción del grado de cultura de seguridad. Estudios recientes realizados en hospitales de Brasil⁵¹ y de Austria han encontrado también cambios positivos en la cultura de seguridad tras la implementación de programas de seguridad a través de estructuras organizativas específicas⁵².

La implantación de un plan de seguridad del paciente en el hospital podría interpretarse como un proxy del compromiso de los líderes con la seguridad del paciente. Aspecto que en la literatura revisada muestra una mejora positiva del clima de seguridad cuando existe apoyo de los líderes y cambios organizativos y estructurales que facilitan la asignación de recursos para el alcance de los objetivos propuestos en la mejora de la seguridad del paciente^{53, 54, 55}.

Promover una adecuada estructura de seguridad del paciente en los centros sanitarios es una recomendación claramente establecida tanto a nivel internacional como a nivel del Sistema Nacional de Salud español⁵⁶.

En la evaluación de la estrategia, de Seguridad del Paciente del periodo 2015-2020, de las 15 CCAA participantes, 8 decían contar con este plan en el 100% de sus hospitales, disponiendo de dicho plan 249 (73,9%) hospitales evaluados. En el caso de las UGR, las 17 CC.AA. que aportaron datos decían disponer de dichas unidades en 314 hospitales (89%) de los evaluados. Un total de 9 CCAA manifestaban que contaban con UGR en el 100% de sus hospitales y los 8 restantes entre un 71% y un 93%⁵⁷. Estas cifras mostraban un desarrollo razonable de la estructura de SP en el SNS, desde el inicio de la Estrategia en el año 2006, que habrá que contrastar con los datos del análisis de situación de la nueva ESPSNS pendiente de publicación.

La metodología utilizada en este estudio no ha permitido analizar los datos por CCAA por lo que no se puede saber, para ninguno de los factores estructurales que influyen en el grado de seguridad, si las CCAA que presentan una mejor estructura de seguridad son las que muestran mejores puntuaciones en el clima de seguridad.

¿Influye la existencia de planes de apoyo a las víctimas de los eventos adversos en el clima de seguridad de los centros sanitarios?

El apoyo a las víctimas de los eventos adversos ocurridos durante la asistencia sanitaria requiere de planes específicos de respuesta que den información y respuesta, en primer lugar, a las necesidades de los pacientes que lo han sufrido y a sus familiares, pero también que den apoyo a los profesionales que se han visto implicados en el mismo, como segundas víctimas, además de soluciones a la organización donde ha sucedido, como tercera víctima⁵⁸. En referencia a las segundas víctimas, la mayor parte de la literatura científica disponible describe el impacto que los EA tienen sobre los profesionales y sus organizaciones⁵⁹ pero es escasa la evidencia sobre las acciones a desarrollar para minimizarlo. Investigaciones recientes sugieren la necesidad de contar con líderes que faciliten el desarrollo y evaluación de programas de apoyo que tengan en cuenta el contexto de la organización para promover una comunicación abierta y aprendizaje continuo sobre los errores y apoyo e intervenciones individualizadas a las víctimas^{60, 61}.

En este estudio se encuentra una mejora de la percepción de seguridad en los centros sanitarios que cuentan con dichos planes. El tipo de estudio desarrollado no permite establecer causalidad sobre este tipo de relación. No obstante, hay aspectos que pueden influir en dicha mejora cuando se cuenta con estos planes. En primer lugar, requieren de un compromiso de los líderes de la organización para favorecer un ambiente de trabajo abierto a la comunicación y el apoyo mutuo en caso de implicación en un EA y la disposición para

proponer soluciones de mejora para evitar su repetición. Al analizar el daño ocasionado por los eventos adversos, se fomenta la formación en seguridad del paciente de los profesionales porque se realiza una investigación en profundidad para plantear acciones de mejora específicas, implicando a diferentes servicios/unidades.

Los planes de apoyo a las segundas víctimas también contribuyen a una mejor identificación de eventos adversos y a su notificación lo que lleva a una mayor implicación de los profesionales en la seguridad, ya que la identificación de estos errores permite que trabajen por buscar una solución y aumenten su autopercepción y auto reconocimiento como líderes en seguridad del paciente⁶².

Siguiendo recomendaciones internacionales, la ESPSNS 2015-2020 recoge como objetivo, que los centros sanitarios cuenten con planes de apoyo a las víctimas de los EA. La evaluación de la estrategia mostraba que, según los datos aportados por 16 CCAA, 148 (63%) de hospitales evaluados, cuentan con este plan. Y solo 5 CCAA decían contar con este plan en el 100% de sus hospitales⁶³.

En el caso de la AP se ha encontrado también una mejora en la percepción del clima de seguridad en los CAP que cuentan con planes y responsables de SP y con planes de respuesta a los EA. Como en el caso de los hospitales, los planes de SP, no suelen ser exclusivos de los centros sanitarios, sino que son adaptados del plan general que coordina cada Consejería de Salud. No obstante, en el caso de la AP suele existir más variabilidad en la coordinación y responsabilidad del seguimiento de dichos planes pudiendo haber responsables de SP en cada CAP, además de los que existen en la propia Consejería.

Las reflexiones realizadas anteriormente sobre los resultados encontrados en la relación entre la existencia de planes de seguridad y responsables pueden aplicarse también en el caso de la AP.

En cuanto al desarrollo de estructuras de SP en AP, la evaluación de la estrategia de SP del SNS muestra que: 1.762 (78,8%) de los CAP, evaluados disponían de un Plan de seguridad del paciente. De las 15 CCAA participantes, 10 decían contar con este plan en el 100% de sus CAP. Así mismo, 1.180 centros indicaban que disponen de UGR lo que supone un 59,7% de los centros sobre los que se ha remitido información y un total de 6 CCAA decían contar con UGR en el 100% de sus CAP y 2 CCAA en más del 75%. Los planes de respuesta a EA estaban disponibles en 1.117 (55,5%) de los CAP evaluados y solo 2 CCAA decían tener implantados estos planes en el 100% de sus CAP. Tanto estos datos como los obtenidos en la evaluación de los hospitales, nos dan una idea del camino que queda aún por recorrer para mejorar las estructuras de seguridad del paciente en el SNS y por ende la cultura de seguridad de las organizaciones sanitarias.

Cultura de seguridad del paciente en España:
Percepciones y tendencias de los profesionales
de las organizaciones sanitarias



7. Fortalezas y Limitaciones del estudio

7.1 Fortalezas

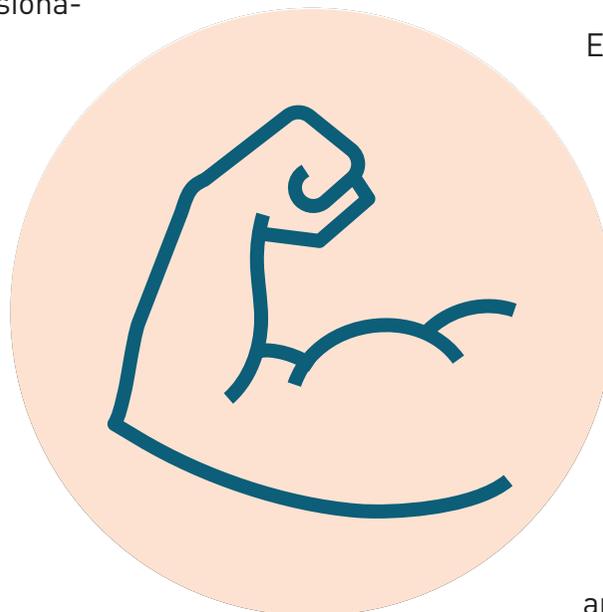
El estudio cuenta con un amplio tamaño muestral, lo que permite realizar estimaciones precisas sobre la CSP en las OOS.

Además, se incluye la representación de profesionales de casi todas las comunidades autónomas.

Se han utilizado los cuestionarios validados en español HSOPS y MOSPS de la AHRQ ya que se dispone de datos de encuestas anteriores a la pandemia (HSOPS 2009 y MOSPS 2011). Este hecho facilita comparaciones y permite evaluar el impacto global de los factores estructurales implementados en las estrategias de seguridad del paciente, promovidas para mejorar la atención en el sistema de salud a nivel nacional y autonómico.

El estudio ha contado con el respaldo de la Unidad de Seguridad del Paciente de la Subdirección de Calidad Asistencial del Ministerio de Sanidad, lo que permitió una amplia difusión entre los referentes de seguridad de las comunidades y ciudades autónomas. Esto se reflejó en una alta participación de profesionales de todo el país.

Asimismo, la implicación de socios de SECA, FIDISP y otras sociedades científicas que promueven estrategias de seguridad del paciente permitió llegar a diferentes perfiles profesionales y expertos en calidad y seguridad en todo el territorio.



En la edición de las encuestas de 2024, se incluyeron unas variables adicionales que capturan factores estructurales clave, impulsados por la Estrategia de Seguridad del Paciente (ESPS-NS) 2015-2020, tales como la existencia de responsables de calidad/seguridad, planes de seguridad del paciente, unidades de gestión de riesgos, así como el conocimiento de los sistemas de notificación autonómicos y la gestión de reclamaciones relacionadas con la seguridad. Esta información no pudo ser considerada en ediciones previas debido a que las encuestas de 2009 y 2011 se realizaron antes de la ESPSNS, lo que convierte estos datos en valiosa información para el diseño de futuras estrategias en todos los niveles del sistema de salud.

Además, se podría considerar a futuro la inclusión de preguntas complementarias sobre aspectos emergentes como inteligencia artificial, nuevas tecnologías sanitarias, bioética y el papel del paciente

implicado en la atención, con el fin de actualizar y ampliar la relevancia de los cuestionarios de cultura de seguridad del paciente. Esto permitiría una evaluación más completa y adaptada a los desafíos actuales en el ámbito sanitario.

7.2 Limitaciones

El diseño descriptivo transversal del estudio no permite establecer relaciones causales entre el grado de CSP y otros factores asociados a las características de los profesionales o los centros. No obstante, ofrece una imagen clara de la percepción actual de los profesionales en las OOSS españolas, que puede compararse con los resultados de encuestas previas (HSOPS 2009 y MOSPS 2011).

Reconocemos que la experiencia de la pandemia de COVID-19 ha afectado la CSP de las OOSS. Esta situación complica la evaluación precisa del impacto de las medidas implementadas desde 2009. Es posible que algunos avances en seguridad del paciente hasta 2020 hayan revertido por la pandemia, tal como sugiere la OMS en su informe sobre las implicaciones de la COVID-19 en la seguridad del paciente.

En cuanto al tamaño muestral, no se conoce la tasa exacta de participación en las encuestas, ya que la metodología utilizada, basada en

la distribución de encuestas por correo electrónico, no permite identificar cuántos profesionales recibieron la invitación. En las ediciones anteriores (2009 y 2011), las encuestas fueron distribuidas a través de las OOSS, facilitando la inferencia de datos a nivel organizacional. En esta edición, la participación se activó mediante sociedades científicas y referentes de seguridad, lo que amplía la representatividad, pero limita la extrapolación estadística para una organización sanitaria en particular.

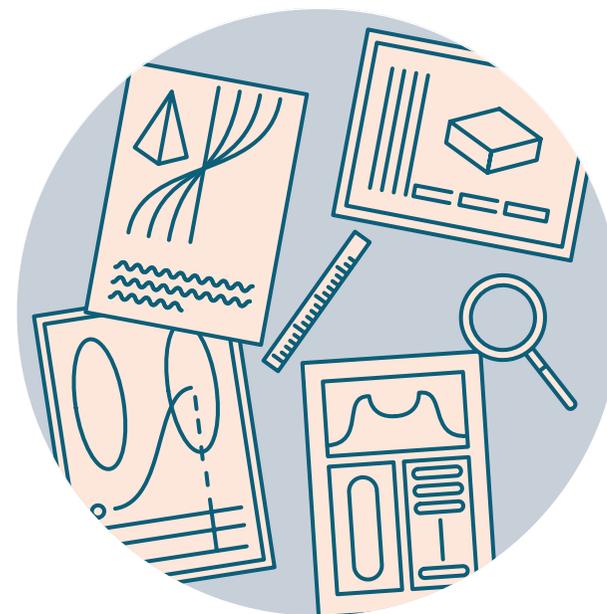


Además, al utilizar cuestionarios validados en ediciones anteriores, se han mantenido algunos errores de recolección de información. Por ejemplo, en la encuesta de hospitales sería necesario ajustar las categorías de servicios hospitalarios, la identificación de mandos intermedios, el tipo de hospital, la edad y el sexo de los participantes, para permitir un análisis más preciso y actualizado, incluso desde una perspectiva de género. En cuanto a la encuesta de atención primaria, sería recomendable actualizar las categorías profesionales para reflejar la composición multidisciplinaria de los equipos actuales, así como recoger información más detallada sobre la jornada laboral, el tamaño de la población de las zonas básicas de salud que atienden y la descripción de la tecnología diagnóstica de la que dispone el equipo de atención primaria para su trabajo habitual.

Por otra parte, el estudio destaca la importancia de identificar, anali-

zar y difundir los riesgos sanitarios, con el fin de promover medidas de prevención y minimización de los mismos. Esto incluye la necesidad de fomentar la redacción y actualización de manuales de buenas prácticas, basados en la experiencia adquirida en la gestión de eventos adversos. Asimismo, se debe recoger información de cómo los profesionales potencian la participación activa del paciente en la mejora de la calidad y seguridad de la atención recibida, lo cual es esencial para avanzar en la cultura de seguridad.

Algunas fortalezas descritas pueden, a su vez, representar sesgos en la interpretación de los resultados. Existe la posibilidad de un sesgo de información en las respuestas, ya que un alto porcentaje de los profesionales que respondieron pertenecen a sociedades científicas interesadas en calidad y seguridad del paciente (46%), mientras que se desconoce el motivo por el cual otros no participaron. Entre las posibles causas se encuentran la falta de interés, la sobrecarga laboral o un menor conocimiento sobre la CSP.



Cultura de seguridad del paciente en España:
Percepciones y tendencias de los profesionales
de las organizaciones sanitarias



8. Recomendaciones para avanzar en la cultura de la seguridad del paciente

El análisis de las encuestas de CSP de hospitales y Atención Primaria en España 2024 y su comparación con estudios previos a nivel nacional e internacional ha permitido elaborar un conjunto de recomendaciones generales que se han agrupado según niveles de gestión del SNS.

Las recomendaciones propuestas tienen por finalidad alinearse con el Plan de Acción Mundial para la seguridad del paciente 2021-2030, en particular, con aspectos relacionados con la CSP:

- Desarrollar una cultura abierta y transparente dentro de cada organización sanitaria que promueva el aprendizaje evitando culpabilizar y penalizar a los profesionales.
- Desplegar y fortalecer los sistemas de notificación de incidentes de seguridad y sistemas de aprendizaje fomentando su utilización, el análisis de los incidentes y la elaboración e implementación de planes de mejora para la prevención del riesgo.
- Desarrollar un liderazgo fuerte y visible, tanto clínico como institucional que promueva una asistencia sanitaria segura.
- Movilizar y asignar los recursos adecuados para implementar la SP en los centros sanitarios mediante la creación de estructuras de apoyo al trabajo de calidad.
- Adecuar la dotación de recursos humanos y materiales a las características de los entornos asistenciales, turnos y carga de las jornadas de trabajo.
- Identificar los riesgos posibles durante la asistencia sanitaria, para prevenirlos y mitigarlos, promoviendo la implantación de prácticas seguras.
- Potenciar y mantener la formación de los profesionales sanitarios y no sanitarios en seguridad del paciente.
- Fomentar el conocimiento y la investigación en prácticas seguras partiendo de la colaboración entre todas las partes implicadas.

A continuación, se detallan las recomendaciones por niveles de gestión.

8.1 Recomendaciones a nivel de macrogestión: Ministerio de Sanidad, Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y Consejerías de Salud

- a. Promover desde el CISNS una propuesta de reforma legislativa, basada en el derecho de las personas a una asistencia sanitaria de calidad y segura en todo el SNS.
- b. Impulsar desde el CISNS una regulación que dé cobertura jurídica a los profesionales sanitarios que notifican y analizan los EA, en el marco de los sistemas de notificación.
- c. Facilitar los recursos necesarios para reforzar la estructura funcional y el trabajo en red en SP, en todos los niveles y ámbitos del SNS para mejorar la CSP y la prevención de daños evitables asociados a la asistencia sanitaria, en estrecha colaboración con las CCAA y agentes sociales (como asociaciones de pacientes, colegios profesionales y sindicatos).
- d. Asegurar la existencia de un espacio compartido en red a nivel nacional y autonómico para potenciar la colaboración y el fomento de actividades, de formación e investigación en SP entre OOSS.
- e. Promover la formación y participación de los pacientes y ciudadanos en SP aprovechando las estructuras existentes en el SNS (p.e. red de escuelas de salud para la ciudadanía y similares).

- f. Incluir en todas las estrategias de salud nacionales y autonómicas, objetivos y acciones específicas para la aplicación de PS basadas en evidencia y su evaluación.
- g. Facilitar la colaboración internacional, especialmente con la Comisión Europea, la OMS y la OCDE, en actividades de fomento de la CSP, la formación de profesionales, la investigación y el desarrollo de espacios para compartir conocimientos y experiencias de éxito en SP.

8.2 Recomendaciones a nivel de mesogestión: Organizaciones sanitarias

- a. Identificar y nombrar responsables de calidad y SP en cada organización sanitaria, incluyendo todos los niveles asistenciales.
- b. Facilitar las condiciones necesarias para la creación y el mantenimiento en todos los niveles asistenciales en las OOSS de unidades de SP operativas (estructura y responsable/s de la gestión de riesgos del centro) cuya función permita el seguimiento y la evaluación de las acciones desarrolladas para la SP y la gestión de riesgos.
- c. Promover la elaboración, implementación y evaluación periódica de un Plan de Seguridad del Paciente en las OOSS, así como su actualización sistemática.

- d. Potenciar los planes de respuesta ante los EA graves en los centros sanitarios para actuar adecuadamente cuando se produzcan. Estos planes incluirán programas de atención a las primeras, segundas y terceras víctimas.
 - e. Facilitar a los profesionales la accesibilidad, el proceso de la notificación y gestión, así como la formación para la adecuada utilización de los Sistemas de Notificación y Aprendizaje de SP como elemento de mejora, garantizando la confidencialidad del proceso, en todas las OOSS.
 - f. Garantizar que los responsables de los servicios y unidades, con el apoyo de los directivos de las OOSS, implementen las acciones de mejora derivadas de las notificaciones y las comuniquen a los profesionales.
 - g. Potenciar la figura de los responsables de los centros de salud o atención primaria (coordinador o jefe de zona básica de salud; coordinador de enfermería y jefatura de grupo administrativo) dotándoles de más poder de decisión y gestión para fomentar la SP en los equipos.
 - h. Promover la formación y capacitación de los gestores y miembros de los órganos de gobierno de las OOSS para orientar la toma de decisiones en la mejora de la SP.
 - i. Fomentar el trabajo en equipo orientado a la gestión de riesgos asistenciales en los centros sanitarios promoviendo una comunicación efectiva e implementación de PS, particularmente en las transiciones asistenciales.
 - j. Adecuar la ratio y perfil de recursos humanos en función de las competencias a desarrollar en la organización.
 - k. Garantizar un plan de acogida para el personal de nueva incorporación que incluya aspectos relacionados con la SP.
 - l. Promover la coordinación entre servicios, unidades y niveles asistenciales con especial atención a la transmisión de la información asistencial
- ### 8.3 Recomendaciones a nivel de microgestión: Unidades, servicios o equipos de trabajo de las organizaciones sanitarias
- a. Fomentar el desarrollo y actualización periódica de los procedimientos normalizados de trabajo (PNT) para gestionar adecuadamente los riesgos específicos de las unidades, servicios y centros de atención primaria.
 - b. Fomentar la implementación de herramientas que favorezcan la comunicación estructurada de información clave para la continuidad de la atención al paciente en las transiciones asistenciales.

- c. Promover la gestión de personas fomentando el trabajo en equipo, la gestión del riesgo asistencial y el reconocimiento profesional en la aplicación de PS de efectividad demostrada.
- d. Promover la formación del personal sanitario y no sanitario de unidades, servicios hospitalarios y/o centros de atención primaria en competencias para implementar las PS en cada área asistencial.
- e. Reforzar los dispositivos de atención urgente facilitando la comunicación, el trabajo multidisciplinar, la adecuación de las cargas de trabajo y el despliegue de sistemas de priorización de la atención.
- f. Formar a los profesionales para activar la implicación y el empoderamiento de los pacientes, y sus familiares, reforzando su seguridad a lo largo del proceso asistencial.
- g. Sensibilizar y formar a los mandos de los centros sanitarios sobre la importancia de la SP, para una aplicación adecuada de las practicas seguras y proporcionar incentivos por cumplimiento de objetivos (acuerdos de gestión con presencia importante de indicadores relacionados con la seguridad del paciente y su traducción en la productividad variable de los profesionales).
- h. Facilitar la formación, especialmente la formación interna por expertos, continua y continuada en SP de todos los miembros del equipo, utilizando preferentemente “píldoras formativas” durante el horario de trabajo, con independencia de la oferta de cursos que cada gerencia o comunidad autónoma organice.

9. Glosario de términos

9.1 Términos generales

- **Aprendizaje organizacional:** Proceso continuo en el que las organizaciones de salud analizan los incidentes y eventos adversos reportados, identifican las causas subyacentes y adoptan medidas para evitar que vuelvan a ocurrir, integrando las lecciones aprendidas en la práctica diaria.
- **Checklist de seguridad:** Herramienta visual para facilitar que se sigan todos los pasos necesarios en la aplicación de PS y estandarizar la comunicación entre profesionales, en situaciones clínicas concretas, para prevenir errores y mejorar la seguridad del paciente
- **Comisión de seguridad del paciente:** Grupo multidisciplinario dentro de un hospital o institución de salud encargado de promover, supervisar e implementar políticas de seguridad del paciente.
- **Cultura de Seguridad del Paciente:** Es el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso, estilo y habilidad de una organización para manejar la seguridad del paciente. La cultura de seguridad implica que todos los miembros de la organización, desde la alta dirección hasta los profesionales de atención directa, compartan un compromiso con la seguridad, aprendan de los errores y estén dispuestos a implementar mejoras continuas para prevenir daños a los pacientes.
- **Directivo de organización sanitaria:** persona que ostenta la responsabilidad directiva de una organización sanitaria hospitalaria.
- **Error evitable:** Evento que podría haberse evitado si se hubieran seguido buenas prácticas o pautas adecuadas. Se considera que, con los recursos y conocimientos disponibles, el daño causado al paciente no debería haber ocurrido.
- **Error médico:** Fallo en la realización de una acción planificada o el uso de un plan incorrecto para lograr un objetivo, lo que puede resultar en un evento adverso. Este error puede ocurrir en la planificación o ejecución de un tratamiento, intervención o diagnóstico.
- **Error no evitable:** Evento que no puede ser evitado, incluso con la aplicación adecuada de los recursos y conocimientos disponibles en ese momento. Son aquellos eventos en los que, a pesar de una correcta atención sanitaria, el resultado no se puede modificar.

- **Evento adverso:** Incidente no intencionado que ha causado daño a un paciente como consecuencia de la atención sanitaria recibida y no debido a su enfermedad subyacente.
 - **Evento centinela:** Es un suceso imprevisto que causa la muerte o graves daños físicos o psicológicos o tiene riesgo de causarlos. Se llama centinela porque su ocurrencia sirve de alarma y obliga a la organización a su evaluación inmediata y a dar respuesta para controlar la aparición de nuevos casos.
 - **Gestión del riesgo clínico:** Proceso mediante el cual se identifican, evalúan y gestionan los riesgos que pueden afectar la seguridad del paciente en el entorno sanitario.
 - **Gestor/Líder de atención primaria:** persona que ostenta alguna responsabilidad en el centro de salud en el que presta sus servicios, en concreto se trata de coordinadores médicos o jefes de zona básica de salud, coordinadores de enfermería y jefes de grupo administrativos.
 - **Incidente de seguridad del paciente:** Suceso o circunstancia que podría haber causado daño al paciente, pero que no llegó a hacerlo, bien porque se evitó antes de que ocurriera, bien porque no tuvo consecuencias clínicas relevantes. Estos incidentes incluyen tanto los “casi fallos” (near miss) como los errores sin daño.
 - **Notificación de incidentes:** Proceso a través del cual los profesionales de la salud informan de manera voluntaria o obligato-
- ria los eventos adversos, incidentes de seguridad o casi fallos con el objetivo de aprender de ellos y evitar su repetición.
- **Prácticas seguras:** Intervenciones, estrategias o abordajes que han mostrado efectividad en la prevención o mitigación del daño innecesario asociado a la atención del paciente y a mejorar su seguridad.
 - **Referente de seguridad del paciente de la comunidad autónoma:** Profesional designado por la consejería o departamento de salud de la comunidad o ciudad autónoma para lidera e impulsa el despliegue de la ESPSNS en las OOS de su autonomía. Representa a su territorio en las reuniones de la ESPSNS y facilita información de las acciones desplegadas y sus resultados.
 - **Responsable de la unidad de calidad asistencial de una organización sanitaria:** Profesional responsable de coordinar e impulsar la calidad y seguridad del paciente, siendo un elemento innovador en la búsqueda del liderazgo e impulso de esas políticas. Todo ello con el soporte de un grupo multidisciplinar de profesionales.
 - **Responsable de seguridad del paciente de una organización sanitaria:** Profesional especialista, normalmente bajo la dependencia del responsable de la unidad de calidad asistencial de la organización, con competencias relacionadas con la mejora de la seguridad del paciente mediante actuaciones específicas.
 - **Riesgo en la atención sanitaria:** La probabilidad de que un paciente sufra un daño como consecuencia de la atención sani-

taria recibida. El objetivo es identificar y mitigar estos riesgos mediante la implementación de PS.

- **Seguridad del paciente:** La seguridad de los pacientes es un marco de actividades organizadas que crea culturas, procesos, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos en la atención de salud que disminuyen los riesgos de forma constante y sostenible, reducen la aparición de daños evitables, hacen que los errores sean menos probables y minimizan el impacto de los daños cuando se producen.
- **Unidad Funcional de Gestión de Riesgos/Unidad de Gestión de Riesgos:** organización funcional de profesionales de las OOS, incluidos directivos, que gestionan la seguridad del paciente y aportan conocimiento y propuestas para la mejora continua de la atención sanitaria en la organización.

9.2 Definiciones de las dimensiones de la Cultura de Seguridad del Paciente según la HSOPS - AHRQ

- **Apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente:** Evalúa si la alta dirección facilita los recursos y el ambiente adecuado para que los profesionales puedan trabajar en un entorno seguro.
- **Aprendizaje organizacional y mejora continua:** Esta dimensión mide el compromiso de la organización con el aprendizaje de los errores y con la mejora continua de los procesos para prevenir eventos adversos.
- **Comunicación abierta:** Se refiere a la facilidad y disposición de los profesionales para hablar abiertamente sobre problemas de seguridad, así como la percepción de que pueden hacerlo sin temor a represalias.
- **Dotación suficiente de personal para la carga de trabajo:** Evalúa la percepción de si hay suficiente personal para manejar la carga de trabajo sin comprometer la seguridad del paciente.
- **Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad /servicio en apoyo a la seguridad del paciente:** Se refiere a la percepción de que los responsables de la unidad o servicio priorizan la seguridad del paciente y están dispuestos a tomar acciones cuando se identifican problemas de seguridad.
- **Frecuencia de eventos reportados:** Evalúa la frecuencia con la que los profesionales de la salud reportan errores o incidentes relacionados con la seguridad del paciente.
- **Percepción de seguridad:** Percepción sobre el nivel de seguridad y de que los procedimientos y sistemas son eficaces para prevenir errores.
- **Respuesta no punitiva a los errores:** Valora si los errores son tratados de manera justa, evitando la culpabilización individual y fomentando un enfoque en la mejora del sistema en lugar de castigar a los empleados.

- **Retroalimentación y comunicación sobre errores:** Mide si los profesionales reciben información adecuada sobre los errores que ocurren y cómo se han abordado, además de la disposición para compartir lecciones aprendidas.
 - **Trabajo en equipo dentro de las unidades:** Refleja el grado en que los profesionales de la salud apoyan, respetan y colaboran entre sí dentro de una misma unidad o equipo.
 - **Trabajo en equipo entre unidades:** Mide la cooperación y coordinación entre diferentes unidades o departamentos para garantizar la continuidad y seguridad en la atención del paciente.
 - **Transferencias y transiciones:** Se refiere a la calidad de las transiciones de atención (entre turnos, entre servicios/departamentos, o entre diferentes niveles de atención) y cómo estas afectan la seguridad del paciente especialmente en lo que se refiere a los problemas relacionados con la transmisión de la información.
- ### 9.3 Definiciones de las dimensiones de la Cultura de Seguridad del Paciente según la MOSPS - AHRQ
- **Listado de aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente y temas de calidad:** esta dimensión mide la percepción en relación con el acceso a la atención por parte de los pacientes; los problemas relacionados con la identificación del paciente, el manejo de la historia clínica de pacientes, el equipamiento médico, el uso de medicación y el manejo de resultados de pruebas diagnósticas.
 - **Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales:** mide la percepción en relación con la comunicación con laboratorios, diagnóstico por imagen, consultas externas de otras especialidades, oficinas de farmacia, hospitales.
 - **El trabajo en equipo:** se refiere a si los compañeros se ayudan entre ellos; si existe buen ambiente de trabajo; se da un trato mutuo con respeto; se promueve el trabajo en equipo en el centro.
 - **La presión asistencial y el ritmo de trabajo:** mide la percepción en relación con el volumen de pacientes asignados, la atención con prisas, si existe suficiente personal no sanitario asignado para atender a los pacientes.
 - **Formación de personal no sanitario:** valora si se garantiza la formación para el puesto de trabajo, la formación en nuevos procedimientos; si al personal no sanitario se le pide tareas para las que no ha sido formado.
 - **Formación del personal sanitario:** valora si se garantiza la formación para el puesto de trabajo, la formación en nuevos procedimientos; si al personal sanitario se le pide tareas para las que no ha sido formado.
 - **Procedimientos establecidos en el centro para profesionales no sanitarios:** valora la organización y distribución del trabajo, la evaluación del trabajo, la realización de tareas según procedimientos para profesionales no sanitarios.

- **Procedimientos establecidos en el centro para profesionales sanitarios:** valora la organización y distribución del trabajo, la evaluación del trabajo, la realización de tareas según procedimientos para profesionales sanitarios.
- **Comunicación franca/ abierta entre el personal:** valora si los profesionales sanitarios y no sanitarios hablan de propuestas de mejora y expresan diferentes puntos de vista y preguntan cuando algo no va bien.
- **Del seguimiento en la atención al paciente:** valora si los centros realizan recordatorios y revisiones a los pacientes, la supervisión del cumplimiento del tratamiento de pacientes crónicos y el seguimiento de los informes de otros especialistas.
- **Comunicación acerca de error para profesionales no sanitarios:** valora si los profesionales hablan del error sin buscar culpables, disposición para notificar los errores y tratar de prevenirlos.
- **Comunicación acerca del error para profesionales sanitarios:** Hablan del error sin buscar culpables, disposición para notificar los errores y tratar de prevenirlos.

Cultura de seguridad del paciente en España:
Percepciones y tendencias de los profesionales
de las organizaciones sanitarias



10. Bibliografía

- 1 World Health Organization (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
- 2 Patient safety rights charter. Geneva: World Health Organization; 2024 <https://iris.who.int/handle/10665/376539>, accessed 5 May 2024).
- 3 Kirk S, Parker D, Claridge T, Esmail A, Marshall M. Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. *Qual Saf Health Care*. 2007 Aug;16(4):313-20. doi: 10.1136/qshc.2006.018366.
- 4 Westrum R. A typology of organisational cultures. *Qual Saf Health Care*. 2004 Dec;13 Suppl 2(Suppl 2):ii22-7. doi: 10.1136/qhc.13.suppl_2.ii22.
- 5 Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. PMID: 25077248.
- 6 World Health Organization. (2024). Global patient safety report 2024. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/376928>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 7 de Bienassis, K. and N. Klazinga (2024), "Comparative assessment of patient safety culture performance in OECD countries: Findings based on the Hospital Survey on Patient Safety Culture versions 1 and 2", *OECD Health Working Papers*, No. 168, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/d0552328-en>.
- 8 Ministerio de Sanidad, Consumo, Bienestar Social. Plan Nacional de Calidad 2006-2010. [Internet] [Acceso: 5/9/2024]. Disponible en: https://web.mschs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/InformePlanCalidad_ESP.pdf
- 9 Ministerio de Sanidad, Consumo, Bienestar Social Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Marzo 2015. [Internet] [Acceso: 5/09/2024]. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/docs/Estrategia_Seguridad_del_Paciente_2015-2020.pdf
- 10 Ministerio de Sanidad, Consumo, Bienestar Social. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del sistema nacional de salud español. 2009. [Internet] [Acceso: 5/09/2024]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/estudiosPercepcionOpinion/profesionales/analisisCulturaSeguridad.htm>
- 11 Ministerio de Sanidad, Consumo, Bienestar Social. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente de los profesionales de atención primaria del sistema nacional de salud español. 2009. [Internet] [Acceso: 5/09/2024]. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/estudiosPercepcionOpinion/profesionales/docs/ANALISIS_DE_LA_CULTURA_DE_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE_EN_ATENCION_PRIMARIA.PDF
- 12 AHRQ. Surveys on Patient Safety Culture. [Internet] [Acceso: 5/09/2024]. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/sops/index.html>
- 13 Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
- 14 Torijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G, Astier-Peña MP, Maderuelo-Fernández JÁ, Silvestre-Busto C. [Validation of a questionnaire to assess patient safety culture in Spanish Primary Health Care professionals]. *Atencion Primaria*. 2013 Jan;45(1):21-37. DOI: 10.1016/j.aprim.2012.07.003. PMID: 22981282; PMCID: PMC6985527.
- 15 Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. *Informes, Estudios e Investigación*. Ministerio de Seguridad y Política Social. Madrid, 2009.
- 16 Mario Mella Laborde, M. Teresa Gea Velázquez, Jesús M. Aranaz Andrés, Gemma Ramos Forner, Antonio F. Compañ Rosique. *Gac Sanit* vol.23 N° 5 Barcelona sep./oct. 2020. Epub 15-Feb-2021. <https://dx.doi.org/10.106/j.gaceta.2018.10.00>.
- 17 Safety perception in the operating environment: The nurses' perspective versus that of the surgeons. Ruano-Ferrer F., Gutierrez-Giner M.I. (2023) *Heliyon*, 9 (1) , art. no. e12676. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e12676>.

- 18 Roqueta Egea F, Tomás Vecina S, Chanovas Borràs M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Emergencias*. 2011;23:356-64.
- 19 M.I. Cano-del Pozo, Obón-Azuara, M. Valderrama-Rodríguez, Revilla-López Brosted-Yuste, E. Fajardo-Trasobares, P. Garcés-Baquero, J. Mateo-Clavería, I. Molina-Estrada, N. Perona-Flores, S. Salcedo-de Dios, A. Tomé-Rey. Las emergencias extrahospitalarias ante la cultura de seguridad. *Revista de Calidad Asistencial*, Vol.29 Núm. 5. Páginas 263-269 (septiembre-octubre 2014). DOI: 10.1016/j.cali.2014.06.003.
- 20 Famolaro T, Yount N, Hare, R, *et al.* Hospital Survey on Patient Safety Culture 2018 User Database Report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHS 290201300003C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2018. AHRQ Publication No. 18-0025-EF
- 21 Famolaro T, Hare R, Yount ND, Fan L, Liu H, Sorra J. Surveys on Patient Safety Culture™ (SOPS®) Hospital Survey 1.0: 2021 User Database Report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHSP233201500026/HHSP23337004T). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2021. AHRQ Publication No. 21-0016.
- 22 Singer SJ, Falwell A, Gaba DM, Baker LC. Patient safety climate in US hospitals: variation by management level. *Med Care*. 2008 Nov;46(11):1149-56. doi: 10.1097/MLR.0b013e31817925c1. PMID: 18953225.
- 23 Liukka M, Hupli M, Turunen H. Differences between professionals' views on patient safety culture in long-term and acute care? A cross-sectional study. *Leadership Health Serv (Bradford Engl)*. 2021 Sep 8;ahead-of-print(ahead-of-print):499-511. doi: 10.1108/LHS-11-2020-0096. PMID: 34490765; PMCID: PMC8956207
- 24 Improving Safety Culture and Outcomes in VA Hospitals. David M. Gaba, MD. VA Palo Alto Health Care System, Palo Alto, CA Palo Alto, CA. Funding Period: July 2005 - December 2008
- 25 Roqueta Egea F, Tomás Vecina S, Chanovas Borràs M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Emergencias*. 2011;23: 356-64
- 26 Araújo GL, Amorim FF, de Miranda RCPS, Amorim FFP, Santana LA, Göttems LBD (2022) Patient safety culture in primary health care: Medical office survey on patient safety culture in a Brazilian family health strategy setting. *PLoS ONE* 17(7): e0271158. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271158>.
- 27 ALFadhlah, T., Al Mudaf, B., Alghanim, H.A. *et al.* Baseline assessment of patient safety culture in primary care centres in Kuwait: a national cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 21, 1172 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07199-1>.
- 28 Hare R, Tyler ER, Tapia A, Yalden O, Fan L, Ji S, Kirchner J, Yount ND, Sorra J. Surveys on Patient Safety Culture® (SOPS®) Medical Office Survey: 2024 User Database Report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. GS-00F-009DA/75Q80123F80005). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; February 2024. AHRQ Publication No. 24- 0028.
- 29 El Zoghbi, Mohamad PhD; Farooq, Saad BS; Abulaban, Ali BS; Taha, Heba BS; Ajanaz, Sajna BS; Aljasmí, Jawaher BS; Ahmad, Shakil MBA; Said, Hana MD, PhD. Improvement of the Patient Safety Culture in the Primary Health Care Corporation – Qatar. *Journal of Patient Safety* 17(8):p e1376-e1382, December 2021. | DOI: 10.1097/PTS.0000000000000489.
- 30 de Bienassis, K. and N. Klazinga (2024), "Comparative assessment of patient safety culture performance in OECD countries: Findings based on the Hospital Survey on Patient Safety Culture versions 1 and 2", OECD Health Working Papers, No. 168, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/d0552328-en>.
- 31 Health and care workforce in Europe: time to act. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 32 Etchegaray, Jason M. PhD; Ottosen, Madelene J. PhD, RN†; Dancsak, Theresa MSN, RN‡; Thomas, Eric J. MD, MPH†. Barriers to Speaking Up About Patient Safety Concerns. *Journal of Patient Safety* 16(4):p e230-e234, December 2020. | DOI: 10.1097/PTS.0000000000000334.
- 33 Aljaffary, A., Awad Albaalharith, M., Alumran, A., Alrawiai, S., & Hariri, B. (2022). Patient Safety Culture in Primary Healthcare Centers in the Eastern Province of Saudi Arabia. *Risk Management and Healthcare Policy*, 15, 229-241. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S336117>.
- 34 Fassi CF, Mourajid Y, Azilagbetor DM, Sabri A, Chahboune M, Hilali A. Assessment of patient safety culture in Moroccan primary health care: a multicentric study. *BMC Nurs*. 2024 Mar 21;23(1):189. doi: 10.1186/s12912-024-01864-6.

- 35 Bellandi T, Tartaglia R, Sheikh A, Donaldson L. Italy recognizes patient safety as a fundamental right. *BMJ*. 2017;357:j2277. doi: 10.1136/bmj.j2277.
- 36 Candido G, Cascini F, Lachman P, La Regina M, Parretti C, Valentini V, Tartaglia R. Effects of the Italian Law on Patient Safety and Health Professional Responsibilities Five Years after Its Approval by the Italian Parliament. *Healthcare (Basel)*. 2023 Jun 26;11(13):1858. doi: 10.3390/healthcare11131858.
- 37 Harbitz MB, Stensland PS, Gaski M. Rural general practice staff experiences of patient safety incidents and low quality of care in Norway: an interview study. *Fam Pract*. 2022 Jan 19;39(1):130-136. doi: 10.1093/fampra/cmab064. PMID: 34180505; PMCID: PMC8826993.
- 38 ALFadhlah, T., Al Mudaf, B., Al Salem, G., Alghanim, H. A., Abdelsalam, N., El Najjar, E., ... Elamir, H. (2022). The Association Between Patient Safety Culture and Accreditation at Primary Care Centers in Kuwait: A Country-Wide Multi-Method Study. *Risk Management and Healthcare Policy*, 15, 2155–2169. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S383925>.
- 39 Barrasa Villar I, Enriquez Martín N, Abad Díez JM *et al*. La calidad de la atención sanitaria indicadores de efectividad clínica. *Sociedad Española de Calidad Asistencial*. 2015. [Internet] [citado 03.08.2024] Disponible en: <https://calidadasistencial.es/la-calidad-de-la-atencion-sanitaria-indicadores-de-efectividad-clinica/>.
- 40 Agbar F, Zhang S, Wu Y, Mustafa M. Effect of patient safety education interventions on patient safety culture of health care professionals: Systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Pract*. 2023 Feb;67:103565. doi: 10.1016/j.nepr.2023.103565.
- 41 Astier-Peña MP, Martínez-Bianchi V, Torijano-Casalengua ML, Ares-Blanco S, Bueno Ortiz JM y Fernández-García M. El Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: identificando acciones para una atención primaria más segura. *Atencion Primaria*. 53(2021)102224, <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102224>.
- 42 Giménez-Júlvez Teresa, Hernández-García Ignacio, Aibar-Remón Carlos, Gutiérrez-Cía Isabel, Febrel-Bordejé Mercedes. Cultura de la seguridad del paciente en directivos y gestores de un servicio de salud. *Gac Sanit [Internet]*. 2017 Oct [citado 2024 Sep 08] ; 31(5): 423-426. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112017000500423&lng=es. Epub 30-Nov-2020. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.01.009>.
- 43 Borneo Cantalicio E. Seguridad del paciente y cultura de seguridad en gestores de instituciones sanitarias. *revista de salud udh [Internet]*. 27 de noviembre de 2020 [citado 8 de septiembre de 2024];2(4):e225. Disponible en: <http://revistas.udh.edu.pe/index.php/RPCS/article/view/225e>.
- 44 Portela Romero M, Bugarín González R, Rodríguez Calvo MS. La cultura de seguridad del paciente en los médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia [Patient safety culture in Family practice residents of Galicia]. *Aten Primaria*. 2017 Jun-Jul;49(6):343-350. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2016.09.009.
- 45 Makeham MA, Stromer S, Bridges-Webb C, Mira M, Saltman DC, Cooper C, Kidd MR. Patient safety events reported in general practice: a taxonomy. *Qual Saf Health Care*. 2008 Feb;17(1):53-7. doi: 10.1136/qshc.2007.022491. PMID: 18245220.
- 46 Mahmoud HA, Thavorn K, Mulpuru S, Mclsaac D, Abdelrazek MA, Mahmoud AA, Forster AJ. Barriers and facilitators to improving patient safety learning systems: a systematic review of qualitative studies and meta-synthesis. *BMJ Open Qual*. 2023 Apr;12(2):e002134. doi: 10.1136/bmjopen-2022-002134.
- 47 Lawton, R., McEachan, R. R. C., Giles, S. J., Sirriyeh, R., Watt, I. S., & Wright, J. Development of an evidence-based framework of factors contributing to patient safety incidents in hospital settings: a systematic review. *BMJ Quality & Safety*. 2016. 25(11), 927-938. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004244>.
- 48 Pareja-Rossell C, Rabanal-Tornero M, Oliva-Oliva G, Gens-Barberà M, Hospital-Guardiola I, Hernandez-Vidal N, Capella-Gonzalez J, Ayala-Villuendas D, Vidal-Melgosa E, Mansergas-Collado N, López-Sanz E, Astier-Peña MP. Patient safety reporting and learning system of Catalonia (SNiSP Cat): a health policy initiative to enhance culture, leadership and professional engagement. *BMJ Open Qual*. 2024 Aug 7;13(3):e002610. doi: 10.1136/bmjopen-2023-002610. PMID: 39117393.
- 49 US. National Quality Forum. Improving patient safety by creating and sustaining a culture of safety. In: National Quality Forum, editor. *Safe practices for better healthcare 2010 update: a consensus report*. Washington, DC: National Quality Forum; 2010. P. 69-116.

- 50 World Health Organization (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>.
- 51 Luiz Eduardo Lima de Andrade, Pedro Jesús Saturno-Hernández, Laiza Oliveira Mendes de Melo, Zenewton André da Silva Gama; Improvements in Patient Safety Structures and Culture following Implementation of a National Public Program: An Observational Study in Three Brazilian Hospitals. *Port J Public Health* 20 September 2022; 40 (2): 81–90.
- 52 Draganović S, Offermanns G. Patient safety culture in Austria and recommendations of evidence-based instruments for improving patient safety. *PLoS ONE*.2000;17(10): e0274805. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274805>.
- 53 Kristensen S, Hammer A, Bartels P, Suñol R, Groene O, Thompson CA, Arah OA, Kutaj-Wasikowska H, Michel P, and Wagner C. Quality management and perceptions of teamwork and safety climate in European hospitals. *Int J Qual Heal Care*. 2015;mzv079.
- 54 Huang CH, Wu HH, Lee YC, Li X. The Critical Role of Leadership in Patient Safety Culture: A Mediation Analysis of Management Influence on Safety Factors. *Risk Manag Healthc Policy*. 2024 Mar 5;17:513-523. doi: 10.2147/RMHP.S446651. Erratum in: *Risk Manag Healthc Policy*. 2024 Jun 04;17:1463-1464. doi: 10.2147/RMHP.S480246. PMID: 38476201; PMCID: PMC10929255.
- 55 Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, *et al* Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review *BMJ Open* 2017;7:e017708. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017708. <https://bmjopen.bmj.com/content/7/11/e017708>.
- 56 Ministerio de Sanidad (2016). Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2015/esp2015-2020.htm>.
- 57 Ministerio de Sanidad (2022). Informe de Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Período 2015-2020. <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2022/evaluacionSP.htm>.
- 58 Vikan M, Haugen AS, Bjørnnes AK, Valeberg BT, Deilkås ECT, Danielsen SO. The association between patient safety culture and adverse events - a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2023 Mar 29;23(1):300. doi: 10.1186/s12913-023-09332-8. PMID: 36991426; PMCID: PMC10053753. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-023-09332-8>.
- 59 Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, *et al*. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Services Research*. 2015; 15:151.
- 60 Health Services Safety Investigations Body. Investigation report: Support for staff following patient safety incidents. Department of Health and Social Care, UK. 2021. Available: <https://www.hssib.org.uk/patient-safety-investigations/support-for-staff-following-patient-safety-idents/investigation-report/#executive-summary>.
- 61 Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Pérez P, Iglesias F, *et al*. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims . *BMC Health Services Research*. 2015. 15:341.
- 62 Ministerio de Sanidad (2021). Recomendaciones para el análisis de los incidentes de seguridad del paciente con daño (eventos adversos). Cuestiones metodológicas y legales. https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2021/docs/Recomendaciones_para_el_analisis_de_los_incidentes_de_seguridad_del_paciente_con_dano_Accesible.pdf.
- 63 Ministerio de Sanidad (2016). Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2015/esp2015-2020.htm>.

Cultura de seguridad del paciente en España:
Percepciones y tendencias de los profesionales
de las organizaciones sanitarias



11. Anexos

11.1 Tablas de resultados de encuesta de hospitales

Tabla 1: Tipo de hospital

	Núm.	%
Agudos	3.213	62%
Crónico o intermedio	1.999	38%
Total	5.212	100%

Tabla 2: Por titularidad

	Núm.	%
Público	4.874	94%
Privado	303	6%
Total	5.177	100%

Tabla 3: Categorías profesionales

	Enc 2024		Enc 2009		Dif.	Inc.
	Núm.	%	%	%		
Enfermero/a	2032	39%				
Enfermero/a interno residente (EIR)	13	0%				
Total Enfermero/a	2045	39%	62%	-22%	-36%	
Médico	1360	26%				
Médico interno residente (MIR)	91	2%				
Total Médico	1451	28%	33%	-5%	-16%	
Farmacéutico interno residente (FIR)	10	0%				
Farmacéutico/a	85	2%				
Total Farmacéutico	95	2%	1%	1%	40%	
TCAE/Técnico Cuidados Aux Enfermería	623	12%				
Total TCAE	623	12%		12%		
Administrativo/a	179	3%				
Biólogo	6	0%				
Celador	87	2%				
Dietista	1	0%				
Fisioterapeuta	53	1%				
Gerencia/Dirección	180	3%				
Otro	321	6%				
Técnicos otros	154	3%				
Trabajo social	17	0%				
Total Otro	998	19%	3%	16%	538%	
Total	5.212	100%	100%			

Inc.: incremento / Dif.: Diferencia.

Tabla 4: Servicio

	Enc 2024		Enc 2009		Dif.	Inc.
	Núm.	%	%	%		
Hemodiálisis	51	1%				
Hospit. a domicilio	60	1%				
Medicina Interna	456	9%				
Nefrología	70	1%				
Neurología	114	2%				
Oncología	135	3%				
Pediatría	223	4%				
Salud Mental/Psiquiatría	200	4%				
UCI (cualquier tipo)	328	6%				
Total Esp. Médica	1.637	31%	29%	2%	8%	
Anestesiología/Reanimación	131	3%				
Área Quirúrgica (Enfermería)	249	5%				
Cirugía	232	4%				
Obstetricia y Ginecología	174	3%				
Traumatología	149	3%				
Urología	56	1%				
Total Esp. Quirúrgica	991	19%	28%	-9%	-32%	
Admisiones	110	2%				
Diversas Unidades	189	4%				
Farmacia	105	2%				
Laboratorio	134	3%				
Medicina nuclear	51	1%				
Radiología/Diagnóstico por Imagen	145	3%				
Rehabilitación	103	2%				
Total Transversal	837	16%	11%	5%	46%	
Urgencias	440	8%				
Total Urgencias	440	8%	9%	-1%	-6%	
Otro	1.307	25%				
Total Otro	1.307	25%	23%	2%	9%	
Total	5.212	100%	100%			

Tabla 5: Contacto directo con el paciente

	Enc 2024		Enc 2009		Dif.	Inc.
	Núm.	%	%	%		
Sí	4.243	81%	93%	-12%	-12%	
No	969	19%	7%	12%	166%	
Total	5.212	100%	100%			

Inc.: incremento / Dif.: Diferencia.

Tabla 6: Jornada laboral

	Enc 2024		Enc 2009		Dif.	Inc.
	Núm.	%	%	%		
<20H	114	2%	1%	1%	122%	
20-39H	3.189	62%	57%	5%	9%	
40H o más	1.826	36%	42%	-6%	-15%	
Total	5.129	100%	100%			

Tabla 7: Realiza guardias

	Núm.	%
Sí	2.021	39%
No	3.191	62%
Total	5.212	102%

Tabla 8: Años trabajando en el hospital

	% Enc 2024	% Enc 2009	Dif.	Inc.
< 1 año	1%	3%	-2%	-54%
1-5 años	24%	21%	3%	12%
6-10 años	16%	18%	-2%	-12%
11-15 años	14%	16%	-2%	-12%
16-20 años	16%	19%	-3%	-15%
21 años o más	29%	23%	6%	25%

Tabla 9 Años trabajando en la unidad

	% Enc 2024	% Enc 2009	Dif.	Inc.
< 1 año	3%	5%	-2%	-39%
1-5 años	37%	31%	6%	20%
6-10 años	19%	20%	-1%	-4%
11-15 años	12%	15%	-3%	-18%
16-20 años	12%	14%	-3%	-18%
21 años o más	16%	14%	2%	15%

Tabla 10: Años trabajando en la profesión

	% Enc 2024	% Enc 2009	Dif.	Inc.
< 1 año	0%	1%	-1%	-73%
1-5 años	10%	9%	1%	17%
6-10 años	11%	15%	-3%	-22%
11-15 años	11%	19%	-7%	-39%
16-20 años	16%	15%	1%	7%
21 años o más	51%	42%	9%	20%

Tabla 11:
Pertenece a una sociedad científica

	Núm.	%
Sí	2.247	43%
No	2.965	57%
Total	5.212	100%

Tabla 12: ¿A qué sociedad científica pertenece?

	Núm.	%
OTRA	1.304	58%
SECA	192	9%
SEMES Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias	174	8%
SEMI Sociedad Española de Medicina Interna	131	6%
SEHAD, Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio	58	3%
SEMPSPGS Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria	50	2%
ANDE Asociación Nacional de Directivos de Enfermería	47	2%
AEC, Asociación Española de Cirujanos	36	2%
SEN Sociedad Española de Neurología	35	2%
SEMNIM Sociedad Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular	29	1%
FIDISP	28	1%
AAS (administrativos de la salud). Asociación de Administrativos Sanitarios	22	1%
ARES MPSP Asociación de Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública	21	1%
SEDISA Sociedad Española de Directivos de la Salud	20	1%
SEUP Sociedad Española de Urgencias Pediátricas	19	1%
SENEO Sociedad Española de Neonatología	18	1%
SEMFYC Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria	12	1%
SENPE Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo	11	0%
SEPIH Sociedad Española de Pediatría Interna Hospitalaria	10	0%
SEPEAP Sociedad Española de Pediatría de Atención Primaria	6	0%
APEap Asociación de Pediatría de Atención Primaria	6	0%
SEC Sociedad Española de Contracepción	4	0%
FAECAP Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria	4	0%
SEIOMM Sociedad Española de Investigación Osea y Metabolismo Mineral	3	0%
SEIS Sociedad Española de Informática de la Salud	3	0%
SEMERGEN Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria	3	0%
SEFAP Sociedad Española de Farmacia de Atención Primaria	1	0%
Total	2.247	100%

Tabla 13: ¿Conoce algún sistema de notificación?

	Núm.	%
Sí	4.131	79%
No	1.081	21%
Total	5.212	100%

Tabla 14: ¿Qué sistema de notificación conoce?

	Núm.	CCAA	%
Nacional: SiNASP	1.701	2.214	77%
Castilla León: SISNOT	745	912	82%
Madrid: CISEMadrid	543	668	81%
Valencia: SINEA	413	515	80%
Andalucía: notificASP	338	480	70%
Baleares: Notific	149	195	76%
Cataluña: SNiSP Cat	142	206	69%
País Vasco: SNASP	25	22	114%
Total	4.056	5.212	78%

*3 Profesionales de otra CCAA votaron el modelo SNASP.

Tabla 15: ¿Ha notificado algún incidente en el último año?

	Núm.	%
Sí	2.099	42%
No	3.000	58%
Total	5.099	100%

Tabla 16: En caso de haber informado incidentes, ¿cuántos?

	Enc 2024		Enc 2009	Dif.	Inc.
	Núm.	%	%		
No ha notificado	2.009	59%	78%	-19%	-24%
1-2	1.157	23%	15%	8%	56%
3-5	586	11%	5%	6%	121%
6-10	197	4%	2%	2%	103%
>10	159	3%	1%	2%	345%

Tabla 17: Puntuación global de seguridad del paciente

	Núm.	%
0-9	29	1%
10-19	30	1%
20-29	69	1%
30-39	96	2%
40-49	187	4%
50-59	519	10%
60-69	597	11%
70-79	1.193	23%
80-89	1.409	27%
90-100	1.083	21%
Total	5.212	100%

Tabla 18: Comparación 2009-2024 agrupada por tramos

	% Enc 2024	% Enc 2009	Dif.	Inc.
Suspense (<5)	8%	8%	0%	-5%
Aprobado [5-7]	21%	20%	2%	8%
Notable [7-8]	50%	51%	-1%	-1%
Sobresaliente (>8)	21%	21%	0%	-2%

* Se ha realizado conversión de puntuación original a 0 a 10.

Tabla 19: Dimensiones de seguridad

	2024			2009		
	% positivas	% neutras	% negativas	% positivas	% neutras	% negativas
1. Frecuencia de eventos notificados	45%	34%	21%	47%	34%	19%
2. Percepción de seguridad	43%	19%	38%	48%	18%	34%
3. Expectativas/acciones de los responsables del servicio/unidad	69%	17%	14%	62%	25%	16%
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua	60%	19%	21%	54%	20%	26%
5. Trabajo en equipo en la unidad	75%	11%	13%	72%	14%	14%
6. Facilidad/franqueza en la comunicación	49%	34%	17%	48%	33%	18%
7. Feed-back y comunicación sobre errores	47%	31%	23%	44%	34%	22%
8. Respuesta no punitiva a los errores	55%	18%	27%	53%	20%	27%
9. Dotación de recursos humanos	27%	11%	61%	28%	11%	62%
10. Apoyo de la gerencia del hospital en seguridad del paciente	36%	26%	38%	25%	30%	46%
11. Trabajo en equipo entre unidades	48%	25%	27%	42%	28%	33%
12. Problemas en cambios de turno y transiciones asistenciales	48%	23%	29%	54%	20%	26%

Tabla 20: Diferencias entre las respuestas positivas comparación 2024 vs 2009

N.º	Dimensión	% positivas 2024	% positivas 2009	Dif.
12	Problemas en cambios de turno y transiciones asistenciales	48%	54%	-6%
2	Percepción de seguridad	43%	48%	-6%
1	Frecuencia de eventos notificados	45%	47%	-2%
9	Dotación de recursos humanos	27%	28%	0%
6	Facilidad/franqueza en la comunicación	49%	48%	1%
8	Respuesta no punitiva a los errores	55%	53%	2%
7	Feed-back y comunicación sobre errores	47%	44%	3%
5	Trabajo en equipo en la unidad	75%	72%	4%
4	Aprendizaje organizacional/mejora continua	60%	54%	5%
11	Trabajo en equipo entre unidades	48%	42%	6%
3	Expectativas/acciones de los responsables del servicio/unidad	69%	62%	8%
10	Apoyo de la gerencia del hospital en seguridad del paciente	36%	25%	12%

Tabla 21: Diferencias entre las respuestas positivas comparación 2024 vs 2009

Preg.	Dim.	Pregunta	2024			2009			Diferencia		
			% posit.	% neut.	% neg.	% posit.	% neut.	% neg.	% posit.	% neut.	% neg.
1	F5	El personal se apoya mutuamente	81%	8%	11%	78%	12%	10%	3%	-3%	0%
2	F9	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	33%	6%	61%	31%	6%	63%	2%	0%	-1%
3	F5	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo	71%	12%	17%	67%	14%	19%	4%	-2%	-2%
4	F5	En esta unidad nos tratamos todos con respeto	77%	10%	12%	73%	13%	14%	4%	-3%	-2%
5	F9	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora	R 24%	11%	66%	20%	9%	71%	3%	1%	-5%
6	F4	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	59%	18%	23%	49%	20%	31%	10%	-2%	-8%
7	F9	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal	R 32%	15%	53%	37%	15%	49%	-5%	0%	5%
8	F8	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra	R 71%	16%	13%	69%	18%	14%	3%	-2%	-1%
9	F4	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo	74%	13%	13%	77%	13%	11%	-3%	0%	3%
10	F2	No se producen más fallos por casualidad	R 34%	23%	43%	41%	19%	40%	-8%	4%	3%
11	F5	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros	72%	15%	13%	69%	17%	14%	3%	-1%	-1%
12	F8	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable"	R 55%	17%	29%	52%	18%	28%	2%	-2%	1%
13	F4	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad	46%	28%	26%	37%	27%	36%	9%	0%	-9%
14	F9	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa	R 22%	13%	65%	22%	12%	66%	0%	1%	0%
15	F2	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente	28%	16%	55%	16%	29%	55%	13%	-13%	1%

Tabla 21: Diferencias entre las respuestas positivas comparación 2024 vs 2009

Preg.	Dim.	Pregunta		2024			2009			Diferencia		
				% posit.	% neut.	% neg.	% posit.	% neut.	% neg.	% posit.	% neut.	% neg.
16	F8	Quando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente	R	39%	22%	39%	36%	25%	40%	3%	-3%	0%
17	F2	En esta unidad hay problemas relacionados con la "Seguridad del paciente"	R	47%	19%	34%	58%	18%	24%	-11%	1%	10%
18	F2	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia		62%	18%	20%	65%	18%	17%	-2%	0%	3%
19	F3	Mi superior / jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente		66%	19%	14%	54%	28%	19%	13%	-8%	-5%
20	F3	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente		70%	16%	14%	60%	23%	17%	10%	-7%	-3%
21	F3	Quando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente	R	64%	19%	17%	60%	21%	19%	4%	-2%	-2%
22	F3	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente	R	78%	14%	9%	73%	16%	11%	4%	-3%	-2%
23	F10	La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente		35%	27%	38%	22%	32%	43%	14%	-6%	-4%
24	F11	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas	R	28%	23%	49%	27%	23%	50%	1%	0%	-1%
25	F12	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad / servicio a otra	R	45%	19%	37%	49%	17%	35%	-4%	2%	2%
26	F11	Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente		51%	27%	23%	46%	29%	25%	4%	-2%	-3%
27	F12	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente	R	51%	22%	27%	60%	18%	22%	-9%	4%	4%
28	F11	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades	R	59%	25%	16%	55%	26%	20%	5%	-1%	-4%

Tabla 21: Diferencias entre las respuestas positivas comparación 2024 vs 2009

Preg.	Dim.	Pregunta		2024			2009			Diferencia		
				% posit.	% neut.	% neg.	% posit.	% neut.	% neg.	% posit.	% neut.	% neg.
29	F12	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático	R	51%	24%	25%	51%	25%	25%	0%	-1%	0%
30	F10	La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades		41%	29%	30%	25%	35%	40%	16%	-6%	-10%
31	F10	La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente	R	33%	22%	44%	24%	22%	55%	10%	0%	-10%
32	F11	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible		54%	26%	20%	40%	34%	26%	14%	-7%	-6%
33	F12	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno	R	45%	26%	29%	56%	22%	22%	-11%	4%	7%
34	F7	Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo		33%	34%	32%	31%	39%	30%	3%	-5%	2%
35	F6	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad		59%	30%	11%	62%	30%	9%	-3%	1%	2%
36	F7	Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad		48%	31%	22%	46%	33%	22%	2%	-2%	0%
37	F6	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores		40%	34%	26%	35%	34%	31%	5%	0%	-5%
38	F7	En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir		58%	27%	15%	55%	30%	15%	3%	-3%	-1%
39	F6	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta	R	49%	37%	15%	50%	36%	14%	-1%	1%	0%
40	F1	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente		49%	33%	17%	53%	31%	16%	-3%	2%	1%
41	F1	Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar a paciente		40%	35%	25%	41%	37%	22%	-2%	-2%	3%
42	F1	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente		45%	35%	20%	47%	34%	19%	-2%	1%	1%

Tabla 22: Grado de seguridad (Servicio de Urgencias versus resto de servicios)

	Número	Promedio
Urgencias	440	65,62
Resto servicios	4.772	74,18
Total general	5.212	73,46

Tabla 23: Comparativo respuestas positivas entre Servicio de Urgencias y resto de servicios

Núm. dim.	Dimensión	% positivas Urgencias	% positivas resto servicios	Diferencia
1	Frecuencia EA notificados	37%	45%	-8%
2	Percepción de Seguridad	29%	44%	-15%
3	Expectativas responsables del servicio	68%	70%	-2%
4	Mejora continua	56%	60%	-5%
5	Trabajo equipo unidad	72%	76%	-3%
6	Facilidad comunicación	49%	49%	0%
7	Feed-back y comunicación errores	39%	47%	-9%
8	Respuesta no punitiva	52%	55%	-4%
9	Dotación de RRHH	18%	28%	-11%
10	Apoyo de la Gerencia	30%	37%	-7%
11	Trabajo equipo entre unidades	41%	49%	-8%
12	Problemas en transiciones	42%	49%	-7%

Tabla 24: Preguntas y respuestas comparativas por servicios

Preg.	Dim.	Pregunta	Urgencias			Resto de servicios			Diferencia		
			% posit.	% neut.	% neg.	% posit.	% neut.	% neg.	% posit.	% neut.	% neg.
1	F5	El personal se apoya mutuamente	79%	9%	12%	81%	8%	11%	-2%	1%	1%
2	F9	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	23%	6%	72%	34%	6%	60%	-11%	0%	12%
3	F5	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo	67%	15%	18%	71%	12%	17%	-4%	3%	0%
4	F5	En esta unidad nos tratamos todos con respeto	74%	12%	14%	78%	10%	12%	-3%	1%	2%
5	F9	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora	R 13%	6%	80%	24%	11%	65%	-11%	-5%	16%
6	F4	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	57%	19%	24%	60%	18%	23%	-2%	1%	1%
7	F9	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal	R 24%	16%	60%	32%	15%	53%	-9%	1%	8%
8	F8	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra	R 72%	16%	12%	71%	15%	13%	0%	1%	-1%
9	F4	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo	67%	15%	18%	74%	13%	13%	-7%	2%	5%
10	F2	No se producen más fallos por casualidad	R 26%	21%	53%	34%	23%	42%	-8%	-2%	11%
11	F5	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros	68%	18%	13%	72%	15%	13%	-4%	3%	1%
12	F8	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable"	R 49%	20%	31%	55%	16%	28%	-6%	4%	2%
13	F4	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad	42%	31%	27%	46%	27%	26%	-4%	4%	0%
14	F9	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa	R 11%	8%	81%	23%	14%	64%	-12%	-5%	17%
15	F2	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente	20%	14%	66%	29%	16%	54%	-9%	-3%	11%

Tabla 24: Preguntas y respuestas comparativas por servicios

Preg.	Dim.	Pregunta		Urgencias			Resto de servicios			Diferencia		
				% posit.	% neut.	% neg.	% posit.	% neut.	% neg.	% posit.	% neut.	% neg.
16	F8	Quando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente	R	34%	24%	42%	39%	22%	39%	-5%	3%	3%
17	F2	En esta unidad hay problemas relacionados con la "Seguridad del paciente"	R	25%	22%	53%	49%	19%	32%	-24%	3%	21%
18	F2	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia		46%	23%	31%	64%	18%	18%	-18%	6%	12%
19	F3	Mi superior / jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente		65%	18%	17%	66%	20%	14%	-1%	-1%	3%
20	F3	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente		69%	16%	15%	70%	16%	14%	-1%	0%	2%
21	F3	Quando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente	R	61%	20%	19%	64%	19%	17%	-3%	1%	2%
22	F3	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente	R	76%	13%	10%	78%	14%	9%	-1%	0%	2%
23	F10	La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente		29%	25%	46%	36%	27%	37%	-6%	-2%	8%
24	F11	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas	R	26%	16%	58%	28%	23%	48%	-2%	-7%	9%
25	F12	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad / servicio a otra	R	39%	18%	42%	45%	19%	36%	-6%	0%	6%
26	F11	Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente		42%	28%	30%	52%	27%	22%	-10%	1%	9%
27	F12	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente	R	45%	18%	37%	52%	22%	26%	-7%	-4%	11%
28	F11	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades	R	50%	30%	19%	60%	24%	16%	-10%	6%	4%

Tabla 24: Preguntas y respuestas comparativas por servicios

Preg.	Dim.	Pregunta		Urgencias			Resto de servicios			Diferencia		
				% posit.	% neut.	% neg.	% posit.	% neut.	% neg.	% posit.	% neut.	% neg.
29	F12	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático	R	43%	27%	30%	52%	24%	25%	-9%	4%	5%
30	F10	La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades		34%	32%	34%	41%	29%	30%	-7%	3%	4%
31	F10	La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente	R	28%	20%	52%	34%	23%	44%	-6%	-2%	8%
32	F11	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible		46%	27%	28%	55%	26%	19%	-9%	1%	9%
33	F12	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno	R	40%	21%	38%	45%	26%	28%	-5%	-5%	10%
34	F7	Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo		26%	38%	36%	34%	34%	32%	-8%	3%	4%
35	F6	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad		56%	31%	13%	59%	30%	11%	-3%	0%	2%
36	F7	Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad		42%	34%	24%	48%	30%	21%	-6%	3%	3%
37	F6	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores		43%	34%	23%	40%	34%	26%	3%	0%	-3%
38	F7	En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir		48%	33%	19%	59%	26%	14%	-12%	7%	5%
39	F6	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta	R	50%	35%	15%	49%	37%	14%	1%	-2%	1%
40	F1	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente		41%	37%	22%	50%	33%	17%	-9%	4%	5%
41	F1	Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar a paciente		34%	35%	31%	40%	35%	24%	-6%	-1%	7%
42	F1	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente		37%	37%	26%	46%	34%	20%	-9%	3%	6%

**Tabla 25: Grado de seguridad
(guardias versus no guardias)**

	Número	Promedio
Guardias	2.021	72,94
No guardias	3.191	73,79
Total general	5.212	73,46

Tabla 26: Comparativo respuestas positivas entre profesionales que realizan guardias versus profesionales que no realizan guardias

Núm. dim.	Dimensión	% positivas guardias	% positivas no guardias	Diferencia
1	Frecuencia EA notificados	44%	45%	-1%
2	Percepción de Seguridad	41%	44%	-3%
3	Expectativas responsables del servicio	69%	70%	-1%
4	Mejora continua	58%	61%	-3%
5	Trabajo equipo unidad	74%	76%	-3%
6	Facilidad comunicación	49%	49%	0%
7	Feed-back y comunicación errores	46%	47%	0%
8	Respuesta no punitiva	56%	55%	1%
9	Dotación de RRHH	27%	28%	-1%
10	Apoyo de la Gerencia	35%	37%	-2%
11	Trabajo equipo entre unidades	48%	48%	0%
12	Problemas en transiciones	47%	48%	-1%

Tabla 27: Preguntas y respuestas comparativo entre guardias vs no guardias

Preg.	Dim.	Pregunta	Guardias			No guardias			Diferencia			
			% posit.	% neut.	% neg.	% posit.	% neut.	% neg.	% posit.	% neut.	% neg.	
1	F5	El personal se apoya mutuamente	81%	9%	11%	82%	8%	11%	-1%	1%	0%	
2	F9	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	33%	6%	61%	32%	6%	61%	1%	0%	-1%	
3	F5	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo	68%	14%	18%	72%	11%	17%	-4%	3%	1%	
4	F5	En esta unidad nos tratamos todos con respeto	76%	11%	13%	78%	10%	12%	-2%	0%	1%	
5	F9	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora	R	22%	10%	68%	25%	11%	64%	-3%	-1%	4%
6	F4	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente		59%	17%	24%	60%	18%	22%	-1%	-2%	3%
7	F9	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal	R	31%	14%	55%	32%	16%	52%	-1%	-2%	3%
8	F8	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra	R	72%	15%	12%	71%	16%	13%	2%	-1%	-1%
9	F4	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo		71%	14%	15%	75%	12%	12%	-4%	2%	2%
10	F2	No se producen más fallos por casualidad	R	34%	23%	43%	34%	23%	43%	1%	-1%	0%
11	F5	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros		70%	16%	14%	73%	15%	12%	-4%	2%	2%
12	F8	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable"	R	56%	18%	27%	54%	16%	30%	2%	2%	-3%
13	F4	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad		44%	26%	30%	47%	29%	24%	-3%	-2%	5%
14	F9	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa	R	20%	13%	67%	22%	13%	64%	-2%	0%	2%
15	F2	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente		25%	16%	59%	31%	16%	53%	-6%	0%	5%

Tabla 27: Preguntas y respuestas comparativo entre guardias vs no guardias

Preg.	Dim.	Pregunta		Guardias			No guardias			Diferencia		
				% posit.	% neut.	% neg.	% posit.	% neut.	% neg.	% posit.	% neut.	% neg.
16	F8	Quando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente	R	38%	20%	41%	39%	23%	38%	0%	-2%	3%
17	F2	En esta unidad hay problemas relacionados con la "Seguridad del paciente"	R	44%	19%	37%	48%	19%	33%	-4%	0%	4%
18	F2	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia		61%	20%	20%	63%	17%	19%	-3%	2%	0%
19	F3	Mi superior / jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente		67%	18%	16%	66%	21%	13%	0%	-3%	3%
20	F3	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente		70%	16%	14%	70%	16%	14%	0%	-1%	1%
21	F3	Quando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente	R	62%	19%	19%	65%	19%	17%	-2%	0%	2%
22	F3	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente	R	77%	13%	10%	78%	14%	8%	-1%	-1%	2%
23	F10	La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente		35%	26%	39%	35%	27%	38%	0%	-1%	1%
24	F11	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas	R	29%	22%	49%	28%	23%	49%	2%	-1%	-1%
25	F12	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad / servicio a otra	R	44%	16%	39%	45%	20%	35%	-1%	-4%	4%
26	F11	Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente		51%	27%	22%	50%	27%	23%	1%	0%	-1%
27	F12	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente	R	51%	19%	31%	52%	24%	25%	-1%	-5%	6%
28	F11	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades	R	59%	24%	17%	59%	26%	15%	0%	-2%	1%

Tabla 27: Preguntas y respuestas comparativo entre guardias vs no guardias

Preg.	Dim.	Pregunta		Guardias			No guardias			Diferencia		
				% posit.	% neut.	% neg.	% posit.	% neut.	% neg.	% posit.	% neut.	% neg.
29	F12	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático	R	51%	24%	25%	51%	24%	25%	0%	0%	0%
30	F10	La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades		40%	28%	32%	41%	30%	29%	-2%	-2%	3%
31	F10	La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente	R	31%	23%	46%	34%	22%	43%	-3%	0%	3%
32	F11	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible		53%	27%	20%	55%	26%	20%	-1%	1%	0%
33	F12	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno	R	44%	23%	34%	46%	28%	26%	-2%	-5%	8%
34	F7	Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo		33%	35%	32%	33%	34%	32%	0%	0%	0%
35	F6	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad		57%	31%	12%	59%	30%	10%	-2%	1%	1%
36	F7	Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad		48%	30%	23%	48%	31%	21%	0%	-1%	2%
37	F6	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores		42%	34%	24%	38%	34%	27%	4%	0%	-4%
38	F7	En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir		59%	27%	14%	58%	27%	15%	0%	1%	-1%
39	F6	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta	R	49%	35%	16%	49%	38%	13%	0%	-3%	3%
40	F1	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente		48%	34%	18%	50%	33%	17%	-2%	0%	2%
41	F1	Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar a paciente		38%	35%	26%	41%	35%	24%	-2%	0%	2%
42	F1	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente		46%	33%	21%	45%	35%	20%	1%	-2%	1%

**Tabla 28: Grado de seguridad
(directivos versus no directivos)**

	Número	Promedio
Directivos	180	78,37
No directivos	5.032	73,28
Total general	5.212	73,46

Tabla 29: Comparativo respuestas positivas entre profesionales directivos versus profesionales no directivos

Núm. dim.	Dimensión	% positivas Directivos	% positivas No directivos	Diferencia
1	Frecuencia EA notificados	63%	44%	19%
2	Percepción de Seguridad	60%	42%	17%
3	Expectativas responsables del servicio	91%	69%	22%
4	Mejora continua	83%	59%	24%
5	Trabajo equipo unidad	83%	75%	8%
6	Facilidad comunicación	70%	48%	22%
7	Feed-back y comunicación errores	67%	46%	22%
8	Respuesta no punitiva	75%	54%	21%
9	Dotación de RRHH	40%	27%	14%
10	Apoyo de la Gerencia	76%	35%	41%
11	Trabajo equipo entre unidades	65%	47%	18%
12	Problemas en transiciones	61%	48%	14%

Tabla 30: Preguntas y respuestas comparativo directivos vs no directivos

Preg.	Dim.	Pregunta	Directivos			No directivos			Diferencia			
			% posit.	% neut.	% neg.	% posit.	% neut.	% neg.	% posit.	% neut.	% neg.	
1	F5	El personal se apoya mutuamente	89%	7%	4%	81%	8%	11%	8%	-1%	-6%	
2	F9	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	53%	7%	40%	32%	6%	62%	21%	1%	-22%	
3	F5	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo	77%	11%	13%	70%	12%	17%	6%	-2%	-5%	
4	F5	En esta unidad nos tratamos todos con respeto	81%	9%	10%	77%	11%	12%	4%	-2%	-2%	
5	F9	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora	R	35%	18%	47%	23%	10%	67%	12%	8%	-20%
6	F4	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente		86%	6%	8%	59%	18%	23%	28%	-12%	-15%
7	F9	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal	R	40%	10%	50%	31%	15%	54%	9%	-5%	-4%
8	F8	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra	R	90%	8%	2%	71%	16%	13%	19%	-8%	-11%
9	F4	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo		91%	6%	3%	73%	13%	14%	18%	-8%	-10%
10	F2	No se producen más fallos por casualidad	R	57%	18%	25%	33%	23%	44%	24%	-5%	-19%
11	F5	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros		86%	9%	5%	72%	16%	13%	15%	-7%	-8%
12	F8	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable"	R	78%	9%	12%	54%	17%	29%	24%	-7%	-17%
13	F4	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad		71%	17%	13%	45%	28%	27%	26%	-11%	-14%
14	F9	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa	R	34%	18%	48%	21%	13%	66%	13%	5%	-18%
15	F2	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente		42%	22%	36%	28%	16%	56%	14%	6%	-20%

Tabla 30: Preguntas y respuestas comparativo directivos vs no directivos

Preg.	Dim.	Pregunta		Directivos			No directivos			Diferencia		
				% posit.	% neut.	% neg.	% posit.	% neut.	% neg.	% posit.	% neut.	% neg.
16	F8	Quando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente	R	57%	11%	33%	38%	22%	40%	19%	-12%	-7%
17	F2	En esta unidad hay problemas relacionados con la "Seguridad del paciente"	R	58%	14%	27%	46%	19%	34%	12%	-5%	-7%
18	F2	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia		82%	12%	6%	62%	18%	20%	20%	-6%	-14%
19	F3	Mi superior / jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente		91%	8%	1%	66%	20%	15%	26%	-12%	-14%
20	F3	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente		93%	6%	2%	69%	17%	14%	24%	-11%	-13%
21	F3	Quando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente	R	84%	8%	8%	63%	19%	18%	21%	-11%	-10%
22	F3	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente	R	96%	3%	2%	77%	14%	9%	19%	-11%	-7%
23	F10	La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente		76%	14%	9%	34%	27%	39%	43%	-13%	-30%
24	F11	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas	R	49%	17%	34%	28%	23%	50%	22%	-6%	-16%
25	F12	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad / servicio a otra	R	63%	9%	28%	44%	19%	37%	19%	-10%	-9%
26	F11	Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente		72%	17%	11%	50%	27%	23%	22%	-10%	-12%
27	F12	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente	R	61%	19%	20%	51%	22%	27%	10%	-3%	-7%
28	F11	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades	R	65%	19%	16%	59%	25%	16%	6%	-6%	0%

Tabla 30: Preguntas y respuestas comparativo directivos vs no directivos

Preg.	Dim.	Pregunta		Directivos			No directivos			Diferencia		
				% posit.	% neut.	% neg.	% posit.	% neut.	% neg.	% posit.	% neut.	% neg.
29	F12	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático	R	65%	18%	17%	51%	24%	25%	14%	-6%	-9%
30	F10	La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades		79%	15%	6%	39%	30%	31%	40%	-15%	-25%
31	F10	La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente	R	73%	11%	16%	32%	23%	45%	42%	-12%	-29%
32	F11	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible		74%	17%	9%	53%	27%	20%	21%	-10%	-11%
33	F12	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno	R	56%	20%	24%	45%	26%	29%	11%	-6%	-5%
34	F7	Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo		55%	32%	13%	33%	34%	33%	22%	-2%	-20%
35	F6	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad		77%	18%	5%	58%	31%	11%	19%	-13%	-6%
36	F7	Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad		69%	23%	7%	47%	31%	22%	22%	-8%	-15%
37	F6	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores		72%	24%	3%	39%	35%	27%	34%	-10%	-23%
38	F7	En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir		78%	18%	4%	58%	27%	15%	20%	-9%	-11%
39	F6	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta	R	61%	29%	10%	48%	37%	15%	13%	-8%	-5%
40	F1	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente		68%	24%	8%	49%	34%	18%	20%	-10%	-10%
41	F1	Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar a paciente		57%	32%	12%	39%	36%	25%	18%	-4%	-14%
42	F1	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente		64%	27%	9%	44%	35%	21%	20%	-8%	-12%

Tabla 31: Grado de seguridad (colectivos profesionales)

	Número	Promedio
Enfermero/a	2.045	71,58
Médico/a	1.451	73,84
TCAE	623	74,41
Otros	1.093	75,93
Total general	5.212	73,46

Tabla 32: Factores por colectivos y diferencias comparativas entre ellos

Núm. dim.	Dimensión	% positivas médicos	% positivas enfermeros	% positivas TCAEs	% positivos Otros	Dif. médicos enfermeros	Dif. médicos TCAEs	Dif. médicos Otros	Dif. enfermeros TCAEs	Dif. enfermeros Otros	Dif. TCAEs Otros
1	Frecuencia EA notificados	41%	42%	50%	52%	-1%	-9%	-11%	-8%	-10%	-2%
2	Percepción de Seguridad	41%	40%	49%	48%	1%	-8%	-7%	-9%	-8%	1%
3	Expectativas responsables del servicio	69%	69%	70%	70%	-1%	-2%	-1%	-1%	-1%	0%
4	Mejora continua	55%	61%	62%	62%	-6%	-6%	-7%	0%	-1%	0%
5	Trabajo equipo unidad	74%	79%	71%	73%	-5%	3%	1%	8%	6%	-2%
6	Facilidad comunicación	49%	49%	44%	52%	0%	6%	-2%	6%	-2%	-8%
7	Feed-back y comunicación errores	46%	45%	44%	51%	1%	2%	-5%	0%	-7%	-7%
8	Respuesta no punitiva	59%	53%	45%	58%	6%	14%	2%	8%	-4%	-12%
9	Dotación de RRHH	26%	27%	26%	31%	0%	0%	-5%	0%	-5%	-5%
10	Apoyo de la Gerencia	36%	32%	31%	48%	4%	6%	-11%	1%	-16%	-17%
11	Trabajo equipo entre unidades	50%	45%	46%	53%	6%	4%	-2%	-2%	-8%	-6%
12	Problemas en transiciones	44%	51%	53%	46%	-7%	-9%	-2%	-2%	4%	7%

11.2 Tablas de resultados de encuesta atención primaria

Tabla 33: Distribución por Sexo

	Enc. 2024		Enc. 2011	Dif.	Inc.
	Núm.	%	%		
Hombre	419	20%	29%	-9%	-30%
Mujer	1.638	80%	71%	9%	13%
Total	2.057	100%	100%		

Tabla 34: Distribución por grupos de edad

	Núm.	%
De 18 a 25	25	1%
De 26 a 30	73	3%
De 31 a 35	141	7%
De 36 a 40	141	7%
De 41 a 45	207	10%
De 46 a 50	363	17%
De 51 a 55	386	18%
De 56 a 60	478	23%
De 61 a 65	277	13%
Más de 65	31	1%
Total	2.122	100%

Tabla 35: Categorías profesionales

	Enc. 2024		Enc. 2011	Dif.	Inc.
	Núm.	%	%		
Médico	609	28%			
Gestor- Coordinador médico	117	5%			
Odontólogo	12	1%			
Total Médicos	738	34%	42%	-8%	-19%
Enfemera / Matrona	854	40%			
Gestor- Responsable de enfermería	127	6%			
Fisioterapeuta	36	2%			
Auxiliar de enfermería	34	2%			
Total Profesionales de enfermería	1.051	49%	35%	14%	40%
Administrativo y otro personal no sanitario	226	11%			
Gestor- Responsable del área administrativa	28	1%			
Trabajador social	32	1%			
MIR /EIR	31	1%			
Total No sanitarios	317	15%	18%	-3%	-18%
Otros	44	2%			
Total Otros	44	2%	5%	-3%	-58%
Total	2.150	100%			

Tabla 36: Puestos de responsabilidad

	Enc. 2024		Enc. 2011	Dif.	Inc.
	Núm.	%	%		
Gestor–Coordinador médico	117	43%	36%	7%	21%
Gestor-Responsable de enfermería	127	47%	45%	1%	3%
Gestor–Responsable del área administrativa	28	10%	19%	-9%	-46%
Puesto de responsabilidad	272	100%			
% Total encuestados		13%	9%	4%	44%

Tabla 37: Según situación laboral

	Enc. 2024		Enc. 2011	Dif.	Inc.
	Núm.	%	%		
Fijo	1.523	72%	69%	3%	4%
Interino	390	18%	19%	0%	-1%
Eventual	216	10%	13%	-2%	-19%
Total	2.129	100%	100%		

Tabla 38: Turno

	Enc. 2024		Enc. 2011	Dif.	Inc.
	Núm.	%	%		
Solo mañana	1.336	62%	51%	12%	23%
Solo tarde	101	5%	9%	-4%	-46%
Mañana y tarde	713	33%	41%	-8%	-19%
Total	2.150	100%	100%		

Tabla 39: Jornada Laboral

	Enc. 2024		Enc. 2011	Dif.	Inc.
	Núm.	%	%		
1-4 horas por semana	7	0%	0,1%	0%	226%
5-16 horas por semana	44	2%	2,6%	-1%	-21%
17-24 horas por semana	38	2%	3,4%	-2%	-48%
25-32 horas por semana	126	6%	9,7%	-4%	-40%
33-40 horas por semana	1.935	90%	84,2%	6%	7%
Total	2.150	100%	100%		

Tabla 40: Guardias

	Enc. 2024		Enc. 2011	Dif.	Inc.
	Núm.	%	%		
SÍ	897	42%	39%	2%	6%
NO	1.253	58%	61%	-2%	-4%
Total	2.150	100%	100%		

Tabla 41: Distribución según años en la organización

	Enc. 2024		Enc. 2011	Dif.	Inc.
	Núm.	%	%		
Menos de dos meses	45	2%	2,7%	-1%	-22%
De dos meses a menos de un año	269	13%	10,1%	2%	24%
De un año a menos de tres años	525	24%	16,4%	8%	49%
De 3 años a menos de 6 años	425	20%	23,6%	-4%	-16%
De 6 años a menos de 11 años	246	11%	16,1%	-5%	-29%
De 11 años a menos de 20 años	319	15%	16,5%	-2%	-10%
Más de 20 años	321	15%	14,6%	0%	2%
Total	2.150	100%	100%		

Tabla 42: Cupos

	Enc. 2024		Enc. 2011	Dif.	Inc.
	Núm.	%	%		
<500	94	6%	3,6%	2%	61%
500-1000	295	18%	10,5%	8%	73%
1001-1500	514	32%	28,6%	3%	11%
1501-2000	543	33%	43,5%	-10%	-23%
>2000	175	11%	13,8%	-3%	-22%
Total	1.621	100%	100%		

Tabla 43: Atiende a...

	Enc. 2024	
	Núm.	%
Pacientes de 0-15 años	151	7%
Mayores de 15 años	706	34%
Paciente de ambos grupos	1.194	58%
Total	2.051	100%

Tabla 44: ¿Conoce algún sistema de notificación?

	Enc. 2024	
	Núm.	%
SÍ	1.543	70%
No	653	30%
Total	2.196	100%

Tabla 45: ¿Qué sistema de notificación conoce (respecto al total de respuestas de su comunidad)?

	Núm.	CCAA	%
Nacional: SINASP	559	884	63%
Castilla León: SISNOT	439	525	84%
Madrid: CISEMadrid	222	282	79%
Valencia: SINEA	108	110	98%
Andalucía: notificASP	98	128	77%
Baleares: Notific	74	93	80%
Cataluña: SNiSP Cat	28	35	80%
País Vasco: SNASP	13	12	108%
Total	1.541	2.069	74%

*un profesional de otra CCAA marcó SNASP.

Tabla 46: ¿Ha notificado algún incidente en el último año?

	Núm.	%
Sí	848	43%
No	1.118	57%
Total	1.966	100%

Tabla 47: En caso de haber informado incidentes, ¿la notificación contribuye a mejorar la calidad de la organización?

	Núm.	%
Sí	543	64%
NO	227	27%
Prefiero no contestar	74	9%
No informado	4	0%
Total	848	100%

Tabla 48: Pertenece a una sociedad científica

	Núm.	%
Sí	659	44%
No	844	56%
Total	1.503	100%

Tabla 49: ¿A qué sociedad científica pertenece?

	Núm.	%
SEMFYC Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria	281	43%
FAECAP Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria	111	17%
SEMERGEN Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria	66	10%
SEMG Sociedad Española de Medicina General	47	7%
APEap Asociación de Pediatría de Atención Primaria	41	6%
SECA Sociedad Española de Calidad Asistencial	37	6%
SEPEAP Sociedad Española de Pediatría de Atención Primaria	18	3%
AAS (administrativos de la salud). Asociación de Administrativos Sanitarios	14	2%
SEMES Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias	11	2%
FIDISP Fundación por la investigación, docencia e innovación en seguridad del paciente	9	1%
ANDE Asociación Nacional de Directivos de Enfermería	7	1%
SEC Sociedad Española de Contracepción	4	1%
SEMI Sociedad Española de Medicina Interna	3	0%
SEFAP Sociedad Española de Farmacia de Atención Primaria	3	0%
AEC, Asociación Española de Cirujanos	2	0%
SEDISA Sociedad Española de Directivos de la Salud	1	0%
SEUP Sociedad Española de Urgencias Pediátricas	1	0%
SEN Sociedad Española de Neurología	1	0%
SEMPSPGS Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria	1	0%
SENEO Sociedad Española de Neonatología	1	0%
Total	659	100%

Tabla 50: Grado de seguridad y comparación entre encuestas

	Enc. 2024		Enc. 2011	Dif.	Inc.
	Núm.	%	%		
1 - Mal	87	4%	1%	3%	296%
2 - Aceptable	353	16%	10%	6%	61%
3 - Bien	1.068	49%	53%	-4%	-8%
4 - Muy bien	569	26%	30%	-4%	-14%
5 - Excelente	119	5%	6%	-1%	-10%
Total	2.196	100%			
Promedio	3,13				

Tabla 51: Respuestas positivas según dimensiones globales de calidad y seguridad del paciente

	% positivas 2024	% positivas 2011	Dif.	Inc.
G1-1 Centrado en el paciente	36%	37%	-1%	-4%
G1-2 Efectivo	40%	36%	4%	11%
G1-3 A tiempo	34%	39%	-5%	-12%
G1-4 Eficiente	35%	39%	-4%	-10%
G1-5 Equitativo	68%	68%	0%	0%
G2	31%	36%	-5%	-13%

Tabla 52: Resultados por dimensiones. Comparativo 2024 vs 2011

N.º	Dimensión	2024			2011	Dif.
		% positivas	% neutras	% negativas	% positivas	
1	Aspectos relacionados con la seguridad del paciente	67%	24%	10%	73%	-6%
2	Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	45%	40%	15%	61%	-16%
3	Trabajo en equipo	78%	12%	10%	74%	4%
4	Ritmo y carga de trabajo	29%	21%	51%	33%	-4%
5	Formación del personal no sanitario	52%	20%	28%	58%	-6%
5B	Formación del personal sanitario	57%	20%	24%	63%	-7%
6	Procedimientos establecidos en el centro. Personal no sanitario	51%	23%	26%	59%	-8%
6B	Procedimientos establecidos en el centro. Personal sanitario	54%	22%	24%	61%	-7%
7	Comunicación franca	60%	27%	13%	59%	0%
8	Seguimiento de la atención a los pacientes	75%	17%	9%	77%	-2%
9	Comunicación sobre el error. Profesionales no sanitarios	62%	24%	14%	63%	-1%
9B	Comunicación sobre el error. Profesionales sanitarios	66%	22%	12%	67%	-1%
10	Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente	56%	23%	21%	62%	-5%
11	Aprendizaje organizacional	70%	18%	12%	76%	-6%
12	Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad	64%	20%	16%	70%	-6%

Tabla 53: Preguntas y respuestas comparativo 2024 vs 2011

Pregunta	2024			2011	Dif.
	% positivas	% neutras	% negativas	% positivas	
A1. ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA: El paciente no consiguió una cita para consultar un problema de salud agudo en las siguientes 48h.	44%	19%	37%	72%	-28%
A2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: Se utilizó la historia clínica de otro paciente.	87%	11%	2%	91%	-4%
A3. HISTORIAS CLÍNICAS: La historia clínica del paciente no estaba disponible cuando se precisó.	83%	15%	2%	82%	1%
A4. HISTORIAS CLÍNICAS: La información clínica se archivó en la historia clínica de otro paciente.	94%	5%	1%	93%	1%
A5. EQUIPAMIENTO MÉDICO: El equipamiento médico no funcionó adecuadamente, precisaba reparación o sustitución.	48%	43%	9%	62%	-14%
A6. MEDICACIÓN: Una oficina de farmacia contactó con el centro o la consulta para clarificar o corregir una prescripción.	58%	31%	11%	61%	-3%
A7. MEDICACIÓN: La lista de medicación del paciente no se supervisó durante la consulta.	70%	26%	4%	68%	2%
A8. DIAGNÓSTICOS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Los resultados de algunas pruebas de laboratorio o de imagen no estaban disponibles cuando se precisaron.	43%	45%	12%	45%	-2%
A9. DIAGNÓSTICOS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día.	72%	19%	8%	81%	-9%
B1. Problemas con servicios externos de pruebas complementarias (laboratorio, diagnóstico por imagen...).	47%	40%	13%	58%	-11%
B2. Problemas con otras consultas médicas fuera del centro.	34%	47%	20%	54%	-20%
B3. Problemas con oficinas de farmacia.	58%	31%	11%	72%	-14%
B4. Problemas con hospitales.	41%	41%	18%	59%	-18%
C1. Cuando alguien tiene excesivo trabajo los compañeros le ayudan.	81%	12%	7%	66%	15%
C2. En este centro hay un buen ambiente de trabajo entre los componentes del equipo.	78%	12%	10%	78%	0%
C3. En este centro, sentimos que atendemos con prisas a los pacientes.	34%	21%	45%	40%	-6%
C4. Este centro forma a su personal no sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.	53%	21%	27%	58%	-5%
C5. En este centro, nos tratamos mutuamente con respeto.	87%	7%	6%	87%	0%
C6. Tenemos demasiados pacientes asignados para el número de profesionales sanitarios que tiene el centro.	19%	22%	59%	19%	0%
C7. En este centro se asegura que el personal no sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.	48%	23%	29%	56%	-8%
C8. Este centro está más desorganizado de lo que debiera.	55%	21%	23%	61%	-6%

Tabla 53: Preguntas y respuestas comparativo 2024 vs 2011

Pregunta	2024			2011	Dif.
	% positivas	% neutras	% negativas	% positivas	
C9. Tenemos procedimientos adecuados para evaluar que el trabajo en el centro se ha realizado correctamente.	37%	30%	33%	50%	-13%
C10. Al personal no sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.	54%	17%	28%	59%	-5%
C11. Tenemos suficiente personal no sanitario para manejar la carga de trabajo de los pacientes.	35%	19%	45%	43%	-8%
C12. En este centro tenemos problemas con la organización y distribución del trabajo.	46%	22%	33%	52%	-6%
C13. Este centro promueve el trabajo en equipo para el cuidado de los pacientes.	67%	18%	15%	66%	1%
C14. Este centro tiene demasiados pacientes para hacer frente a todo de forma eficiente.	26%	21%	54%	29%	-3%
C15. El personal no sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.	66%	19%	15%	73%	-7%
C16. Este centro forma a su personal sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.	65%	18%	18%	65%	0%
C17. En este centro se asegura que el personal sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.	60%	20%	20%	62%	-2%
C18. Al personal sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.	45%	22%	33%	63%	-18%
C19. El personal sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.	78%	15%	7%	81%	-3%
D1. Los profesionales sanitarios del centro son receptivos a las propuestas de mejora de los no sanitarios.	61%	29%	10%	57%	4%
D2. En este centro, se anima al personal no sanitario a expresar puntos de vista alternativos.	60%	26%	14%	56%	4%
D3. El centro recuerda a sus pacientes cuándo deben citarse para revisiones o para actividades preventivas.	71%	17%	13%	70%	1%
D4. El personal no sanitario teme hacer preguntas cuando algo parece que no está bien.	56%	29%	15%	63%	-7%
D5. En este centro se registra si nuestros pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento.	73%	20%	7%	78%	-5%
D6. En nuestro centro se realiza un seguimiento cuando no se recibe el informe de un paciente que estamos esperando que nos remita un especialista de otro centro.	67%	22%	12%	67%	0%
D7. El personal no sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.	53%	28%	18%	52%	1%
D8. Todo el equipo habla abiertamente de los problemas del centro.	59%	25%	16%	55%	4%
D9. En este centro se hacen revisiones a los pacientes que precisan un seguimiento.	89%	8%	3%	94%	-5%
D10. Es difícil expresar libremente cualquier desacuerdo en este centro.	62%	24%	14%	61%	1%
D11. En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.	74%	18%	8%	76%	-2%
D12. El personal no sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	62%	23%	14%	70%	-8%
D13. El personal sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.	57%	27%	16%	60%	-3%
D14. El personal sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	74%	19%	8%	75%	-1%

Tabla 53: Preguntas y respuestas comparativo 2024 vs 2011

Pregunta	2024			2011	Dif.
	% positivas	% neutras	% negativas	% positivas	
E1. Los responsables de su centro no están invirtiendo suficientes recursos para mejorar la calidad asistencial en este centro de salud.	47%	23%	30%	51%	-4%
E2. Los responsables de su centro pasan por alto los fallos relacionados con la asistencia que ocurren una y otra vez.	66%	15%	18%	73%	-7%
E3. Los responsables de su centro dan prioridad a los procesos relacionados con la mejora de la atención a los pacientes.	66%	22%	11%	70%	-4%
E4. Los responsables de su centro a menudo toman decisiones basadas en lo que es mejor para el centro en lugar de lo que es mejor para los pacientes.	46%	31%	23%	52%	-6%
F1. Cuando hay un problema en nuestro centro, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas.	77%	12%	10%	82%	-5%
F2. Los procesos de nuestro centro son buenos para prevenir fallos que pueden afectar a los pacientes.	66%	23%	10%	70%	-4%
F3. En este centro se producen fallos con más frecuencia de lo que debieran.	68%	20%	12%	75%	-7%
F4. Si no cometemos más fallos que afecten a nuestros pacientes, es por casualidad.	71%	15%	14%	78%	-7%
F5. Este centro modifica sus procesos para garantizar que los mismos problemas no vuelvan a ocurrir.	70%	19%	11%	76%	-6%
F6. En este centro, es más importante realizar más trabajo que la calidad de la atención.	53%	21%	27%	58%	-5%
F7. Después de introducir cambios para mejorar la asistencia, comprobamos si funcionan.	63%	23%	13%	71%	-8%
G1-1 Centrado en el paciente: Responde a las preferencias individuales de los pacientes, a sus necesidades y valores.	36%	46%	18%	37%	-1%
G1-2 Efectivo: Se basa en el conocimiento científico.	40%	47%	13%	36%	4%
G1-3 A tiempo: Minimiza esperas y demoras potencialmente perjudiciales.	34%	38%	28%	39%	-5%
G1-4 Eficiente: Garantiza unos cuidados coste-efectivos (evita el despilfarro, la sobreutilización, o el mal uso de los servicios).	35%	41%	24%	39%	-4%
G1-5 Equitativo: Ofrece la misma calidad asistencial a todos los individuos con independencia de su sexo, raza, etnia, nivel socioeconómico, idioma, etc.	68%	24%	8%	68%	0%

Tabla 54: Grado de seguridad según profesionales sanitarios vs no sanitarios

	G2 Valoración global SP	ISSP
Sanitarios	3,12	3,58
No sanitarios	3,19	3,47
Total	3,13	3,57

Tabla 55: Respuestas positivas según dimensiones globales de calidad y seguridad del paciente del personal sanitario versus no sanitario

	% positivos sanitarios	% positivos no sanitarios	Dif.	Inc.
G1-1 Centrado en el paciente	36%	38%	-3%	-7%
G1-2 Efectivo	41%	36%	5%	15%
G1-3 A tiempo	35%	31%	5%	15%
G1-4 Eficiente	35%	37%	-2%	-5%
G1-5 Equitativo	69%	69%	0%	0%
G2	31%	34%	-3%	-7%

Tabla 56: Resultados por dimensiones. Comparativo personal sanitario vs no sanitario

N.º	Dimensión	% posi. sanit.	% posit. no san.	Dif.
1	Aspectos relacionados con la seguridad del paciente	67%	66%	1%
2	Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	45%	44%	1%
3	Trabajo en equipo	79%	75%	5%
4	Ritmo y carga de trabajo	28%	31%	-3%
5	Formación del personal no sanitario	53%	42%	11%
5B	Formación del personal sanitario	56%	65%	-9%
6	Procedimientos establecidos en el centro. Personal no sanitario	50%	60%	-10%
6B	Procedimientos establecidos en el centro. Personal sanitario	53%	58%	-5%
7	Comunicación franca	62%	49%	13%
8	Seguimiento de la atención a los pacientes	75%	74%	1%
9	Comunicación sobre el error. Profesionales no sanitarios	63%	62%	1%
9B	Comunicación sobre el error. Profesionales sanitarios	67%	65%	1%
10	Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente	56%	57%	-1%
11	Aprendizaje organizacional	70%	72%	-1%
12	Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad	64%	67%	-3%

Tabla 57: Preguntas y respuestas personal sanitario vs no sanitario

Pregunta	Sanitarios			No sanitarios			Diferencia		
	% positivas	% neutras	% negativas	% positivas	% neutras	% negativas	% positivas	% neutras	% negativas
A1. ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA: El paciente no consiguió una cita para consultar un problema de salud agudo en las siguientes 48h.	44%	19%	37%	48%	16%	35%	-4%	3%	2%
A2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: Se utilizó la historia clínica de otro paciente.	87%	11%	2%	90%	9%	1%	-3%	2%	1%
A3. HISTORIAS CLÍNICAS: La historia clínica del paciente no estaba disponible cuando se precisó.	82%	15%	2%	87%	11%	2%	-5%	4%	1%
A4. HISTORIAS CLÍNICAS: La información clínica se archivó en la historia clínica de otro paciente.	94%	5%	1%	95%	5%	0%	-1%	0%	1%
A5. EQUIPAMIENTO MÉDICO: El equipamiento médico no funcionó adecuadamente, precisaba reparación o sustitución.	47%	43%	9%	55%	41%	4%	-8%	2%	6%
A6. MEDICACIÓN: Una oficina de farmacia contactó con el centro o la consulta para clarificar o corregir una prescripción.	61%	30%	9%	34%	40%	25%	27%	-10%	-16%
A7. MEDICACIÓN: La lista de medicación del paciente no se supervisó durante la consulta.	71%	26%	4%	69%	25%	6%	2%	0%	-2%
A8. DIAGNÓSTICOS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Los resultados de algunas pruebas de laboratorio o de imagen no estaban disponibles cuando se precisaron.	43%	45%	12%	39%	46%	15%	4%	-1%	-3%
A9. DIAGNÓSTICOS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día.	72%	20%	8%	79%	11%	10%	-7%	9%	-2%
B1. Problemas con servicios externos de pruebas complementarias (laboratorio, diagnóstico por imagen...).	47%	41%	13%	45%	39%	16%	2%	1%	-3%
B2. Problemas con otras consultas médicas fuera del centro.	33%	48%	19%	33%	39%	28%	0%	9%	-8%
B3. Problemas con oficinas de farmacia.	58%	32%	11%	58%	31%	11%	0%	1%	-1%
B4. Problemas con hospitales.	41%	41%	18%	39%	38%	23%	2%	3%	-5%
C1. Cuando alguien tiene excesivo trabajo los compañeros le ayudan.	81%	11%	8%	80%	14%	6%	0%	-2%	2%
C2. En este centro hay un buen ambiente de trabajo entre los componentes del equipo.	79%	11%	9%	75%	13%	12%	5%	-2%	-3%

Tabla 57: Preguntas y respuestas personal sanitario vs no sanitario

Pregunta		Sanitarios			No sanitarios			Diferencia		
		% positivas	% neutras	% negativas	% positivas	% neutras	% negativas	% positivas	% neutras	% negativas
C3. En este centro, sentimos que atendemos con prisas a los pacientes.	R	34%	21%	45%	41%	21%	39%	-7%	0%	7%
C4. Este centro forma a su personal no sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.		54%	21%	25%	48%	18%	34%	6%	3%	-9%
C5. En este centro, nos tratamos mutuamente con respeto.		88%	7%	5%	81%	10%	9%	7%	-3%	-4%
C6. Tenemos demasiados pacientes asignados para el número de profesionales sanitarios que tiene el centro.	R	19%	22%	59%	18%	22%	60%	1%	0%	-1%
C7. En este centro se asegura que el personal no sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.		48%	24%	27%	44%	19%	37%	4%	5%	-10%
C8. Este centro está más desorganizado de lo que debiera.	R	54%	22%	24%	65%	18%	17%	-11%	4%	7%
C9. Tenemos procedimientos adecuados para evaluar que el trabajo en el centro se ha realizado correctamente.		36%	30%	33%	42%	28%	30%	-6%	3%	3%
C10. Al personal no sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.	R	58%	17%	25%	35%	17%	48%	23%	0%	-23%
C11. Tenemos suficiente personal no sanitario para manejar la carga de trabajo de los pacientes.		34%	20%	46%	41%	13%	46%	-7%	7%	0%
C12. En este centro tenemos problemas con la organización y distribución del trabajo.	R	45%	21%	34%	51%	23%	26%	-6%	-1%	8%
C13. Este centro promueve el trabajo en equipo para el cuidado de los pacientes.		68%	18%	14%	62%	21%	17%	6%	-4%	-3%
C14. Este centro tiene demasiados pacientes para hacer frente a todo de forma eficiente.	R	26%	20%	54%	26%	21%	53%	0%	-1%	1%
C15. El personal no sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.		63%	21%	16%	81%	10%	8%	-19%	11%	8%
C16. Este centro forma a su personal sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.		64%	17%	18%	71%	18%	11%	-7%	0%	7%
C17. En este centro se asegura que el personal sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.		59%	20%	21%	70%	18%	12%	-11%	2%	9%
C18. Al personal sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.	R	44%	21%	35%	53%	28%	19%	-8%	-7%	16%
C19. El personal sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.		78%	15%	7%	75%	18%	6%	3%	-4%	1%

Tabla 57: Preguntas y respuestas personal sanitario vs no sanitario

Pregunta	Sanitarios			No sanitarios			Diferencia		
	% positivas	% neutras	% negativas	% positivas	% neutras	% negativas	% positivas	% neutras	% negativas
D1. Los profesionales sanitarios del centro son receptivos a las propuestas de mejora de los no sanitarios.	64%	28%	8%	44%	37%	19%	20%	-10%	-11%
D2. En este centro, se anima al personal no sanitario a expresar puntos de vista alternativos.	64%	25%	12%	41%	31%	28%	23%	-6%	-17%
D3. El centro recuerda a sus pacientes cuándo deben citarse para revisiones o para actividades preventivas.	72%	16%	12%	67%	21%	13%	5%	-5%	0%
D4. El personal no sanitario teme hacer preguntas cuando algo parece que no está bien.	R 56%	28%	16%	54%	34%	12%	2%	-6%	4%
D5. En este centro se registra si nuestros pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento.	73%	21%	7%	76%	15%	9%	-4%	6%	-2%
D6. En nuestro centro se realiza un seguimiento cuando no se recibe el informe de un paciente que estamos esperando que nos remita un especialista de otro centro.	67%	21%	12%	65%	24%	11%	1%	-2%	1%
D7. El personal no sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.	R 55%	28%	17%	48%	27%	25%	7%	1%	-8%
D8. Todo el equipo habla abiertamente de los problemas del centro.	61%	24%	15%	51%	30%	19%	10%	-6%	-4%
D9. En este centro se hacen revisiones a los pacientes que precisan un seguimiento.	89%	8%	3%	88%	7%	5%	1%	1%	-2%
D10. Es difícil expresar libremente cualquier desacuerdo en este centro.	R 63%	23%	14%	56%	30%	14%	7%	-7%	0%
D11. En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.	75%	18%	8%	74%	18%	8%	1%	0%	-1%
D12. El personal no sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	60%	25%	15%	74%	16%	10%	-14%	9%	5%
D13. El personal sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.	R 57%	27%	15%	61%	23%	16%	-4%	4%	-1%
D14. El personal sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	74%	19%	7%	77%	16%	7%	-3%	3%	0%
E1. Los responsables de su centro no están invirtiendo suficientes recursos para mejorar la calidad asistencial en este centro de salud.	R 47%	23%	30%	46%	27%	27%	1%	-4%	3%

Tabla 57: Preguntas y respuestas personal sanitario vs no sanitario

Pregunta		Sanitarios			No sanitarios			Diferencia		
		% positivas	% neutras	% negativas	% positivas	% neutras	% negativas	% positivas	% neutras	% negativas
E2. Los responsables de su centro pasan por alto los fallos relacionados con la asistencia que ocurren una y otra vez.	R	67%	15%	18%	66%	17%	17%	1%	-2%	1%
E3. Los responsables de su centro dan prioridad a los procesos relacionados con la mejora de la atención a los pacientes.		66%	23%	11%	68%	19%	13%	-2%	4%	-2%
E4. Los responsables de su centro a menudo toman decisiones basadas en lo que es mejor para el centro en lugar de lo que es mejor para los pacientes.	R	46%	32%	22%	48%	28%	25%	-2%	4%	-2%
F1. Cuando hay un problema en nuestro centro, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas.		78%	12%	10%	74%	15%	10%	4%	-4%	0%
F2. Los procesos de nuestro centro son buenos para prevenir fallos que pueden afectar a los pacientes.		67%	23%	10%	66%	27%	8%	1%	-4%	3%
F3. En este centro se producen fallos con más frecuencia de lo que debieran.	R	68%	20%	12%	66%	22%	12%	2%	-2%	0%
F4. Si no cometemos más fallos que afecten a nuestros pacientes, es por casualidad.	R	71%	16%	14%	76%	12%	12%	-6%	4%	2%
F5. Este centro modifica sus procesos para garantizar que los mismos problemas no vuelvan a ocurrir.		70%	19%	11%	73%	18%	9%	-3%	1%	2%
F6. En este centro, es más importante realizar más trabajo que la calidad de la atención.	R	52%	21%	28%	61%	20%	19%	-9%	1%	8%
F7. Después de introducir cambios para mejorar la asistencia, comprobamos si funcionan.		63%	24%	14%	68%	22%	10%	-5%	1%	4%
G1-1 Centrado en el paciente: Responde a las preferencias individuales de los pacientes, a sus necesidades y valores.		36%	47%	17%	38%	42%	20%	-3%	6%	-3%
G1-2 Efectivo: Se basa en el conocimiento científico.		41%	46%	13%	36%	50%	14%	5%	-4%	-2%
G1-3 A tiempo: Minimiza esperas y demoras potencialmente perjudiciales.		35%	38%	26%	31%	37%	33%	5%	2%	-6%
G1-4 Eficiente: Garantiza unos cuidados coste-efectivos (evita el despilfarro, la sobreutilización, o el mal uso de los servicios).		35%	40%	25%	37%	47%	16%	-2%	-6%	8%
G1-5 Equitativo: Ofrece la misma calidad asistencial a todos los individuos con independencia de su sexo, raza, etnia, nivel socioeconómico, idioma, etc.		69%	24%	8%	69%	23%	8%	0%	0%	0%

Tabla 58: Valoración global de la SP e ISSP según gestores versus no gestores. Comparativo 2024 - 2011

	2024		2011		Dif. G2	Dif. ISSP	Incr. G2	Incr. ISSP
	G2 Val. global SP	ISSP	G2 Val. global SP	ISSP				
Gestores	3,39	3,86	3,39	3,84	0,00	-0,02	0%	0%
No gestores	3,09	3,54	3,24	3,70	0,15	0,16	4%	4%
Total	3,13	3,57	3,25	3,71	0,12	0,14	4%	4%

Tabla 59: Respuestas positivas según dimensiones globales de calidad y seguridad del paciente de los gestores versus no gestores

	% positivos gestores	% positivos no gestores	Dif.	Inc.
G1-1 Centrado en el paciente	47%	34%	13%	37%
G1-2 Efectivo	51%	39%	13%	34%
G1-3 A tiempo	51%	32%	19%	61%
G1-4 Eficiente	52%	33%	19%	59%
G1-5 Equitativo	82%	67%	15%	23%
G2	41%	30%	11%	35%

Tabla 60: Resultados por dimensiones. Comparativo gestores versus no gestores

N.º	Dimensión	% posit. gestores	% posit. no gest.	Dif.
1	Aspectos relacionados con la seguridad del paciente	70%	66%	3%
2	Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	42%	45%	-3%
3	Trabajo en equipo	89%	77%	13%
4	Ritmo y carga de trabajo	33%	28%	5%
5	Formación del personal no sanitario	65%	49%	16%
5B	Formación del personal sanitario	77%	54%	23%
6	Procedimientos establecidos en el centro. Personal no sanitario	66%	49%	17%
6B	Procedimientos establecidos en el centro. Personal sanitario	69%	52%	17%
7	Comunicación franca	76%	57%	19%
8	Seguimiento de la atención a los pacientes	81%	74%	7%
9	Comunicación sobre el error. Profesionales no sanitarios	75%	60%	14%
9B	Comunicación sobre el error. Profesionales sanitarios	79%	64%	14%
10	Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente	75%	53%	21%
11	Aprendizaje organizacional	88%	68%	20%
12	Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad	80%	62%	18%

Tabla 61: Preguntas y respuestas según gestores o no gestores

Pregunta	Gestores			No gestores			% positivas	% neutras	% negativas
	% positivas	% neutras	% negativas	% positivas	% neutras	% negativas			
A1. ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA: El paciente no consiguió una cita para consultar un problema de salud agudo en las siguientes 48h.	52%	21%	27%	43%	19%	38%	9%	3%	-11%
A2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: Se utilizó la historia clínica de otro paciente.	87%	11%	2%	88%	11%	2%	-1%	1%	0%
A3. HISTORIAS CLÍNICAS: La historia clínica del paciente no estaba disponible cuando se precisó.	84%	14%	2%	82%	15%	2%	2%	-1%	0%
A4. HISTORIAS CLÍNICAS: La información clínica se archivó en la historia clínica de otro paciente.	96%	2%	1%	94%	5%	1%	2%	-3%	0%
A5. EQUIPAMIENTO MÉDICO: El equipamiento médico no funcionó adecuadamente, precisaba reparación o sustitución.	50%	42%	7%	48%	43%	9%	3%	-1%	-2%
A6. MEDICACIÓN: Una oficina de farmacia contactó con el centro o la consulta para clarificar o corregir una prescripción.	65%	26%	9%	57%	32%	12%	8%	-6%	-2%
A7. MEDICACIÓN: La lista de medicación del paciente no se supervisó durante la consulta.	70%	27%	3%	70%	25%	4%	0%	2%	-1%
A8. DIAGNÓSTICOS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Los resultados de algunas pruebas de laboratorio o de imagen no estaban disponibles cuando se precisaron.	44%	47%	9%	43%	45%	12%	2%	1%	-3%
A9. DIAGNÓSTICOS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día.	78%	15%	7%	72%	20%	8%	6%	-5%	-1%
B1. Problemas con servicios externos de pruebas complementarias (laboratorio, diagnóstico por imagen...).	44%	44%	12%	47%	40%	13%	-3%	4%	-1%
B2. Problemas con otras consultas médicas fuera del centro.	34%	49%	17%	33%	46%	20%	1%	2%	-4%
B3. Problemas con oficinas de farmacia.	55%	35%	10%	58%	31%	11%	-3%	4%	-1%
B4. Problemas con hospitales.	36%	47%	17%	42%	40%	19%	-6%	8%	-2%
C1. Cuando alguien tiene excesivo trabajo los compañeros le ayudan.	87%	8%	5%	80%	13%	8%	8%	-5%	-3%
C2. En este centro hay un buen ambiente de trabajo entre los componentes del equipo.	89%	6%	5%	77%	12%	11%	13%	-7%	-6%

Tabla 61: Preguntas y respuestas según gestores o no gestores

Pregunta		Gestores			No gestores			% positivas	% neutras	% negativas
		% positivas	% neutras	% negativas	% positivas	% neutras	% negativas			
C3. En este centro, sentimos que atendemos con prisas a los pacientes.	R	36%	24%	41%	34%	21%	45%	1%	3%	-4%
C4. Este centro forma a su personal no sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.		72%	16%	13%	49%	22%	29%	22%	-6%	-16%
C5. En este centro, nos tratamos mutuamente con respeto.		93%	4%	3%	86%	8%	6%	7%	-4%	-3%
C6. Tenemos demasiados pacientes asignados para el número de profesionales sanitarios que tiene el centro.	R	25%	20%	55%	18%	23%	59%	7%	-3%	-4%
C7. En este centro se asegura que el personal no sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.		61%	20%	20%	45%	24%	31%	16%	-4%	-11%
C8. Este centro está más desorganizado de lo que debiera.	R	73%	15%	12%	53%	22%	25%	20%	-7%	-13%
C9. Tenemos procedimientos adecuados para evaluar que el trabajo en el centro se ha realizado correctamente.		49%	32%	20%	35%	30%	35%	14%	2%	-15%
C10. Al personal no sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.	R	64%	12%	24%	53%	18%	29%	11%	-6%	-5%
C11. Tenemos suficiente personal no sanitario para manejar la carga de trabajo de los pacientes.		42%	16%	42%	34%	20%	46%	8%	-3%	-4%
C12. En este centro tenemos problemas con la organización y distribución del trabajo.	R	65%	16%	19%	43%	22%	35%	22%	-6%	-16%
C13. Este centro promueve el trabajo en equipo para el cuidado de los pacientes.		87%	9%	4%	64%	20%	16%	23%	-11%	-12%
C14. Este centro tiene demasiados pacientes para hacer frente a todo de forma eficiente.	R	28%	22%	50%	25%	21%	54%	3%	1%	-4%
C15. El personal no sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.		76%	12%	12%	64%	20%	16%	12%	-8%	-4%
C16. Este centro forma a su personal sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.		86%	11%	3%	62%	18%	20%	24%	-8%	-17%
C17. En este centro se asegura que el personal sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.		83%	12%	5%	57%	21%	22%	26%	-9%	-17%
C18. Al personal sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.	R	62%	17%	22%	43%	22%	35%	19%	-6%	-13%
C19. El personal sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.		89%	8%	4%	76%	16%	8%	12%	-9%	-4%

Tabla 61: Preguntas y respuestas según gestores o no gestores

Pregunta		Gestores			No gestores			% positivas	% neutras	% negativas	
		% positivas	% neutras	% negativas	% positivas	% neutras	% negativas				
D1.	Los profesionales sanitarios del centro son receptivos a las propuestas de mejora de los no sanitarios.	69%	26%	5%	60%	30%	11%	10%	-4%	-6%	
D2.	En este centro, se anima al personal no sanitario a expresar puntos de vista alternativos.	80%	15%	4%	57%	28%	16%	24%	-12%	-11%	
D3.	El centro recuerda a sus pacientes cuándo deben citarse para revisiones o para actividades preventivas.	79%	14%	7%	70%	17%	13%	9%	-3%	-6%	
D4.	El personal no sanitario teme hacer preguntas cuando algo parece que no está bien.	R	69%	19%	12%	54%	31%	16%	15%	-12%	-4%
D5.	En este centro se registra si nuestros pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento.		80%	17%	3%	72%	21%	8%	9%	-4%	-5%
D6.	En nuestro centro se realiza un seguimiento cuando no se recibe el informe de un paciente que estamos esperando que nos remita un especialista de otro centro.		71%	22%	7%	66%	22%	12%	5%	0%	-5%
D7.	El personal no sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.	R	66%	23%	11%	52%	29%	19%	14%	-6%	-8%
D8.	Todo el equipo habla abiertamente de los problemas del centro.		77%	17%	6%	56%	26%	17%	21%	-9%	-11%
D9.	En este centro se hacen revisiones a los pacientes que precisan un seguimiento.		93%	6%	1%	88%	8%	3%	4%	-2%	-2%
D10.	Es difícil expresar libremente cualquier desacuerdo en este centro.	R	84%	7%	9%	59%	26%	15%	25%	-19%	-7%
D11.	En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.		85%	11%	4%	73%	19%	9%	12%	-7%	-4%
D12.	El personal no sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.		71%	17%	12%	61%	25%	15%	10%	-7%	-3%
D13.	El personal sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.	R	71%	20%	8%	55%	28%	17%	16%	-8%	-8%
D14.	El personal sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.		81%	13%	6%	73%	20%	8%	8%	-7%	-1%
E1.	Los responsables de su centro no están invirtiendo suficientes recursos para mejorar la calidad asistencial en este centro de salud.	R	60%	17%	23%	45%	24%	31%	15%	-8%	-7%

Tabla 61: Preguntas y respuestas según gestores o no gestores

Pregunta		Gestores			No gestores			% positivas	% neutras	% negativas
		% positivas	% neutras	% negativas	% positivas	% neutras	% negativas			
E2. Los responsables de su centro pasan por alto los fallos relacionados con la asistencia que ocurren una y otra vez.	R	87%	5%	8%	63%	17%	20%	23%	-12%	-12%
E3. Los responsables de su centro dan prioridad a los procesos relacionados con la mejora de la atención a los pacientes.		89%	8%	3%	63%	25%	13%	26%	-16%	-10%
E4. Los responsables de su centro a menudo toman decisiones basadas en lo que es mejor para el centro en lugar de lo que es mejor para los pacientes.	R	64%	23%	13%	43%	33%	24%	21%	-10%	-12%
F1. Cuando hay un problema en nuestro centro, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas.		92%	6%	3%	75%	13%	11%	17%	-8%	-9%
F2. Los procesos de nuestro centro son buenos para prevenir fallos que pueden afectar a los pacientes.		82%	15%	3%	64%	25%	11%	18%	-10%	-8%
F3. En este centro se producen fallos con más frecuencia de lo que debieran.	R	79%	14%	6%	66%	21%	13%	13%	-7%	-6%
F4. Si no cometemos más fallos que afecten a nuestros pacientes, es por casualidad.	R	83%	9%	7%	69%	16%	14%	14%	-7%	-7%
F5. Este centro modifica sus procesos para garantizar que los mismos problemas no vuelvan a ocurrir.		88%	10%	2%	68%	20%	12%	21%	-11%	-10%
F6. En este centro, es más importante realizar más trabajo que la calidad de la atención.	R	75%	14%	10%	49%	22%	29%	26%	-8%	-18%
F7. Después de introducir cambios para mejorar la asistencia, comprobamos si funcionan.		84%	11%	5%	60%	25%	14%	24%	-15%	-9%
G1-1 Centrado en el paciente: Responde a las preferencias individuales de los pacientes, a sus necesidades y valores.		47%	47%	6%	34%	46%	20%	13%	1%	-13%
G1-2 Efectivo: Se basa en el conocimiento científico.		51%	42%	7%	39%	47%	14%	13%	-6%	-7%
G1-3 A tiempo: Minimiza esperas y demoras potencialmente perjudiciales.		51%	35%	14%	32%	39%	29%	19%	-4%	-15%
G1-4 Eficiente: Garantiza unos cuidados coste-efectivos (evita el despilfarro, la sobreutilización, o el mal uso de los servicios).		52%	37%	11%	33%	45%	22%	19%	-8%	-11%
G1-5 Equitativo: Ofrece la misma calidad asistencial a todos los individuos con independencia de su sexo, raza, etnia, nivel socioeconómico, idioma, etc.		82%	16%	2%	67%	25%	8%	15%	-9%	-6%

Tabla 62: Grado de seguridad según realicen guardias vs no guardias

	2024		2011		Dif. G2	Dif. ISSP	Incr. G2	Incr. ISSP
	G2 Val. global SP	ISSP	G2 Val. global SP	ISSP				
Guardias	3,19	3,58	3,3	3,76	0,11	0,18	3%	5%
No guardias	3,09	3,55	3,23	3,68	0,14	0,13	4%	4%
Total	3,13	3,57	3,25	3,71	0,12	0,14	4%	4%

Tabla 63: Respuestas positivas según dimensiones globales de calidad y seguridad del paciente de los entre profesionales que realizan guardias vs no realizan guardias

	% positivos guardias	% positivos no guardias	Dif.	Inc.
G1-1 Centrado en el paciente	40%	33%	7%	21%
G1-2 Efectivo	41%	40%	2%	4%
G1-3 A tiempo	39%	31%	8%	27%
G1-4 Eficiente	37%	34%	3%	10%
G1-5 Equitativo	71%	67%	4%	6%
G2	35%	29%	6%	21%

Tabla 64: Resultados por dimensiones. Comparativo entre profesionales que realizan guardias vs no realizan guardias

N.º	Dimensión	% posit. guardias	% posit. no guard.	Dif.
1	Aspectos relacionados con la seguridad del paciente	67%	67%	0%
2	Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	45%	44%	1%
3	Trabajo en equipo	80%	77%	3%
4	Ritmo y carga de trabajo	32%	26%	6%
5	Formación del personal no sanitario	55%	49%	6%
5B	Formación del personal sanitario	59%	55%	3%
6	Procedimientos establecidos en el centro. Personal no sanitario	52%	50%	2%
6B	Procedimientos establecidos en el centro. Personal sanitario	56%	53%	3%
7	Comunicación franca	64%	57%	7%
8	Seguimiento de la atención a los pacientes	77%	73%	4%
9	Comunicación sobre el error. Profesionales no sanitarios	67%	59%	7%
9B	Comunicación sobre el error. Profesionales sanitarios	69%	64%	5%
10	Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente	58%	55%	2%
11	Aprendizaje organizacional	73%	68%	5%
12	Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad	67%	63%	5%

Tabla 65: Preguntas y respuestas según guardias vs no guardias

Pregunta	Guardias			No guardias			% positivas	% neutras	% negativas
	% positivas	% neutras	% negativas	% positivas	% neutras	% negativas			
A1. ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA: El paciente no consiguió una cita para consultar un problema de salud agudo en las siguientes 48h.	50%	17%	33%	40%	20%	39%	9%	-3%	-6%
A2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: Se utilizó la historia clínica de otro paciente.	87%	12%	1%	88%	10%	2%	-1%	2%	-1%
A3. HISTORIAS CLÍNICAS: La historia clínica del paciente no estaba disponible cuando se precisó.	80%	17%	3%	85%	13%	2%	-6%	5%	1%
A4. HISTORIAS CLÍNICAS: La información clínica se archivó en la historia clínica de otro paciente.	95%	4%	1%	94%	5%	1%	1%	-1%	-1%
A5. EQUIPAMIENTO MÉDICO: El equipamiento médico no funcionó adecuadamente, precisaba reparación o sustitución.	47%	44%	9%	49%	42%	9%	-2%	2%	0%
A6. MEDICACIÓN: Una oficina de farmacia contactó con el centro o la consulta para clarificar o corregir una prescripción.	52%	36%	12%	62%	27%	11%	-9%	9%	1%
A7. MEDICACIÓN: La lista de medicación del paciente no se supervisó durante la consulta.	72%	25%	4%	69%	27%	4%	3%	-2%	-1%
A8. DIAGNÓSTICOS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Los resultados de algunas pruebas de laboratorio o de imagen no estaban disponibles cuando se precisaron.	45%	45%	11%	41%	46%	13%	3%	-1%	-2%
A9. DIAGNÓSTICOS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día.	72%	21%	6%	73%	18%	9%	-1%	4%	-3%
B1. Problemas con servicios externos de pruebas complementarias (laboratorio, diagnóstico por imagen...).	49%	41%	10%	45%	40%	15%	3%	1%	-4%
B2. Problemas con otras consultas médicas fuera del centro.	32%	49%	19%	35%	45%	20%	-2%	3%	-1%
B3. Problemas con oficinas de farmacia.	60%	30%	11%	56%	33%	11%	3%	-3%	0%
B4. Problemas con hospitales.	40%	42%	17%	41%	40%	19%	-1%	3%	-2%
C1. Cuando alguien tiene excesivo trabajo los compañeros le ayudan.	81%	11%	8%	81%	12%	7%	0%	-1%	1%
C2. En este centro hay un buen ambiente de trabajo entre los componentes del equipo.	80%	10%	10%	77%	13%	10%	3%	-3%	0%

Tabla 65: Preguntas y respuestas según guardias vs no guardias

Pregunta		Guardias			No guardias			% positivas	% neutras	% negativas
		% positivas	% neutras	% negativas	% positivas	% neutras	% negativas			
C3. En este centro, sentimos que atendemos con prisas a los pacientes.	R	38%	22%	40%	32%	21%	48%	6%	2%	-8%
C4. Este centro forma a su personal no sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.		52%	22%	26%	53%	20%	27%	-1%	1%	-1%
C5. En este centro, nos tratamos mutuamente con respeto.		88%	8%	5%	86%	7%	6%	1%	0%	-1%
C6. Tenemos demasiados pacientes asignados para el número de profesionales sanitarios que tiene el centro.	R	25%	21%	53%	14%	23%	63%	11%	-2%	-10%
C7. En este centro se asegura que el personal no sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.		51%	23%	25%	45%	23%	32%	6%	0%	-7%
C8. Este centro está más desorganizado de lo que debiera.	R	57%	23%	21%	55%	20%	25%	2%	2%	-4%
C9. Tenemos procedimientos adecuados para evaluar que el trabajo en el centro se ha realizado correctamente.		38%	31%	31%	36%	30%	34%	1%	1%	-3%
C10. Al personal no sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.	R	61%	17%	22%	50%	18%	33%	11%	-1%	-10%
C11. Tenemos suficiente personal no sanitario para manejar la carga de trabajo de los pacientes.		32%	19%	49%	37%	19%	43%	-5%	-1%	6%
C12. En este centro tenemos problemas con la organización y distribución del trabajo.	R	48%	19%	33%	44%	23%	33%	4%	-4%	0%
C13. Este centro promueve el trabajo en equipo para el cuidado de los pacientes.		71%	16%	13%	64%	20%	16%	8%	-4%	-4%
C14. Este centro tiene demasiados pacientes para hacer frente a todo de forma eficiente.	R	31%	19%	49%	21%	22%	57%	10%	-3%	-7%
C15. El personal no sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.		67%	20%	13%	65%	19%	16%	2%	1%	-3%
C16. Este centro forma a su personal sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.		66%	17%	17%	64%	18%	18%	2%	0%	-1%
C17. En este centro se asegura que el personal sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.		61%	20%	19%	59%	21%	21%	3%	-1%	-2%
C18. Al personal sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.	R	49%	19%	32%	43%	23%	34%	6%	-4%	-2%
C19. El personal sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.		80%	14%	6%	76%	16%	8%	4%	-1%	-2%

Tabla 65: Preguntas y respuestas según guardias vs no guardias

Pregunta	Guardias			No guardias			% positivas	% neutras	% negativas
	% positivas	% neutras	% negativas	% positivas	% neutras	% negativas			
D1. Los profesionales sanitarios del centro son receptivos a las propuestas de mejora de los no sanitarios.	65%	27%	8%	58%	31%	11%	7%	-4%	-2%
D2. En este centro, se anima al personal no sanitario a expresar puntos de vista alternativos.	65%	22%	13%	56%	29%	15%	9%	-7%	-2%
D3. El centro recuerda a sus pacientes cuándo deben citarse para revisiones o para actividades preventivas.	76%	14%	10%	67%	18%	15%	9%	-4%	-5%
D4. El personal no sanitario teme hacer preguntas cuando algo parece que no está bien.	R 61%	25%	14%	52%	32%	16%	9%	-7%	-3%
D5. En este centro se registra si nuestros pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento.	74%	20%	6%	72%	21%	8%	2%	-1%	-2%
D6. En nuestro centro se realiza un seguimiento cuando no se recibe el informe de un paciente que estamos esperando que nos remita un especialista de otro centro.	69%	20%	11%	65%	23%	12%	4%	-3%	-1%
D7. El personal no sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.	R 58%	27%	14%	50%	29%	21%	8%	-1%	-7%
D8. Todo el equipo habla abiertamente de los problemas del centro.	65%	21%	13%	55%	28%	17%	11%	-7%	-4%
D9. En este centro se hacen revisiones a los pacientes que precisan un seguimiento.	88%	8%	3%	89%	8%	3%	-1%	0%	0%
D10. Es difícil expresar libremente cualquier desacuerdo en este centro.	R 65%	20%	15%	60%	26%	14%	5%	-6%	1%
D11. En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.	77%	15%	8%	72%	19%	8%	5%	-4%	0%
D12. El personal no sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	65%	21%	13%	60%	25%	15%	6%	-4%	-2%
D13. El personal sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.	R 59%	25%	16%	56%	29%	15%	4%	-4%	0%
D14. El personal sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	75%	18%	7%	73%	19%	8%	2%	0%	-2%
E1. Los responsables de su centro no están invirtiendo suficientes recursos para mejorar la calidad asistencial en este centro de salud.	R 48%	24%	28%	46%	23%	31%	2%	1%	-3%

Tabla 65: Preguntas y respuestas según guardias vs no guardias

Pregunta		Guardias			No guardias			% positivas	% neutras	% negativas
		% positivas	% neutras	% negativas	% positivas	% neutras	% negativas			
E2. Los responsables de su centro pasan por alto los fallos relacionados con la asistencia que ocurren una y otra vez.	R	70%	15%	15%	64%	16%	20%	6%	-1%	-5%
E3. Los responsables de su centro dan prioridad a los procesos relacionados con la mejora de la atención a los pacientes.		66%	24%	10%	66%	22%	12%	0%	2%	-3%
E4. Los responsables de su centro a menudo toman decisiones basadas en lo que es mejor para el centro en lugar de lo que es mejor para los pacientes.	R	46%	31%	23%	45%	32%	23%	0%	-1%	1%
F1. Cuando hay un problema en nuestro centro, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas.		80%	10%	10%	75%	14%	11%	5%	-4%	-1%
F2. Los procesos de nuestro centro son buenos para prevenir fallos que pueden afectar a los pacientes.		70%	21%	9%	64%	25%	11%	6%	-4%	-2%
F3. En este centro se producen fallos con más frecuencia de lo que debieran.	R	70%	18%	11%	66%	21%	12%	4%	-3%	-1%
F4. Si no cometemos más fallos que afecten a nuestros pacientes, es por casualidad.	R	73%	15%	12%	70%	15%	15%	3%	-1%	-2%
F5. Este centro modifica sus procesos para garantizar que los mismos problemas no vuelvan a ocurrir.		72%	17%	10%	69%	20%	11%	4%	-3%	-1%
F6. En este centro, es más importante realizar más trabajo que la calidad de la atención.	R	56%	21%	23%	51%	21%	29%	5%	0%	-5%
F7. Después de introducir cambios para mejorar la asistencia, comprobamos si funcionan.		67%	21%	12%	61%	25%	14%	5%	-3%	-2%
G1-1 Centrado en el paciente: Responde a las preferencias individuales de los pacientes, a sus necesidades y valores.		40%	44%	16%	33%	48%	19%	7%	-4%	-3%
G1-2 Efectivo: Se basa en el conocimiento científico.		41%	45%	14%	40%	48%	12%	2%	-4%	2%
G1-3 A tiempo: Minimiza esperas y demoras potencialmente perjudiciales.		39%	37%	24%	31%	39%	30%	8%	-2%	-6%
G1-4 Eficiente: Garantiza unos cuidados coste-efectivos (evita el despilfarro, la sobreutilización, o el mal uso de los servicios).		37%	39%	24%	34%	45%	21%	3%	-6%	3%
G1-5 Equitativo: Ofrece la misma calidad asistencial a todos los individuos con independencia de su sexo, raza, etnia, nivel socioeconómico, idioma, etc.		71%	21%	8%	67%	26%	8%	4%	-4%	0%

Tabla 66: Dimensiones (cupo <=1500 versus >1500)

	G2 Val. global SP	ISSP
cupo <=1500	3,15	3,59
cupo > 1500	3,09	3,55
Total	3,13	3,57

Tabla 67: Respuestas positivas según dimensiones globales de calidad y seguridad del paciente según tamaños de cupo

	% positivos cupo <=1500	% positivos cupo >1500	Dif.	Inc.
G1-1 Centrado en el paciente	40%	32%	8%	24%
G1-2 Efectivo	43%	41%	2%	4%
G1-3 A tiempo	44%	27%	16%	60%
G1-4 Eficiente	40%	32%	8%	24%
G1-5 Equitativo	72%	67%	5%	7%
G2	33%	29%	4%	15%

**Tabla 68: Resultados por dimensiones.
Comparativo según diferencias de cupos**

N.º	Dimensión	% posit. cupo <=1500	% posit. cupo >1500	Dif.
1	Aspectos relacionados con la seguridad del paciente	69%	64%	5%
2	Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	45%	40%	5%
3	Trabajo en equipo	80%	78%	2%
4	Ritmo y carga de trabajo	34%	21%	13%
5	Formación del personal no sanitario	54%	51%	3%
5B	Formación del personal sanitario	57%	56%	1%
6	Procedimientos establecidos en el centro. Personal no sanitario	51%	48%	3%
6B	Procedimientos establecidos en el centro. Personal sanitario	55%	51%	3%
7	Comunicación franca	65%	55%	10%
8	Seguimiento de la atención a los pacientes	76%	73%	4%
9	Comunicación sobre el error. Profesionales no sanitarios	66%	57%	9%
9B	Comunicación sobre el error. Profesionales sanitarios	69%	63%	6%
10	Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente	58%	54%	5%
11	Aprendizaje organizacional	71%	68%	3%
12	Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad	68%	61%	7%

Tabla 69: Preguntas y respuestas según tamaño de cupo

Pregunta	cupo <=1500			cupo >1500			% positivas	% neutras	% negativas
	% positivas	% neutras	% negativas	% positivas	% neutras	% negativas			
A1. ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA: El paciente no consiguió una cita para consultar un problema de salud agudo en las siguientes 48h.	55%	18%	27%	33%	21%	46%	22%	-3%	-19%
A2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: Se utilizó la historia clínica de otro paciente.	87%	11%	2%	87%	11%	2%	0%	0%	0%
A3. HISTORIAS CLÍNICAS: La historia clínica del paciente no estaba disponible cuando se precisó.	82%	16%	2%	83%	14%	3%	-1%	2%	-1%
A4. HISTORIAS CLÍNICAS: La información clínica se archivó en la historia clínica de otro paciente.	95%	4%	1%	94%	5%	1%	2%	-1%	-1%
A5. EQUIPAMIENTO MÉDICO: El equipamiento médico no funcionó adecuadamente, precisaba reparación o sustitución.	51%	41%	8%	41%	48%	11%	10%	-7%	-3%
A6. MEDICACIÓN: Una oficina de farmacia contactó con el centro o la consulta para clarificar o corregir una prescripción.	58%	33%	10%	63%	27%	9%	-6%	5%	1%
A7. MEDICACIÓN: La lista de medicación del paciente no se supervisó durante la consulta.	72%	24%	4%	69%	27%	4%	3%	-3%	0%
A8. DIAGNÓSTICOS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Los resultados de algunas pruebas de laboratorio o de imagen no estaban disponibles cuando se precisaron.	45%	46%	10%	38%	47%	15%	7%	-1%	-5%
A9. DIAGNÓSTICOS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día.	76%	19%	5%	67%	22%	11%	9%	-3%	-6%
B1. Problemas con servicios externos de pruebas complementarias (laboratorio, diagnóstico por imagen...).	49%	41%	10%	41%	42%	17%	8%	-1%	-7%
B2. Problemas con otras consultas médicas fuera del centro.	33%	49%	18%	30%	48%	23%	3%	1%	-5%
B3. Problemas con oficinas de farmacia.	59%	32%	9%	52%	34%	14%	7%	-2%	-4%
B4. Problemas con hospitales.	39%	44%	17%	37%	41%	22%	2%	3%	-5%
C1. Cuando alguien tiene excesivo trabajo los compañeros le ayudan.	81%	11%	7%	80%	12%	8%	1%	-1%	-1%
C2. En este centro hay un buen ambiente de trabajo entre los componentes del equipo.	81%	10%	9%	78%	12%	10%	2%	-1%	-1%

Tabla 69: Preguntas y respuestas según tamaño de cupo

Pregunta		cupo <=1500			cupo >1500			% positivas	% neutras	% negativas
		% positivas	% neutras	% negativas	% positivas	% neutras	% negativas			
C3. En este centro, sentimos que atendemos con prisas a los pacientes.	R	39%	21%	40%	27%	20%	52%	11%	1%	-12%
C4. Este centro forma a su personal no sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.		53%	22%	24%	53%	21%	26%	0%	1%	-1%
C5. En este centro, nos tratamos mutuamente con respeto.		88%	7%	5%	88%	7%	4%	0%	0%	1%
C6. Tenemos demasiados pacientes asignados para el número de profesionales sanitarios que tiene el centro.	R	27%	25%	48%	7%	18%	74%	20%	6%	-26%
C7. En este centro se asegura que el personal no sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.		47%	25%	28%	47%	23%	30%	0%	3%	-2%
C8. Este centro está más desorganizado de lo que debiera.	R	57%	20%	24%	53%	22%	25%	3%	-2%	-1%
C9. Tenemos procedimientos adecuados para evaluar que el trabajo en el centro se ha realizado correctamente.		35%	32%	33%	34%	30%	35%	1%	1%	-3%
C10. Al personal no sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.	R	60%	17%	23%	51%	18%	31%	9%	-1%	-8%
C11. Tenemos suficiente personal no sanitario para manejar la carga de trabajo de los pacientes.		36%	21%	43%	33%	17%	50%	3%	4%	-6%
C12. En este centro tenemos problemas con la organización y distribución del trabajo.	R	49%	20%	31%	42%	21%	37%	7%	-1%	-5%
C13. Este centro promueve el trabajo en equipo para el cuidado de los pacientes.		70%	17%	13%	64%	19%	17%	6%	-2%	-3%
C14. Este centro tiene demasiados pacientes para hacer frente a todo de forma eficiente.	R	33%	21%	46%	16%	19%	65%	17%	2%	-19%
C15. El personal no sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.		64%	19%	17%	61%	23%	16%	3%	-4%	1%
C16. Este centro forma a su personal sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.		64%	17%	18%	65%	17%	18%	-1%	1%	0%
C17. En este centro se asegura que el personal sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.		58%	21%	21%	61%	19%	21%	-3%	2%	0%
C18. Al personal sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.	R	47%	20%	33%	41%	21%	38%	6%	-1%	-4%
C19. El personal sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.		78%	15%	7%	76%	16%	8%	2%	-1%	-1%

Tabla 69: Preguntas y respuestas según tamaño de cupo

Pregunta	cupo <=1500			cupo >1500			% positivas	% neutras	% negativas
	% positivas	% neutras	% negativas	% positivas	% neutras	% negativas			
D1. Los profesionales sanitarios del centro son receptivos a las propuestas de mejora de los no sanitarios.	66%	27%	7%	58%	32%	10%	8%	-5%	-3%
D2. En este centro, se anima al personal no sanitario a expresar puntos de vista alternativos.	67%	23%	10%	57%	28%	15%	10%	-5%	-5%
D3. El centro recuerda a sus pacientes cuándo deben citarse para revisiones o para actividades preventivas.	72%	15%	12%	67%	18%	15%	5%	-2%	-3%
D4. El personal no sanitario teme hacer preguntas cuando algo parece que no está bien.	R 60%	26%	14%	48%	35%	18%	12%	-9%	-3%
D5. En este centro se registra si nuestros pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento.	73%	21%	6%	72%	21%	7%	1%	0%	-1%
D6. En nuestro centro se realiza un seguimiento cuando no se recibe el informe de un paciente que estamos esperando que nos remita un especialista de otro centro.	69%	20%	11%	63%	24%	14%	7%	-4%	-3%
D7. El personal no sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.	R 60%	25%	15%	45%	34%	21%	15%	-8%	-6%
D8. Todo el equipo habla abiertamente de los problemas del centro.	64%	22%	13%	55%	28%	17%	9%	-6%	-4%
D9. En este centro se hacen revisiones a los pacientes que precisan un seguimiento.	90%	7%	3%	88%	9%	3%	2%	-2%	0%
D10. Es difícil expresar libremente cualquier desacuerdo en este centro.	R 67%	20%	13%	58%	27%	15%	9%	-7%	-2%
D11. En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.	76%	16%	8%	72%	20%	8%	4%	-3%	0%
D12. El personal no sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	64%	22%	14%	54%	31%	15%	9%	-8%	-1%
D13. El personal sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.	R 61%	24%	15%	51%	32%	17%	10%	-9%	-2%
D14. El personal sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	75%	18%	7%	74%	19%	7%	1%	-1%	0%
E1. Los responsables de su centro no están invirtiendo suficientes recursos para mejorar la calidad asistencial en este centro de salud.	R 49%	23%	28%	44%	24%	32%	5%	-1%	-4%

Tabla 69: Preguntas y respuestas según tamaño de cupo

Pregunta		cupo <=1500			cupo >1500			% positivas	% neutras	% negativas
		% positivas	% neutras	% negativas	% positivas	% neutras	% negativas			
E2. Los responsables de su centro pasan por alto los fallos relacionados con la asistencia que ocurren una y otra vez.	R	70%	14%	16%	62%	16%	22%	7%	-2%	-6%
E3. Los responsables de su centro dan prioridad a los procesos relacionados con la mejora de la atención a los pacientes.		67%	23%	10%	65%	23%	12%	2%	0%	-2%
E4. Los responsables de su centro a menudo toman decisiones basadas en lo que es mejor para el centro en lugar de lo que es mejor para los pacientes.	R	48%	31%	21%	43%	33%	24%	5%	-2%	-3%
F1. Cuando hay un problema en nuestro centro, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas.		80%	10%	10%	75%	15%	10%	5%	-5%	-1%
F2. Los procesos de nuestro centro son buenos para prevenir fallos que pueden afectar a los pacientes.		68%	22%	10%	66%	24%	11%	2%	-2%	0%
F3. En este centro se producen fallos con más frecuencia de lo que debieran.	R	72%	18%	10%	63%	23%	14%	9%	-5%	-4%
F4. Si no cometemos más fallos que afecten a nuestros pacientes, es por casualidad.	R	74%	14%	12%	67%	18%	15%	6%	-4%	-2%
F5. Este centro modifica sus procesos para garantizar que los mismos problemas no vuelvan a ocurrir.		71%	18%	11%	68%	22%	10%	3%	-4%	1%
F6. En este centro, es más importante realizar más trabajo que la calidad de la atención.	R	57%	19%	24%	46%	22%	32%	11%	-2%	-8%
F7. Después de introducir cambios para mejorar la asistencia, comprobamos si funcionan.		63%	23%	14%	63%	24%	13%	1%	-1%	0%
G1-1 Centrado en el paciente: Responde a las preferencias individuales de los pacientes, a sus necesidades y valores.		40%	46%	14%	32%	48%	20%	8%	-2%	-6%
G1-2 Efectivo: Se basa en el conocimiento científico.		43%	45%	13%	41%	48%	11%	2%	-3%	1%
G1-3 A tiempo: Minimiza esperas y demoras potencialmente perjudiciales.		44%	37%	19%	27%	39%	33%	16%	-2%	-14%
G1-4 Eficiente: Garantiza unos cuidados coste-efectivos (evita el despilfarro, la sobreutilización, o el mal uso de los servicios).		40%	38%	23%	32%	47%	21%	8%	-9%	1%
G1-5 Equitativo: Ofrece la misma calidad asistencial a todos los individuos con independencia de su sexo, raza, etnia, nivel socioeconómico, idioma, etc.		72%	21%	7%	67%	25%	8%	5%	-4%	-1%

11.3 Tablas de resultados de comparación por factores estratégicos para la seguridad del paciente

11.3.1 Estructura de seguridad – Hospitales

Tabla 70: Resultados de la puntuación promedio de la seguridad del paciente según existencia de responsable de calidad, plan de respuesta a eventos adversos y Unidad de seguridad del paciente

	Responsable calidad		Plan respuesta eventos adversos		Unidad seguridad del paciente	
	Núm.	Promedio	Núm.	Promedio	Núm.	Promedio
SÍ	3.438	75,69	2.933	76,86	1.281	77,92
NO	717	66,90	370	61,59	810	67,04
Total	4.155		3.303		2.091	
Incremento		13,15%		24,80%		16,22%

Tabla 71: Resultados valoración promedio de la seguridad del paciente según el número de factores existentes

	Número	Promedio	Incremento
Ningun factor	170	57,32	
1 o 2 factores	3.222	73,37	28%
Los 3 factores	1.091	78,84	38%
	4.483		

Tabla 72: Resultados de la puntuación promedio de cada dimensión según existencia de responsable de calidad, plan de eventos adversos y/o Unidad de apoyo

	Responsable calidad			Plan Eventos Adversos			Unidad de Apoyo		
	% pos. Sí resp. calidad	% pos. NO resp. calidad	Dif. % pos	% pos. Sí plan EA	% pos. NO plan EA	Dif. % pos.	% pos. Sí unidad de apoyo	% pos. NO unidad de apoyo	Dif. % pos.
1 Frecuencia EA notificados	50%	33%	17%	53%	26%	27%	57%	33%	23%
2 Percepción de Seguridad	47%	33%	14%	49%	30%	19%	51%	36%	15%
3 Expectativas responsables del servicio	75%	55%	21%	78%	50%	28%	79%	60%	19%
4 Mejora continua	68%	43%	25%	71%	39%	33%	75%	50%	24%
5 Trabajo equipo unidad	78%	68%	11%	80%	62%	18%	81%	70%	11%
6 Facilidad comunicación	54%	40%	14%	56%	32%	24%	56%	43%	13%
7 Feed-back y comunicación errores	53%	33%	20%	57%	25%	32%	60%	37%	22%
8 Respuesta no punitiva	61%	45%	16%	62%	41%	21%	64%	51%	13%
9 Dotación de RRHH	30%	22%	7%	31%	21%	10%	32%	26%	7%
10 Apoyo de la Gerencia	45%	21%	24%	47%	18%	29%	53%	29%	24%
11 Trabajo equipo entre unidades	53%	39%	14%	55%	35%	20%	58%	42%	16%
12 Problemas en transiciones	50%	42%	9%	53%	34%	19%	53%	40%	14%

11.3.2 Estructura de seguridad – Atención primaria

Tabla 73: Resultados de la puntuación promedio de la seguridad del paciente según existencia de responsable de calidad, plan de respuesta a eventos adversos y Unidad de seguridad del paciente

	Responsable calidad		Plan respuesta eventos adversos		Unidad seguridad del paciente	
	Núm.	Promedio	Núm.	Promedio	Núm.	Promedio
SÍ	1.140	3,25	970	3,33	444	3,31
NO	387	2,84	277	2,70	441	2,90
Total	1.527		1.247		885	
Incremento		14,46%		23,16%		14,18%

Tabla 74: Resultados valoración promedio de la seguridad del paciente según el número de factores existentes

	Número	Promedio	Incremento
Ningun factor	148	2,66	
1 o 2 factores	1.189	3,13	18%
Los 3 factores	354	3,39	27%
	1.691		

Tabla 75: Resultados de la puntuación promedio de cada dimensión según existencia de responsable de calidad, plan de eventos adversos y/o Unidad de apoyo

	Responsable calidad			Plan Eventos Adversos			Unidad de Apoyo		
	% pos. Sí resp. calidad	% pos. NO resp. calidad	Dif. % pos	% pos. Sí plan EA	% pos. NO plan EA	Dif. % pos.	% pos. Sí unidad de apoyo	% pos. NO unidad de apoyo	Dif. % pos.
1 Aspectos relacionados con la seguridad del paciente	68%	65%	3%	68%	62%	5%	67%	64%	3%
2 Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	42%	41%	1%	45%	36%	9%	44%	40%	4%
3 Trabajo en equipo	82%	70%	12%	83%	68%	15%	84%	72%	12%
4 Ritmo y carga de trabajo	30%	26%	3%	30%	28%	2%	31%	27%	3%
5 Formación del personal no sanitario	57%	42%	15%	60%	39%	20%	62%	45%	16%
5B Formación del personal sanitario	63%	47%	16%	66%	45%	21%	67%	51%	16%
6 Procedimientos establecidos en el centro. Personal no sanitario	57%	42%	14%	58%	40%	18%	59%	45%	14%
6B Procedimientos establecidos en el centro. Personal sanitario	60%	44%	16%	61%	43%	18%	62%	48%	14%
7 Comunicación franca	65%	51%	14%	66%	51%	15%	64%	56%	8%
8 Seguimiento de la atención a los pacientes	79%	66%	13%	80%	62%	18%	79%	68%	11%
9 Comunicación sobre el error. Profesionales no sanitarios	67%	53%	14%	69%	50%	19%	68%	56%	13%
9B Comunicación sobre el error. Profesionales sanitarios	71%	57%	14%	73%	54%	19%	73%	59%	14%
10 Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente	62%	48%	14%	63%	44%	19%	61%	51%	10%
11 Aprendizaje organizacional	77%	59%	19%	80%	53%	26%	80%	62%	18%
12 Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad	69%	56%	12%	72%	51%	21%	70%	57%	13%

11.4 Encuestas HSOPS y MOSPS

Encuesta Atención Primaria (MOSPS):

<https://fidisp.org/wp-content/uploads/2024/08/Fidisp-Seca-MOSPS2024.pdf>



Encuesa Hospitalaria (HSOPS):

<https://fidisp.org/wp-content/uploads/2024/08/Fidisp-Seca-HSOPS2024.pdf>





fidisp.org



calidadasistencial.es

